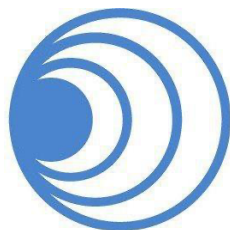


**Renata Visani Gaspula**

**Acontecimentos negativos e ideação suicida: o papel mediador e moderador das razões para viver em jovens-adultos**



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais 2024

**Renata Visani Gaspula**

**Acontecimentos negativos e ideação suicida: o papel mediador e moderador  
das razões para viver em jovens-adultos**

**Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde**

**Trabalho efetuado sob a orientação de:**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Marta Brás



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais 2024

**Título do trabalho**

**Acontecimentos negativos e ideação suicida: o papel mediador e moderador das razões para viver em jovens-adultos**

**Declaração de autoria 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.

---

(Renata Visani Gaspula)

**Copyright © 2024**, em nome de Renata Visani Gaspula

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 crédito ao autor e editor respetivos.

*“Não somos apenas o que pensamos ser. Somos mais: somos também o que lembramos e aquilo de que nos esquecemos; somos as palavras que trocamos, os enganos que cometemos, os impulsos a que cedemos, ‘sem querer”*

*(Freud)*

## **Agradecimentos**

Concluir esta tese no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade do Algarve é uma grande conquista pessoal e profissional. Portanto, não poderia deixar de agradecer às pessoas que de uma forma ou de outra contribuíram para este resultado.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Marta Brás, por todo o apoio dado neste processo e pelas correções e orientações.

Um obrigado a todos os meus colegas que me acompanharam durante o mestrado, que me incentivaram e dividiram comigo este momento. Em especial ao André, Dinis, Janice, Katiane, Noemi, Rute e Stephanie pela alegria, pela ajuda, pela partilha, pelo acolhimento e pelos conselhos dos últimos anos. Estas conexões que fizemos tornaram esse caminho mais gratificante e leve. Obrigado por entrarem na minha vida!

À minha família, começando pelos meus pais, o primeiro agradecimento vai sempre para eles, mãe, pai; sempre a minha referência, as pessoas mais generosas, amorosas, sábias e preocupadas. Aprendi com eles a cuidar, ouvir e ver o outro, a sonhar e a lutar para realizar esses sonhos. Não posso falar deles sem mencionar outras pessoas que foram referências no meu caminho: as minhas avós, que sei que estão a cuidar de tudo em algum lugar, o meu avô, a pessoa mais inteligente que alguma vez conheci, a minha madrinha que me deu colo sempre que precisei e ao meu irmão, a quem amo e que esteve sempre presente em todos os momentos.

Ao meu marido, a verdade é que sem ele teria sido muito mais difícil. Foi a melhor pessoa que podia ter ao meu lado, atencioso, entusiasta e trabalhador, o meu melhor amigo! Foram tantos momentos, tantas mudanças e tanto apoio. Obrigada por este caminho que dividimos há muitos anos.

Aos meus filhos, Gabriel e Giovanna, a minha inspiração, força e incentivo, o melhor da minha vida, sem eles nada faria sentido, tudo é por eles.

Também não posso deixar de citar meus pacientes que me inspiram a buscar conhecimentos e melhores formas de trabalhar para que eles possam viver suas vidas de forma plena.

Agradecimentos especiais a todos!

## **Resumo**

O suicídio é reconhecido como um problema de saúde pública e uma das principais causas de morte, sobretudo entre os jovens a nível mundial. Os acontecimentos de vida negativos são fatores de risco reconhecidos para a ideação suicida, sendo que a existência de razões para viver poderá ter um papel protetor nesta relação, embora falte clarificar se estas têm um papel mediador e/ou moderador.

Os objetivos deste estudo consistem em analisar a relação entre experiências negativas, sintomatologia depressiva e ideação suicida, assim como investigar o efeito mediador e moderador das razões para viver.

O estudo seguiu um desenho correlacional transversal com uma amostra de 224 jovens adultos portugueses. Os dados foram recolhidos através de instrumentos validados para a população portuguesa, como o Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa (PANSI), o Questionário de Trauma de Infância (CTQ), Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21) e o Inventário de Razões para Viver para jovens-adultos (RFL-YA).

Os resultados indicaram que todas as experiências negativas na infância estão positiva e significativamente associadas à ideação suicida e a sintomas depressivos. De entre as Razões para viver estudadas, a Força Pessoal Percebida foi a única que mostrou ter um papel mediador significativo entre acontecimentos de vida (abuso emocional, abuso sexual, negligência emocional e negligência física) e a ideação suicida. Constatou-se ainda que algumas dimensões das razões para viver moderam a relação entre acontecimentos de vida e a ideação suicida.

A discussão ressalta a importância de estratégias de prevenção centradas no fortalecimento das razões para viver e no apoio aos jovens adultos afetados por experiências traumáticas na infância. Esta investigação contribui para uma melhor compreensão dos fatores psicológicos que influenciam o comportamento suicida e reforça a relevância da prevenção e apoio psicológico adequados.

**Palavras-chave:** Ideação suicida, fatores de risco, fatores de proteção, jovens adultos, acontecimentos de vida negativos, razões para viver.

## **Abstract**

This study aims to investigate the risk and protective factors associated with suicidal ideation in young Portuguese adults, analyzing the influence of traumatic events experienced and protective factors. Suicide is recognized as a public health problem and one of the main causes of death, especially among young people worldwide. This study highlights the relationship between abuse and neglect during childhood and the emergence of depressive and suicidal symptoms in adulthood, while exploring the role of protective factors that can be preserved throughout life.

The objectives of this study are to explain the pattern of depressive symptoms and suicidal behavior, analyze the relationship between traumatic experiences, depression and suicidal thoughts, and investigate the mediating and moderating effect of reasons for living.

The study followed a cross-sectional correlational design with a sample of 224 young Portuguese adults. Data were collected through online questionnaires and instruments validated for the Portuguese population, such as the Positive and Negative Suicidal Ideation Inventory (PANSI), the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), the Anxiety, Depression and Stress Scale (EADS-21) and the Reasons for Living Questionnaire (RFLYA).

The results indicated that negative childhood experiences, such as emotional abuse and neglect, are significantly associated with suicidal ideation and depressive symptoms. A protective relationship between life factors was also found, suggesting that they reduce the likelihood of suicidal ideation. Individuals who have more reasons to live, such as perceived personal strength and religious values, demonstrated less propensity to think about suicide, confirming their protective role.

The discussion highlights the importance of prevention efforts focused on strengthening reasons for living and supporting young adults affected by traumatic childhood experiences. This research contributes to a better understanding of the psychological factors that influence suicidal behavior and reinforces the relevance of adequate prevention and psychological support strategies.

**Keywords:** Suicidal ideation, risk factors, protective factors, young adults, negative life events, reasons for living.

## Índice Geral

1	Introdução.....	1
2.	Fundamentação teórica .....	2
2.1.	Conceito de suicídio .....	2
2.1.1.	Dados Epidemiológicos .....	3
2.1.2.	Processo Suicidário.....	4
2.2.	Trauma na infância e a ideação suicida.....	5
2.2.1.	Os maus-tratos na infância e o desenvolvimento de psicopatologia na idade adulta e o desenvolvimento de comportamentos suicidários .....	9
2.3.	Razões para Viver .....	10
3.	Objetivos .....	13
4.	Método.....	14
4.1.	Desenho da Pesquisa.....	14
4.2.	Amostra .....	14
4.3.	Instrumentos .....	15
4.3.1.	Questionário Sociodemográfico e Clínico .....	15
4.3.2.	Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa (PANSI; Osman, Gutierrez, Kopper, Barrios, & Chiros, 1998) .....	15
4.3.3.	Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21; Lovibond e Lovibond, 1995) .....	17
4.3.4.	Questionário de Trauma de Infância – Versão Breve (CTQ-SF; Bernstein et al., 2003).....	18
4.3.5.	Inventário de Razões para Viver para jovens-adultos (RFL-YA; Linehan et. al., 1983) .....	19
4.4.	Procedimentos .....	19
4.4.1.	Recolha de Dados .....	19
4.4.2.	Procedimento de Tratamento de Dados .....	20
5.	Resultados .....	21
5.1.	História de perturbação psicológica e comportamentos suicidários .....	21
5.2.	Caracterização da ideação suicida, sintomatologia depressiva e vivência de acontecimentos de vida negativos na amostra de jovens-adultos .....	22
5.3.	Ideação suicida, sintomatologia depressiva e acontecimentos de vida negativos em função do sexo, da história de diagnóstico, de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, de comportamentos autolesivos e de tentativas de suicídio .....	23
5.4.	Relação entre a ideação suicida, sintomatologia depressiva e vivência de acontecimentos de vida negativos na amostra de jovens-adultos .....	30
5.5.	Análise dos preditores da ideação suicida .....	32
5.6.	Análise do papel mediador das razões para viver na relação entre os fatores de risco (i.e., sintomatologia depressiva e acontecimentos de vida negativos) e a ideação suicida .....	34

5.7. Análise do papel mediador da sintomatologia depressiva na relação entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida.....	39
5.8. Análise do papel moderador das razões para viver na relação entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida.....	40
6. Discussão .....	45
7. Conclusão .....	49
8. Referencias Bibliográficas.....	51

## **Lista de Tabelas**

**Tabela 1** – Estatísticas descritivas da ideação suicida, sintomatologia depressiva e acontecimentos de vida negativo.

**Tabela 2** – Estatísticas descritivas da ideação suicida, sintomatologia depressiva e acontecimentos de vida negativos e diferenças de medias em função do sexo.

**Tabela 3** – Estatísticas descritivas da ideação suicida, sintomatologia depressiva e acontecimentos de vida negativos e diferenças de medias em função da história de diagnóstico psicológico/psiquiátrico.

**Tabela 4** – Estatísticas descritivas da ideação suicida, sintomatologia depressiva e acontecimentos de vida negativos e diferenças de medias em função da história de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico.

**Tabela 5** – Estatísticas descritivas da ideação suicida, sintomatologia depressiva e acontecimentos de vida negativos e diferenças de medias em função da história de comportamentos autolesivos.

**Tabela 6** – Estatísticas descritivas da ideação suicida, sintomatologia depressiva e acontecimentos de vida negativos e diferenças de medias em função da história de tentativas de suicídio.

**Tabela 7** – Correlações de Pearson ( $r$ ) entre a ideação suicida, sintomatologia depressiva e vivência de acontecimentos de vida negativos.

**Tabela 8** – Influência da sintomatologia depressiva e dos acontecimentos de vida negativos na ideação suicida.

**Tabela 9** – Análise do papel moderador das razões para viver na relação entre os acontecimentos de vida negativos e ideação suicida.

**Tabela 10** – Impacto da subescala de recursos familiares de suporte no efeito da negligência emocional na ideação suicida.

**Tabela 11** – Impacto da subescala de aceitação e suporte dos pares no efeito dos acontecimentos de vida negativos na ideação suicida.

## **Lista de Figuras**

**Figura 1** – Análise de mediação com a razões para viver como mediadores entre a sintomatologia depressiva e a ideação suicida.

**Figura 2** – Análise de mediação com a razões para viver como mediadores entre o abuso emocional e a ideação suicida.

**Figura 3** – Análise de mediação com a razões para viver como mediadores entre o abuso físico e a ideação suicida.

**Figura 4** – Análise de mediação com a razões para viver como mediadores entre o abuso sexual e a ideação suicida.

**Figura 5** – Análise de mediação com a razões para viver como mediadores entre a negligência emocional e a ideação suicida.

**Figura 6** – Análise de mediação com a razões para viver como mediadores entre a negligência física e a ideação suicida.

**Figura 7** – Análise de mediação com a razões para viver como mediadores entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida.

## 1 Introdução

De acordo com dados publicados no relatório *Global Suicide* de 2019 da Organização Mundial da Saúde, o suicídio continua a ser uma das principais causas de morte em todo o mundo. Em 2019, mais de 700.000 pessoas perderam a vida devido ao suicídio, o que é mais do que as mortes por doenças crônicas, guerras e homicídios combinados. Estima-se que sejam feitas mais de 20 tentativas de suicídio para cada suicídio (OMS, 2023).

Em Portugal, por exemplo, obteve uma taxa de mortalidade global por suicídio de 9,9 por 100.000 habitantes em 2022, sendo maior a prevalência entre os homens (15,8/100.000 habitantes) do que entre as mulheres (4,5/100.000 habitantes) (Instituto Nacional de Estatística, 2022).

O suicídio constituiu a quarta principal causa de morte no mundo entre jovens dos 15 aos 19 anos, tanto para os homens como para as mulheres, com um número de óbitos relativamente semelhante entre os dois sexos. No caso entre o género feminino, o suicídio foi a terceira principal causa de morte nesta faixa etária (após as doenças maternas), enquanto nos homens ocupou o quarto lugar (depois da tuberculose) (OMS, 2019).

Tendo em conta o alarmante índice de suicídio a nível global, foram investigados e identificados os principais fatores de risco associados a este comportamento. Entre esses fatores, destacam-se as experiências negativas vividas ao longo da vida, com ênfase nos abusos sofridos durante a infância, além de doenças psicopatológicas, como a depressão.

O abuso infantil inclui situações de abuso e/ou negligência sexual, física e emocional que resultam em danos comprovados que afetam a saúde física e mental de uma pessoa. É importante ressaltar que o abuso físico e sexual na infância e a negligência parental são fatores de risco para o comportamento suicida na idade adulta. Embora a relação entre o trauma infantil e o comportamento suicida posterior exija uma investigação mais aprofundada, as evidências sugerem que a ligação é significativa (Angelakis et al., 2020; Brodsky & Stanley, 2001).

Além das consequências psicossociais, o abuso e a negligência infantil constituem um problema de saúde pública, com efeitos que se estendem até à idade adulta. Um conjunto crescente de evidências indica que o abuso infantil está fortemente associado a automutilação, comportamento suicida, menor resiliência a problemas de saúde mental e maior impulsividade. As experiências adversas na infância também têm sido associadas a muitos problemas de saúde física e mental, como doenças cardiovasculares, cancro e depressão. Os graves efeitos psicológicos negativos do abuso e/ou negligência na infância persistem frequentemente na idade adulta sob a forma de graves problemas de saúde mental, incluindo depressão, ansiedade e perturbação de stress pós-traumático. Dada a gravidade dessas consequências, a prevenção eficaz do suicídio e o apoio às crianças em situações de risco são cruciais para reduzir as suas trágicas repercussões (Angelakis et al., 2020).

Consequentemente, as experiências de abuso infantil aumentam significativamente os custos sociais, aumentando a necessidade de cuidados de saúde física e mental para as vítimas de abuso e negligência (Angelakis et al., 2020).

Portanto, é razoável analisar também fatores de proteção contra o comportamento suicida. A pesquisa mostra que as razões de vida de uma pessoa podem ajudá-la a resistir a pensamentos e tentativas de suicídio (Rieger et al., 2015).

Considerando essas lacunas na literatura, este estudo pretende estudar o papel de diferentes fatores de risco e de proteção na explicação da ideação suicida.

## **2. Fundamentação teórica**

### **2.1. Conceito de suicídio**

O suicídio é definido como o ato intencional de acabar com a própria vida. Os pensamentos e comportamentos suicidas podem ser divididos em três grupos distintos: ideação suicida, que incluem pensamentos e ideias de se envolver em comportamentos suicidas; planeamento suicida, que se refere à formulação de um método para implementar uma ideia, como colocar em prática aquilo que está no pensamento; e tentativa de suicídio, sendo este um comportamento autolesivo com intenção de morte (Nock, 2008).

Vários fatores foram identificados como possíveis causas de pensamentos suicidas, como: desesperança, impulsividade agressividade, insatisfação com a imagem corporal e dificuldades em se comunicar e se relacionar. Além disso, variáveis demográficas e socioeconómicas, comportamento suicida entre familiares e amigos, consumo de álcool, experiências traumáticas anteriores e sintomas depressivos também influenciam a ideação suicida (Santos, 2017).

Um estudo que analisou episódios de sofrimento psicológico ao longo da vida em 158 pessoas descobriu que a maioria dos participantes relatou ter experimentado pelo menos um episódio de sofrimento psicológico. A maioria dos episódios ocorreu durante a adolescência ou início da idade adulta. Eventos de vida estressantes foram o motivo mais comum tanto para aqueles que procuraram tratamento quanto para aqueles que não o fizeram. A depressão e a ansiedade foram positivamente associadas à procura de tratamento (Arria et al., 2011).

### **2.1.1. Dados Epidemiológicos**

Nos últimos anos, o suicídio tem sido reconhecido como uma das principais causas de morte, ocupando o segundo lugar entre os estudantes universitários e o quarto entre os jovens adultos. De acordo com o Relatório de Prevenção do Suicídio de 2019 da Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 700.000 pessoas em todo o mundo morrem por suicídio a cada ano, o que equivale a uma morte a cada 40 segundos (OMS, 2023).

Em Portugal, os dados do Instituto Nacional de Estatística (2021) mostram uma taxa de mortalidade global por suicídio de 8,9 por 100 mil habitantes.

O relatório também observa que o suicídio é a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos em todo o mundo. No entanto, as taxas de suicídio variam muito entre os países e são mais elevadas em algumas regiões, como o Leste e o Sudeste Asiático (OMS, 2023).

Além disso, os dados demográficos em vários países mostram mais suicídios entre homens do que entre mulheres. Contudo, as taxas de suicídio feminino estão a aumentar em algumas áreas, especialmente em países de rendimento elevado (OMS, 2023).

O suicídio é um grave problema de saúde mental, com taxas crescentes em diversas faixas etárias. Nos Estados Unidos é a décima principal causa de morte geral, e a segunda entre jovens adultos de 15 a 24 anos, resultando em cerca de 1.400 suicídios anuais entre estudantes universitários. Os problemas de saúde mental têm efeitos físicos, emocionais, cognitivos e acadêmicos, tornando-os um desafio de saúde pública. Apesar da complexidade da prevenção do suicídio, é necessário identificar fatores de risco e de proteção para compreender o problema e combatê-lo (Kaniuka et al., 2021).

### **2.1.2. Processo Suicidário**

A progressão do comportamento suicida, que evolui da ideação ao suicídio, é um processo complexo que inclui diferentes fases (Direção-Geral da Saúde, 2013; Gomes, 2020; Nock, 2008; OMS, 2023).

Como parte deste processo, é comum que surjam pensamentos suicidas em momentos críticos da vida, como a transição da adolescência para a idade adulta. Esses pensamentos podem manifestar-se em fases marcantes, como no início idade adulta, ou em situações desafiadoras relacionadas à vida acadêmica. As taxas de suicídio entre os jovens de 15 a 29 anos têm vindo a aumentar, representando 8,5% das mortes nesta faixa etária em todo o mundo. O crescimento alarmante deste problema entre os jovens é preocupante não apenas pelo potencial e pela produtividade que esta faixa etária possui, mas também pelas profundas mudanças que vivenciam nesta fase da vida. (Santos, 2017).

É importante ressaltar que nem todas as fases do comportamento suicida precisam ser vivenciadas em sequência para que ocorra o ato final do suicídio. Por exemplo, as tentativas de suicídio podem ser muito mais comuns do que os suicídios consumados (Gomes, 2020; OMS, 2023).

Reconhecer os primeiros sinais de comportamento suicida, como pensamentos suicidas, pode ser fundamental para prevenir o suicídio. As investigações mostram que o impacto da ideação suicida é significativo, sugerindo a necessidade de monitorização e intervenções adequadas. Além disso, a automutilação, embora nem sempre associada à intenção suicida, pode ser um sinal de sofrimento psicológico e necessidade de ajuda (Gomes, 2020; DGS, 2013).

O planeamento do suicídio envolve a preparação do ato final e a escolha dos métodos utilizados. Expressar pensamentos suicidas pode aumentar o risco de suicídio, mas muitas vezes as pessoas podem mudar de ideia antes de agir. Já as tentativas de suicídio são ações que visam acabar com a vida, mas não o concretizam por diversos motivos (Drum et al., 2009).

Para que uma morte seja considerada suicídio, deve haver intenção de acabar com a vida. Compreender o processo suicida e identificar os fatores de risco associados à ideação suicida é importante para prevenir comportamentos de risco e proteger as pessoas que possam estar a experienciar ideação suicida (DGS, 2013).

Compreender o processo suicida é necessário para identificar possíveis fatores de risco associados à ideação suicida, e assim compreender o que pode ser usado como fator protetor contra o processo suicidário e prevenir possíveis comportamentos de risco que podem contribuir para a ideação suicida.

## **2.2. Trauma na infância e a ideação suicida**

A constatação de que os maus-tratos na infância são frequentes, fez com que diversos investigadores se interessassem pelos seus efeitos tanto na infância como ao longo da vida, visto que se descobriu que são um importante preditor de comportamentos de risco para a saúde. Os comportamentos de risco associados ao abuso infantil incluem dependência de substâncias ilícitas, nicotina e álcool e exposição a comportamentos sexuais de risco. Estes comportamentos, por sua vez, aumentam a probabilidade de recorrência de diversas doenças crónicas, infeções hepáticas, resposta imunitária enfraquecida, obesidade e perturbações alimentares, perturbações psicológicas, emergências hospitalares e comportamentos suicidários (Pinto, 2009).

A OMS define maus-tratos como qualquer forma de abuso e negligência física, emocional e sexual que resulte em danos potenciais ou reais à saúde, à sobrevivência, ao desenvolvimento ou dignidade de uma criança em um relacionamento que envolva responsabilidade, confiança ou autoridade (OMS, 2023). Em 1999, a Organização Mundial de Saúde considerou este fenómeno um problema de saúde pública global porque cerca de 40 milhões de crianças tinham sido vítimas de abusos. Só em 2002, estima-se que 31.000 mortes foram atribuídas a crianças com menos de 15 anos vítimas de maus-tratos (Buchart et. al., 2006). Embora estas estimativas sejam alarmantes, a

OMS confirma que uma grande percentagem de casos de abuso nunca é detetada (Pinto, 2009).

No que diz respeito à prevalência e incidência dos diferentes tipos de abuso, a negligência é a forma mais comum de abuso, seguida do abuso físico, sexual e psicológico, embora em alguns países o abuso sexual e o físico ocorram ao mesmo nível da negligência (Pinto, 2009).

Na realidade, o abuso e a negligência infantis não ocorrem normalmente como incidentes únicos, mas sim, são vivenciados repetida e simultaneamente de várias formas ao longo de anos. A ocorrência de múltiplos tipos de maus-tratos está associada a um maior prejuízo do que quando ocorre de forma isolada. Os maus-tratos infantis podem tornar-se recorrentes ou repetitivos, especialmente se a criança não for retirada do ambiente onde ocorreram os abusos iniciais. Isto é ainda agravado pelo facto de, em algumas culturas, os pais e outros cuidadores considerarem o castigo físico e as repreensões psicológicas como uma forma necessária de disciplinar os seus filhos (Ramiro et al., 2010).

De acordo com a literatura, os potenciais impactos do abuso sexual são diversos e podem ser imediatos ou a longo prazo. O abuso sexual está associado a uma variedade de comportamentos internalizados e relacionados, como ansiedade, depressão, baixa autoestima, ideação e tentativas suicidas, pesadelos, distúrbios do sono, queixas físicas, culpa e sentimentos de isolamento. Além disso, existem também comportamentos externalizados, como automutilação, crueldade, dificuldades académicas, problemas interpessoais, abuso de substâncias e questões relacionadas à revitimização sexual, adaptação sexual e uso de drogas. Os efeitos do abuso variam de indivíduo para indivíduo, não existindo um conjunto padronizado de sintomas para identificar uma vítima de abuso sexual (Futa et al., 2003).

Num estudo conduzido por Futa (2003), as participantes, todas mulheres, foram divididas em quatro grupos com base nas suas experiências na infância: sem abuso, abuso físico, abuso sexual e abuso físico e sexual. Verificou-se que a maioria das mulheres (56,1%) não tinha histórico de abuso durante a infância, enquanto outras tinham experienciado diferentes formas de abuso. Foi realizada uma análise discriminante para identificar como estes grupos lidavam com as memórias stressantes da infância, tendo em conta variáveis como idade, desempenho académico e estratégias

de enfrentamento. Os resultados mostraram que as estratégias de enfrentamento emocional, como distanciamento, culpa e busca de apoio social, eram importantes para diferenciar os grupos. Além disso, foi observado que a idade, o pensamento positivo e a busca de apoio social também tiveram impacto na forma como as participantes lidavam com as memórias de abuso. Em resumo, as estratégias de enfrentamento adotadas pelas vítimas de abuso sexual podem influenciar significativamente o impacto psicológico a longo prazo desse trauma (Futa et al., 2003).

No estudo realizado por Angelakis (2020), que teve como objetivo explorar a relação entre abuso infantil e comportamento suicida em crianças e jovens, foi relatado que o abuso sexual foi associado a um aumento de 3,5 vezes nas probabilidades de tentativas de suicídio. O abuso físico foi associado a um aumento de duas vezes nas chances de tentativas de suicídio. O abuso emocional foi associado a chances duas vezes maiores de tentativas de suicídio. A negligência emocional e física foram associadas a um aumento nas chances de tentativas de suicídio, descobrindo assim que crianças e jovens adultos expostos a qualquer tipo de abuso e negligência têm mais de três vezes mais chances de tentativas de suicídio. O abuso sexual foi associado a chances 2,5 vezes maiores de ideação suicida. O abuso físico, o abuso emocional e o abuso infantil em geral foram associados a chances aproximadamente duas vezes maiores de ideação suicida. Ainda neste estudo indicou que o abuso sexual estava associado a chances quatro vezes maiores de planos de suicídio (Angelakis et al., 2020).

A revisão realizada por Angelakis (2020) fornece evidências convincentes e avança a literatura ao quantificar as associações entre abuso infantil e suicídio, sugerindo a necessidade de estratégias de prevenção e tratamento adequadas para as vítimas de maus-tratos.

Várias pesquisas identificaram fatores que aumentam a probabilidade de abusos infantis no seio familiar. Entre eles, a idade é um dos mais destacados, com as crianças mais novas sendo as mais vulneráveis. Problemas de desenvolvimento, como temperamento difícil e dificuldades de aprendizagem, também aumentam essa vulnerabilidade. Outros fatores de risco incluem pais mais jovens, baixo status socioeconômico e educativo, falta de suporte social, abuso de substâncias, violência doméstica, problemas psiquiátricos e antecedentes criminais. Além disso, a estrutura

familiar, como famílias monoparentais e adotivas, e o fraco apego nas relações familiares, também são indicativos de risco (Pinto, 2009).

Um estudo em Manila com 1.068 participantes indicou que as formas mais comuns de abuso infantil são a negligência psicológica e física, assim como o abuso psicológico/emocional. Quase metade dos inquiridos sentiu que nunca foi amado, e cerca de 25% afirmou não ter recebido os cuidados adequados. Aproximadamente 23% relataram ter sido vítimas de abuso psicológico, incluindo insultos e ameaças, enquanto apenas 5% mencionaram abuso sexual. Estranhamente, apenas 1,3% referiu ter sido agredido fisicamente. No que toca a disfunções familiares, 36,2% conviveram com um alcoólatra, 18% testemunharam agressões à mãe e 10% tiveram pais separados. Cerca de 75% dos inquiridos relataram ter enfrentado pelo menos uma experiência adversa na infância, e cerca de 9% sofreram quatro ou mais tipos de abuso, principalmente homens entre os 35 e 39 anos, casados e com baixos níveis socioeconómicos e educacionais (Ramiro et al., 2010).

No estudo realizado por Silveira (2022) entre países da comunidade CPLP, descobriu várias conclusões relevantes, sendo elas que as experiências adversas mais reportadas pelos participantes foram o abuso emocional (32,7%), a doença mental ou suicídio de um membro da família (30,8%) e a negligência emocional (29,9%). Além disso, foi observada uma forte associação entre abuso emocional e abuso físico. O estudo ainda revelou que as experiências de vida, são fortes preditoras de sintomas psicopatológicos, como somatização, depressão e ansiedade. Este impacto é particularmente notável no abuso emocional e na negligência emocional, que tiveram um contributo significativo para o desenvolvimento desses sintomas. Os residentes do Brasil apresentaram níveis mais elevados de ideação e tentativa de suicídio ao longo da vida e no último ano, comparativamente com os residentes em Portugal e nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). No entanto, os residentes em Portugal apresentaram maior probabilidade de suicídio no futuro (Silveira, 2023).

Os fatores de risco associados ao suicídio são variados, tendo os sintomas depressivos uma presença recorrente na literatura. Por exemplo, Garlow et al. (2008) descobriram que estudantes com sintomas depressivos moderados a elevados tinham 2,6 vezes mais probabilidade de relatar ideação suicida no mês anterior em comparação com aqueles com níveis de depressão baixos ou inexistentes. O trauma na infância

também foi analisado como um fator de risco para o suicídio juvenil, sendo documentado que a exposição a situações traumáticas na infância aumenta a probabilidade de comportamentos suicidas. Fergusson et al. (2003), utilizando dados de um estudo longitudinal de 21 anos com indivíduos desde o nascimento até os 21 anos, encontraram que o abuso infantil aumentou significativamente a propensão ao suicídio (Rieger et al., 2015).

Na verdade, o abuso infantil é extremamente prejudicial ao desenvolvimento do indivíduo, deixando profundas cicatrizes emocionais que podem manifestar-se na forma de sentimentos de vergonha, culpa, raiva, medo e desamparo, afetando negativamente a autoestima, a autoimagem e a capacidade de confiar nos outros. O impacto do abuso no desenvolvimento físico e mental pode desencadear perturbações como depressão, ansiedade, estresse e despersonalização, que estão associados a um maior risco de suicídio. Os dados epidemiológicos são preocupantes, e, embora os serviços de saúde pública estejam cada vez mais atentos aos sinais de abuso, não se pode ignorar os números alarmantes apresentados (Pinto, 2009).

### ***2.2.1. Os maus-tratos na infância e o desenvolvimento de psicopatologia na idade adulta e o desenvolvimento de comportamentos suicidários***

Diversos estudos demonstraram que os maus-tratos na infância aumentam a probabilidade de perturbações mentais e físicas durante a adolescência e a idade adulta, o que também pode levar a um aumento de comportamentos de risco para a saúde (Pinto, 2009).

O estudo realizado por Pinto (2009) destacou que as perturbações associadas às experiências de abuso infantil incluem as perturbações de ansiedade e depressivas, perturbações da personalidade, perturbação pós-estresse traumático, pânico, comportamento antissocial, ideação e tentativas de suicídio, comportamentos autolesivos, frequentemente associados à depressão, consumo de álcool e drogas ilícitas, e alterações neurobiológicas na função e estrutura cerebral.

O impacto negativo das experiências de abuso e negligência vivenciados na infância, que ocorrem na idade adulta levou alguns investigadores a concentrarem-se em trajetórias de vulnerabilidade com base na idade em que se tornam vítimas de abuso e/ou negligência. Um estudo recente descobriu que as pessoas que foram

abusadas no início da vida eram mais propensas a apresentar sintomas de ansiedade e depressão na idade adulta, enquanto o abuso mais tarde na vida era um melhor preditor de problemas de comportamento mais tarde (Kaplow & Widom, 2007).

O abuso ou negligência infantil pode ser uma das várias razões para o desenvolvimento do comportamento suicida, sendo mais provável que ocorra em famílias que vivenciam inúmeras adversidades que também podem levar ao desenvolvimento de psicopatologia, como conflito familiar, psicopatologia parental e tentativas violentas de suicídio parental (Brodsky & Stanley, 2001).

Adolescentes que relatam terem sofrido abuso na infância têm maior propensão a pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e até mesmo suicídio. Estudos mostram que vítimas de suicídio do sexo feminino são mais propensas a terem sofrido violência física. A negligência emocional isolada é um fator significativo de tentativas de suicídio em adolescentes do sexo feminino que estão hospitalizados e que também foram vítimas de agressão sexual. Pessoas que sofreram abuso sexual na infância, mas não negligência, estão em maior risco de suicídio durante a adolescência (Brodsky & Stanley, 2001).

Em diversos estudos foi evidenciado que em amostras psiquiátricas, comunitárias e universitárias, adultos que tiveram comportamento suicida frequentemente relatam ter sofrido abuso na infância.

Pessoas que relatam abuso físico ou sexual antes dos 15 anos de idade têm maior probabilidade de tentar o suicídio mais cedo em comparação com aqueles que não relatam abuso. Estudos mostram uma relação específica entre abuso sexual na infância e tentativas posteriores de suicídio. Revisões da literatura indicam que o abuso sexual na infância, especialmente quando é invasivo, está mais correlacionado com comportamento suicida na idade adulta (Brodsky & Stanley, 2001).

### **2.3. Razões para Viver**

Embora a depressão seja reconhecida como um dos principais fatores de risco para o comportamento suicida, pesquisas mostram que nem todos os indivíduos com depressão ou sintomas depressivos desenvolvem tendências suicidas. Portanto, é importante considerar os fatores que atuam como proteção contra o comportamento

suicida. Estudos indicam que ter motivos significativos para viver pode ajudar a resistir a pensamentos e tentativas suicidas (Rieger et al., 2015).

Existem diversos estudos que avaliam a relação entre as razões para viver e o comportamento suicida. Alguns desses estudos destacam a importância de identificar e abordar as razões que levam uma pessoa a querer viver, a fim de prevenir o suicídio.

De acordo com a literatura, os fatores de proteção dos comportamentos suicidários são elementos que, de certa forma, impedem a pessoa de considerar seriamente a autodestruição como uma saída possível. A prevenção do suicídio baseia-se no reforço dos fatores considerados protetores e, simultaneamente, na diminuição dos fatores de risco, tanto a nível individual como coletivo (Matias, 2014).

Segundo a OMS, entre os fatores de proteção encontram-se o bom relacionamento familiar, os cuidados parentais preservados, o apoio familiar, as relações de confiança (fatores familiares); as boas competências sociais, a iniciativa no pedido de ajuda e de conselhos, a noção de valor pessoal, a abertura para novas experiências e aprendizagens, as estratégias comunicacionais desenvolvidas, a recetividade à ajuda de terceiros, a noção e empenho em projetos de vida (estilo cognitivo e personalidade); os valores culturais, o lazer, a prática de atividade física, a pertença a um grupo religioso, as boas relações com amigos e colegas, o apoio de pessoas relevantes e amigos que não apresentem comportamentos aditivos (fatores culturais e sociodemográficos); uma dieta saudável, a boa qualidade do sono (fatores ambientais). Uma perceção mais otimista da vida, com razões para viver, como, por exemplo, os laços afetivos com os filhos e a perceção/sentimento de importância na vida de outras pessoas, constitui um fator de proteção contra os comportamentos suicidários, opondo-se ao sentimento de desesperança, que se estabelece como um fator preditivo. Outra forma de proteção encontrada particularmente no sexo masculino é ter uma ocupação, estar empregado, sentir-se produtivo e socialmente mais integrado através da sua atividade profissional. As pessoas com maior envolvimento religioso possuem, de um modo geral, menores taxas de suicídio. De uma forma geral, o sentimento de pertença, no sentido de possuir uma forte ligação, quer seja a uma comunidade, a um grupo religioso ou étnico, a uma família ou a algumas instituições, protege, o indivíduo da adoção de comportamentos suicidários (Matias, 2014).

Estudos acadêmicos demonstraram que o desejo de viver é um importante fator de proteção na prevenção do suicídio, embora as razões para isso possam variar ao longo da vida. Uma pesquisa realizada por Pinto et al. (1998) sobre o comportamento suicida em adultos jovens revelou que as expectativas positivas em relação ao futuro e a capacidade de lidar eficazmente com os problemas da vida eram significativamente diferentes entre os jovens que haviam tentado o suicídio e aqueles que não o tinham feito.

No estudo realizado por Wang et al. (2007) foi feita uma comparação entre dois grupos: aqueles sem histórico de pensamentos ou tentativas de suicídio e aqueles com esse histórico. O resultado mostrou que os participantes com histórico de tentativas de suicídio apresentaram níveis mais altos de depressão e menor vontade de viver em comparação com os participantes sem qualquer histórico de pensamentos ou tentativas de suicídio anteriormente.

Num estudo anterior que utilizou o inventário RFL expandido, Ellis e Lamis (2007) constataram que os indivíduos que tinham pensamentos suicidas obtiveram pontuações significativamente mais baixas nas crenças de sobrevivência e enfrentamento do que aqueles que não apresentavam tais pensamentos (Rieger et al., 2015).

Outro estudo realizado por Klonsky e May (2015) investigou a relação entre as razões para viver e o comportamento suicida numa amostra de adultos jovens. Eles descobriram que as pessoas que tinham mais razões para viver eram menos propensas a pensar em suicídio e a tentar o suicídio.

No estudo de Rieger (2015), os resultados encontrados indicaram que indivíduos com maior tendência ao suicídio, possuíam menos razões para viver do que aqueles com menor nível. Além disso, foi observado que a presença de razões para viver está inversamente relacionada à gravidade da ideação suicida. Os pesquisadores também descobriram que as razões para viver mais frequentemente citadas pelos participantes foram relacionamentos interpessoais, crianças/família e crenças religiosas/espirituais. Esses resultados sugerem a importância de identificar e fortalecer as razões para viver como uma estratégia de prevenção do suicídio (Rieger et al., 2015).

Em um estudo realizado por Madeira (2022), utilizando o RFL-YA-II, foi confirmado que as razões para viver são um fator protetor crucial contra o comportamento suicida em jovens adultos portugueses. Estes fatores incluem suporte

familiar, aceitação por parte dos amigos, força pessoal percebida e apoio relacionado à fé, também foi encontrada uma correlação negativa significativa entre as razões para viver e sintomas de depressão, desesperança e ideação suicida, sugerindo que ter fortes razões para viver está associado a um menor risco de suicídio. Neste estudo encontrou diferenças significativas entre homens e mulheres, com as mulheres a apresentarem maiores pontuações nas subescalas de suporte familiar e apoio relacionado à fé, o que pode refletir a maior tendência feminina para religiosidade e apoio familiar (Madeira, 2022).

Esses estudos evidenciam a importância de avaliar e fortalecer as razões para viver em indivíduos em situação de vulnerabilidade, a fim de prevenir o suicídio. A abordagem terapêutica que visa fortalecer as razões para viver pode ser um componente essencial no tratamento de pessoas com ideação suicida.

Portanto, é fundamental compreender melhor a relação entre a vivência de experiências negativas e o desenvolvimento de sintomatologia depressiva e ideação suicida na vida adulta, uma vez que estas experiências podem ter um impacto duradouro na saúde mental. Além disso, é importante levar em conta as relações de mediação e moderação neste contexto, ou seja, como determinados fatores, como as razões para viver, podem influenciar o papel das experiências negativas na ideação suicida. Estudar as razões para viver pode revelar-se essencial para compreender se e como estas atuam como um fator de proteção, ajudando a reduzir a gravidade dos sintomas depressivos e diminuindo o risco de suicídio, e fornecendo, assim, importantes informações para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção.

### **3. Objetivos**

O objetivo geral deste estudo consiste em analisar a relação entre os acontecimentos de vida negativos, a sintomatologia depressiva, as razões para viver e a ideação suicida, numa amostra de jovens-adultos portugueses. De modo a concretizar o objetivo geral, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- I. Caracterizar os participantes jovens-adultos quanto à história de diagnóstico psicopatológico e de comportamentos suicidários;

II. Descrever os níveis de ideação suicida, sintomatologia depressiva e a vivência de acontecimentos de vida negativos segundo o sexo, a história de diagnóstico psicopatológico e de comportamentos suicidários.

III. Explorar a relação entre vivências traumáticas na infância, sintomatologia depressiva e ideação suicida;

IV. Analisar o valor preditor dos fatores de risco (acontecimentos de vida negativos e sintomatologia depressiva) na explicação da ideação suicida;

V. Averiguar o papel mediador das razões para viver na relação entre os fatores de risco e a ideação suicida;

VI. Explorar o efeito mediador da sintomatologia depressiva na relação entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida;

VII. Avaliar o papel moderador das razões para viver na relação entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida.

## **4. Método**

### **4.1. Desenho da Pesquisa**

Este estudo apresenta um desenho descritivo, correlacional e transversal, tendo como objetivo descrever e relacionar variáveis.

### **4.2. Amostra**

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: idade do participante entre 18 e 35 anos e nacionalidade portuguesa ou dupla cidadania. Assim, foram excluídos um total de 22 participantes, dos quais 9 não atendiam à faixa etária e 13 dos quais não possuíam cidadania portuguesa.

Portanto, a amostra final é constituída por 224 jovens adultos portugueses, 166 mulheres (74,1%) e 58 homens (25,9%), com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos ( $M = 22,71$ ;  $DP = 3,428$ ).

Relativamente à área de residência, a maior parte dos participantes reside ao sul de Portugal, a distribuição da amostra ficou sendo: Região Sul – Évora (0,9%), Setúbal (15,6%), Beja (10,3%) e Faro (35,7%); região Norte Viana do Castelo (0,9%), Bragança (0,4%), Braga (0,4%), Porto (2,7%), Viseu (1,8%) e Aveiro (3,6%); na região central –

Coimbra (1,3%), Castelo Branco (0,9%), Leiria (6,7%), Santarém (3,6%), Portalegre (0,4%) e Lisboa (6,7%) e nomeadamente à região autónoma da Madeira (7,1%). Nota-se porem que 2 participantes não indicaram o local de residência.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes são solteiros (92,9%), em menor proporção apresenta a união estável (4,9%) e o casamento (2,2%). Com relação à escolaridade, a maior parte se declara com ensino superior (62,9%), mas há também participantes com o ensino secundário (33,9%), 3º ciclo (2,2%) e 2º ciclo (0,9%). Quanto à situação laboral, 141 participantes estudam (62,9%), 22 são estudantes (9,8%), 45 trabalham (20,1%) e os restantes 16 estão desempregados (7,1%).

### **4.3. Instrumentos**

O protocolo de avaliação é composto por instrumentos adaptados à população portuguesa e à faixa etária estipulada. Considerando os objetivos definidos, foram utilizadas as seguintes medidas:

#### **4.3.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico**

O questionário sociodemográfico e clínico desenvolvido para este estudo permite a caracterização dos participantes através de um conjunto de perguntas para recolher informação sobre variáveis sociodemográficas como idade, género, local de residência, estado civil, escolaridade e situação profissional. Simultaneamente é possível coletar informações sobre história clínica e psicológica (como: “Alguma vez lhe foi diagnosticado um problema psicológico ou psiquiátrico?”) e a ocorrência de comportamentos autolesivos (como: “Alguma vez sentiu que não valia a pena viver?”; “Alguma vez cometeu atos para se auto-prejudicar), mas sem a finalidade de morrer?”; ou ainda a comportamentos suicidas (como: “Alguma vez tentou pôr fim à sua vida?”), além de perguntas sobre a vivencia de problemas mentais com dos seus familiares e amigos.

#### **4.3.2. Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa (PANSI; Osman, Gutierrez, Kopper, Barrios, & Chiros, 1998)**

O *Positive and Negative Suicide Ideation Inventory*, desenvolvido por Osman, Gutierrez, Kopper, Barrios e Chiros (1998) foi adaptado para a população portuguesa

(Brás, M., Antunes, J., & Carmo, C.; 2024) e avalia os pensamentos positivos e negativos associados à ideação suicida. É composto por 14 itens, apresentados numa escala de *Likert* de 1 (*Nunca*) a 5 (*Muito Frequentemente*).

O instrumento em questão permite avaliar duas dimensões: a Ideação Positiva (PANSI- PI) (6 itens) (e.g., item 2 – “Sentiu que estava no controlo da maioria das situações na sua vida?”) e a Ideação Negativa (PANSI-NSI) (8 itens) (e.g., item 1 – “Considerou, seriamente, terminar com a sua própria vida porque sentiu que não conseguiu corresponder às expectativas de outros?”), que correspondem aos pensamentos associados à ideação suicida, nas últimas duas semanas.

A pontuação total de cada subescala é obtida através da média aritmética das respostas dos itens. Assim, a pontuação total da PANSI-PI varia entre 6 e 30, enquanto a pontuação total da PANSI-NSI varia entre 8 e 40. Pontuações mais elevadas de ideação positiva apontam para uma frequência de ideação suicida reduzida e, em contrapartida, pontuações altas de ideação negativa indicam uma maior frequência de ideação suicida, ou seja, um risco de comportamento suicida superior (Osman et al., 1998). O PANSI não permite que seja calculado o *score* total, por não ser interpretável (Gutierrez & Osman, 2008).

No estudo original, foram obtidos resultados bastante satisfatórios relativamente à fiabilidade, considerando que os valores de alfa indicaram uma boa consistência interna PANSI-NSI ( $\alpha = .91$  e  $.93$ ) e PANSI-PI ( $\alpha = .80$  e  $.82$ ) (Osman et al., 1998). Para mais, a versão portuguesa evidencia uma consistência interna aceitável em ambas as subescalas, PANSI-NSI ( $\alpha = .95$ ) e PANSI-PI ( $\alpha = .83$ ). Por último, no âmbito deste estudo, foi calculado o alfa de *Cronbach*, com a finalidade de analisar a fiabilidade e determinar os valores de  $\alpha$ . Neste sentido, verificaram-se valores elevados de consistência interna nas duas subescalas  $.96$  na Ideação Negativa e  $.80$  na Ideação Positiva.

O estudo "The Psychometric Properties of the Positive and Negative Suicidal Ideation Scale among Portuguese Young Adults" (Brás, Antunes, & Carmo, 2024) focou-se na adaptação da **PANSI** para jovens adultos portugueses. O objetivo foi avaliar as propriedades psicométricas da escala, que mede pensamentos suicidas positivos (protetores) e negativos (autodestrutivos). Os resultados confirmaram a validade e fiabilidade da versão portuguesa, com consistência interna elevada ( $\alpha = 0,84$  para

ideação positiva e  $\alpha = .96$  para negativa) e boa capacidade de discriminação, sustentando a estrutura bifatorial original.

#### **4.3.3. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21; Lovibond e Lovibond, 1995)**

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse é a versão portuguesa da *Depression Anxiety Stress Scale* de Lovibond e Lovibond (1995). Foi adaptada para português por Pais-Ribeiro et al. (2004). Tem como principal objetivo avaliar a sintomatologia associada aos estados de ansiedade, depressão e stresse, podendo ser aplicada a indivíduos com mais de 17 anos.

O instrumento é composto por 21 itens, agrupados em três subescalas: ansiedade (e.g., “Senti dificuldades em respirar”), depressão (e.g., “Senti que não tinha muito valor como pessoa”) e stresse (e.g., “Senti que estava a utilizar muita energia nervosa”). Cada subescala é constituída por 7 itens, com 4 hipóteses de resposta: de 0 (*Não se aplicou nada a mim*) a 3 (*Aplicou-se a mim a maior parte das vezes*). Os itens remetem para sintomas emocionais negativos, onde os sujeitos avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana (Pais-Ribeiro et al., 2004).

A escala proporciona três pontuações, uma para cada dimensão, que são estipuladas pela soma dos resultados dos 7 itens correspondentes, podendo variar entre um mínimo de 0 e um máximo de 21 pontos. As classificações mais elevadas de cada subescala correspondem a estados afetivos mais negativos (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Considerando os objetivos do presente estudo, apenas será analisada a subescala da depressão. Esta inclui itens direcionados à disforia (e.g., “Senti-me desanimado e melancólico”), desânimo (e.g., “Senti que não tinha nada a esperar do futuro”), desvalorização da vida (e.g., “Senti que a vida não tinha sentido”), autodepreciação (e.g., “Senti que não tinha muito valor como pessoa”), falta de interesse ou de envolvimento (e.g., “Não fui capaz de ter entusiasmo por nada”), anedonia (e.g., “Não consegui sentir nenhum sentimento positivo”) e inércia (e.g., “Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas”) (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Relativamente à fiabilidade, o instrumento revela valores satisfatórios de consistência interna nas suas subescalas: ansiedade ( $\alpha = .74$ ), depressão ( $\alpha = .85$ ) e stresse ( $\alpha = .81$ ) (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Na presente investigação obteve-se uma consistência interna muito boa, mais especificamente, na escala total ( $\alpha = .96$ ) e na subescala depressão ( $\alpha = .93$ ).

#### **4.3.4. Questionário de Trauma de Infância – Versão Breve (CTQ-SF; Bernstein et al., 2003)**

O Questionário de Trauma de Infância – Versão Breve é a versão portuguesa (Dias et al., 2013) do *Childhood Trauma Questionnaire – Short Form* (Bernstein et al., 2003). É um instrumento de autorresposta que permite avaliar a existência de eventos traumáticos na infância.

O questionário é composto por 28 itens, apresentados numa escala de *Likert* de 1 (*Nunca*) a 5 (*Sempre*). Analisa cinco componentes traumáticas, nomeadamente, o abuso emocional (e.g., “Pessoas da minha infância diziam coisas que me magoaram ou ofenderam”), o abuso físico (“Na minha infância batiam-me tanto que me deixavam pisado ou com nódoas negras no corpo”), o abuso sexual (e.g., “Tentaram forçar-me a fazer ou a assistir a algo sexual”), a negligência emocional (e.g., “As pessoas da minha família cuidavam uma das outras”) e a negligência física (e.g., “Tinha que usar roupas sujas”). Cada subescala é constituída por 5 itens (Dias et al., 2013).

Quanto à cotação, os itens são pontuados de 1 a 5, de acordo com a frequência em que ocorreram, à exceção dos itens que descrevem uma infância agradável (2, 5, 7, 13, 19, 26 e 28), que são cotados de modo inverso (5-4-3-2-1). A classificação final é obtida através da soma das cotações de cada uma das questões, podendo variar entre os 5 e os 25 pontos, sendo que valores mais elevados indicam uma maior e mais grave exposição a traumas na infância (Dias et al., 2013).

A nível de fiabilidade, a versão portuguesa apresenta resultados adequados na escala total ( $\alpha = .84$ ) e nas suas subescalas: abuso emocional ( $\alpha = .71$ ), abuso físico ( $\alpha = .77$ ), abuso sexual ( $\alpha = .71$ ) e negligência emocional ( $\alpha = .79$ ), à exceção da subescala negligência física ( $\alpha = .47$ ) que apresenta uma consistência interna baixa (Dias et al., 2013).

No presente estudo, os valores da consistência interna mostraram-se satisfatórios, tanto para a escala total ( $\alpha = .82$ ), como para as respetivas subescalas, abuso emocional ( $\alpha = .87$ ), negligência emocional ( $\alpha = .89$ ), abuso sexual ( $\alpha = .92$ ) e abuso físico ( $\alpha = .81$ ). Por outro lado, a subescala negligência física ( $\alpha = .58$ ) apresenta

uma consistência interna baixa, à semelhança dos valores obtidos no estudo da versão portuguesa do instrumento.

#### **4.3.5. Inventário de Razões para Viver para jovens-adultos (RFL-YA; Linehan et. al., 1983)**

No entanto, em 1983, Linehan et. al. criou o primeiro instrumento destinado a avaliar fatores protetores contra o suicídio na população adulta, denominado Inventário de Razões para Viver (RFL). A RFL nos permite diferenciar entre indivíduos suicidas e não suicidas com base em sistemas de crenças. O instrumento contém um total de 48 itens em seis subescalas: enfrentamento e habilidades de enfrentamento, responsabilidade familiar, preocupação com os filhos, medo do suicídio, medo da desaprovação social e objeções morais (Madeira et al., 2022).

Posteriormente, Gutierrez et al. produziram o Inventário de Razões de Vida para Jovens Adultos (RFL-YA), que foi concebido para ser uma ferramenta mais curta e prática. Este instrumento também apresentou design e dimensões protetoras e melhores propriedades psicométricas que os instrumentos anteriores. O RFL-YA é um inventário de 32 itens que avalia as razões para viver entre jovens adultos com idades compreendidas entre os 17 e os 30 anos. Cada questão é respondida numa escala de 1 (nada importante) a 6 (muito importante). como instrumento contém quatro subescalas: a. aceitação e suporte de pares ( $\alpha = .94$ ), b. força pessoal percebida ( $\alpha = .93$ ), c. suporte familiar ( $\alpha = .95$ ) e d. suporte relacionado com a fé ( $\alpha = .98$ ). Possui boa consistência interna também na escala total ( $\alpha = 0,95$ ) e outras propriedades psicométricas favoráveis (Madeira et al., 2022).

#### **4.4. Procedimentos**

Para explicar as etapas envolvidas neste estudo, aqui está uma descrição detalhada do procedimento de coleta e análise de dados.

##### **4.4.1. Recolha de Dados**

Para iniciar o procedimento de recolha de dados foi criado um formulário web para coleta de dados utilizando a plataforma *GoogleForms*. Primeiro, o estudo e o consentimento informado foram introduzidos no início. Desta forma, os participantes

tomaram conhecimento da finalidade do estudo, do reconhecimento dos seus direitos de participação, das garantias de cumprimento das questões éticas da investigação (ex. confidencialidade, anonimato) e que a utilização da informação transmitida é exclusivamente para os fins previstos deste estudo. Foram ainda informados de que a sua participação era voluntária e que tinham a opção de recusar ou retirar-se sem qualquer constrangimento. Após consentimento, foi preenchido um protocolo de coleta de dados, a saber: Questionário Sociodemográfico e Clínico, Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa (PANSI), Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21), Questionário de Trauma de Infância – Versão Breve (CTQ-SF) e Inventário de Razões para Viver para jovens-adultos (RFL-YA). A pesquisa levou aproximadamente 15 minutos para ser concluída e as instruções foram fornecidas antes dos procedimentos de avaliação.

Foi disponibilizado o endereço eletrónico, em caso de necessidade de algum esclarecimento adicional.

A plataforma digital foi partilhada pelas redes sociais e a contactos informais, através da divulgação do *link* de acesso ao formulário, a fim de obter uma amostra diversificada e de dimensão considerável. O período de recolha foi realizado no ano letivo 2020/2021.

#### **4.4.2. Procedimento de Tratamento de Dados**

Recorreu-se ao programa IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*; versão 26) para realização do tratamento estatístico dos dados, sendo, em primeiro lugar, realizadas frequências absolutas e relativas com o objetivo de caracterizar os participantes quanto à sua história de diagnóstico psicopatológico e de comportamentos autolesivos, bem como suicidários. Além disso, procedeu-se igualmente ao apuramento dos valores mínimos e máximos, médias e desvios-padrão das respetivas escalas e subescalas das variáveis de interesse (i.e., ideação suicida, depressão e acontecimentos de vida negativos).

Visto isto, a fim de identificar possíveis diferenças em função do sexo, da história de diagnóstico psicopatológico e de comportamentos autolesivos e suicidários realizaram-se Testes *T-Student* para amostras independentes. E realizaram-se ainda Correlações de *Pearson* com o objetivo de explorar a relação entre vivências traumáticas

na infância, sintomatologia depressiva e ideação suicida, considerando-se os seguintes critérios para avaliação da intensidade das mesmas (Cohen, 1988): (a) Fracas 0.10 – 0.29; (b) Moderadas 0.30 – 0.49; e (c) Fortes 0.50 – 1.

Posteriormente, realizou-se igualmente uma Regressão Linear Múltipla com método Enter para analisar o valor preditor dos fatores de risco (acontecimentos de vida negativos e sintomatologia depressiva - variáveis independentes ou preditoras) na explicação da ideação suicida (variável dependente). Ademais, averiguamos o papel mediador das razões para viver na relação entre os fatores de risco e a ideação suicida, assim como o efeito mediador da sintomatologia depressiva na relação entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida, através do Modelo 4 do *Process* (v. 4.3) para o SPSS (Hayes, 2018). De notar que se recorreu ainda ao mesmo programa [i.e., ao *Process* (v. 4.3) para o SPSS (Hayes, 2018; Modelo 1)] para executar diversas análises de moderação com o objetivo de avaliar o papel moderador das razões para viver na relação entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida.

Importa referir que consideramos  $p < .05$  como nível de significância estatística em todos os testes realizados.

## 5. Resultados

### 5.1. História de perturbação psicológica e comportamentos suicidários

Importa salientar que 42 indivíduos (18.8%) responderam que sim relativamente ao diagnóstico de problemas psicológicos ou psiquiátricos. Além disso, 85 participantes (37.9%) revelaram ter ou ter tido acompanhamento psicológico ou psiquiátrico e 104 (46.4%) admitiram já ter experienciado sentimentos de que não valia a pena viver.

Da amostra total, 28 participantes (12.5%) referiram já ter cometido atos para se auto-prejudicar sem a intenção de morte e 15 participantes (6.7%) afirmaram que já tentaram por fim à própria vida. Nesta sequência, na questão sobre quantas vezes foram realizados comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídio, 4.3% dos participantes responderam 100 vezes, 4.3% responderam 30 vezes, 13.0% responderam 20 vezes, 17.4% responderam 10 vezes, 4.3% responderam 7 vezes, 17.4% indicaram 5 vezes, 17.4% indicaram 3 vezes, 4.3% indicaram 2 vezes e 17.4% indicaram 1 vez.

Em relação à idade em que tiveram pela primeira vez comportamento autolesivos ou que procederam a tentativas de suicídio, 23.1% dos participantes indicou

que foi aos 14 anos, 15.4% aos 15 anos, 11.5% indicou que tinha 13 anos, 7.7% dos participantes reportaram ter, respectivamente 19, 18, 17, 16, 12, ou 11 anos e 3.8% indicou que foi aos 22 anos. Quanto à idade em que o comportamento foi realizado pela última vez, 19.2% dos participantes mencionou que foi aos 20 anos ou aos 15 anos, 11.5% disse que tinha 22 ou 17 anos, 7.7% indicaram ter, respectivamente, 21, 18 ou 16 anos, e, por fim, 3.8% dos participantes mencionaram ter 29, 23, 19 ou 14 anos.

Dentro dos métodos utilizados nos comportamentos autolesivos destacaram-se 7 participantes que relataram lesões cutâneas com objetos cortantes, 5 participantes que relataram intoxicação medicamentosa e 4 participantes que relataram intoxicação medicamentosa e lesões na pele com instrumentos cortantes.

Ademais, mais da metade dos participantes selecionados (71.9% e 57.6%) relataram não conhecer familiares próximos ou amigos que tenham tentado suicídio.

## **5.2. Caracterização da ideação suicida, sintomatologia depressiva e vivência de acontecimentos de vida negativos na amostra de jovens-adultos**

Os resultados demonstraram, para a amostra total, que tanto a pontuação média ao nível da Ideação Negativa como Positiva sugerem que, em média, os participantes posicionaram-se de forma intermédia, ilustrando alguma frequência de pensamentos positivos e negativos associados à ideação suicida. Da mesma forma, a pontuação média obtida ao nível da subescala de Depressão da EADS sugeriu igualmente que os participantes apresentaram algumas vezes sintomatologia depressiva (Tabela 1).

Por fim, no que diz respeito aos acontecimentos de vida negativos, observaram-se maiores pontuações médias ao nível das subescalas de Abuso Emocional ( $M= 9.00$ ;  $DP= 4.58$ ) e Negligência Emocional ( $M=9.92$ ;  $DP= 4.52$ ), ainda que abaixo do ponto intermédio, sugerindo que os participantes reportaram, em média, que experienciaram poucas vezes este tipo de eventos traumáticos na infância. As pontuações médias obtidas às restantes subescalas aproximaram-se do extremo inferior da respetiva escala de medição, sugerindo que, em médias, os participantes nunca ou poucas vezes terão experienciado Abuso Físico, Abuso Sexual e Negligência Física durante a sua infância (Tabela 1).

**Tabela 1**

*Estatísticas descritivas da ideação suicida, sintomatologia depressiva e acontecimentos de vida negativos*

	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Ideação Negativa (IN-PANSI)	8	40	12.22	7.85
Ideação Positiva (IP-PANSI)	7	30	21.96	4.30
Depressão (EADS)	0	21	7.65	6.19
Abuso Emocional (CTQ)	5	25	9.00	4.58
Abuso Físico (CTQ)	5	18	5.66	1.94
Abuso Sexual (CTQ)	5	25	5.93	2.86
Negligência Emocional (CTQ)	5	24	9.92	4.52
Negligência Física (CTQ)	5	17	6.39	2.17

*Nota.* *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão

### **5.3. Ideação suicida, sintomatologia depressiva e acontecimentos de vida negativos em função do sexo, da história de diagnóstico, de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, de comportamentos autolesivos e de tentativas de suicídio**

Tal como é possível observar por intermédio da Tabela 2, verificaram-se diferenças significativas em função do sexo ao nível da subescala de Abuso Emocional [ $t_{(141.483)} = 2.93$ ;  $p = .004$ ;  $d = .38$ ] e de Abuso Sexual [ $t_{(182.726)} = 4.21$ ;  $p < .001$ ;  $d = .39$ ]. Especificamente, observou-se que as mulheres reportaram ter vivenciado durante a sua infância significativamente mais experiências de abuso emocional e sexual, comparativamente com os homens.

De notar a ausência de diferenças significativas no que diz respeito à ideação suicida [Ideação Negativa:  $t_{(222)} = .25$ ;  $p = .802$  e Ideação Positiva:  $t_{(222)} = -1.46$ ;  $p = .145$ ]

e à sintomatologia depressiva  $t_{(222)} = 1.25; p = .214$ ] em função do sexo dos participantes (Tabela 2).

**Tabela 2**

*Estatísticas descritivas da ideação suicida, sintomatologia depressiva e acontecimentos de vida negativos e diferenças de médias em função do sexo*

	Feminino		Masculino		<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>(n = 166)</i>		<i>(n = 58)</i>				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Ideação Negativa (IN-PANSI)	12.30	7.85	12.00	7.89	.04	.25	.802
Ideação Positiva (IP-PANSI)	21.72	4.49	22.67	3.63	-.22	-1.46	.145
Depressão (EADS)	7.95	6.18	6.78	6.21	.19	1.25	.214
<b>Abuso Emocional (CTQ)</b>	<b>9.44</b>	<b>4.86</b>	<b>7.72</b>	<b>3.42</b>	<b>.38</b>	<b>2.93</b>	<b>.004</b>
Abuso Físico (CTQ)	5.70	2.09	5.53	1.44	.09	.57	.566
<b>Abuso Sexual (CTQ)</b>	<b>6.22</b>	<b>3.26</b>	<b>5.12</b>	<b>.46</b>	<b>.39</b>	<b>4.21</b>	<b>.001</b>
Negligência Emocional (CTQ)	9.85	4.57	10.14	4.40	-.06	-.42	.677
Negligência Física (CTQ)	6.38	2.21	6.41	2.07	-.02	-.10	.918

*Nota.* *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão; *t* = Teste-T de *Student* para amostras independentes

Por sua vez, considerando a história de diagnóstico psicológico/psiquiátrico (Tabela 3), os resultados demonstraram diferenças igualmente significativas ao nível da ideação suicida [i.e., Ideação Negativa:  $t_{(48.359)} = 3.19; p = .001; d = .73$ ; Ideação Positiva:  $t_{(222)} = -4.23; p < .001; d = .72$ ], da sintomatologia depressiva [ $t_{(222)} = 3.60; p < .001; d = .62$ ]

e das subescalas de Abuso e Negligência Emocional [respetivamente,  $t_{(222)} = 2.11$ ;  $p = .018$ ;  $d = .36$  e  $t_{(222)} = 2.30$ ;  $p = .011$ ;  $d = .39$ ].

Desta forma, os resultados do presente estudo indicaram que os participantes que referiram apresentar ou ter sido diagnosticados com algum problema psicológico e/ou psiquiátrico apresentaram níveis significativamente superiores de ideação negativa e sintomatologia depressiva, bem como níveis significativamente inferiores de ideação positiva, comparativamente com os participantes que não apresentavam nem haviam sido diagnosticados com algum problema psicológico e/ou psiquiátrico. Da mesma forma, os participantes que referiram apresentar ou ter sido diagnosticados com algum problema psicológico e/ou psiquiátrico reportaram ter vivenciado durante a sua infância significativamente mais experiências tanto de abuso como de negligência emocional.

### **Tabela 3**

*Estatísticas descritivas da ideação suicida, sintomatologia depressiva e acontecimentos de vida negativos e diferenças de médias em função da história de diagnóstico psicológico/psiquiátrico*

	Sim		Não		<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	(n = 42)		(n = 182)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
<b>Ideação Negativa (IN-PANSI)</b>	<b>16.71</b>	<b>10.78</b>	<b>11.19</b>	<b>6.62</b>	<b>.73</b>	<b>3.19</b>	<b>.001</b>
<b>Ideação Positiva (IP-PANSI)</b>	<b>19.52</b>	<b>4.27</b>	<b>22.53</b>	<b>4.12</b>	<b>-.72</b>	<b>-4.23</b>	<b>.001</b>
<b>Depressão (EADS)</b>	<b>10.67</b>	<b>6.60</b>	<b>6.95</b>	<b>5.90</b>	<b>.62</b>	<b>3.60</b>	<b>.001</b>
<b>Abuso Emocional (CTQ)</b>	<b>10.33</b>	<b>5.28</b>	<b>8.69</b>	<b>4.36</b>	<b>.36</b>	<b>2.11</b>	<b>.018</b>
Abuso Físico (CTQ)	5.90	2.33	5.60	1.84	.15	.90	.184
Abuso Sexual (CTQ)	6.24	3.50	5.86	2.69	.13	.77	.222

<b>Negligência Emocional (CTQ)</b>	<b>11.36</b>	<b>4.90</b>	<b>9.59</b>	<b>4.38</b>	<b>.39</b>	<b>2.30</b>	<b>.011</b>
Negligência Física (CTQ)	6.74	2.37	6.31	2.12	.20	1.16	.124

*Nota.* *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão; *t* = Teste-T de *Student* para amostras independentes

Ademais, tal como ilustrado na Tabela 4, os resultados atestaram igualmente a presença de diferenças significativas na Ideação Positiva [ $d = .60$ ;  $t_{(112.633)} = 4.13$ ;  $p < .001$ ] e Negativa [ $d = .65$ ;  $t_{(222)} = -4.36$ ;  $p < .001$ ], na subescala de Depressão da EADS [ $d = .62$ ;  $t_{(222)} = 4.49$ ;  $p < .001$ ] e na subescala de Abuso Emocional do CTQ [ $d = .39$ ;  $t_{(144.787)} = 2.65$ ;  $p = .004$ ] em função da história de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico. O que demonstrou a presença de níveis significativamente superiores de ideação negativa e de sintomatologia depressiva, assim como níveis significativamente inferiores de ideação positiva e uma frequência significativamente superior de vivências de abuso emocional durante a infância, nos participantes que referem ser ou ter sido acompanhados a nível psicológico e/ou psiquiátrico, em comparação com os indivíduos que não são nem foram acompanhados.

**Tabela 4**

*Estatísticas descritivas da ideação suicida, sintomatologia depressiva e acontecimentos de vida negativos e diferenças de médias em função da história de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico*

	Sim		Não		<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>(n = 85)</i>		<i>(n = 139)</i>				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
<b>Ideação Negativa (IN-PANSI)</b>	<b>15.26</b>	<b>10.12</b>	<b>10.37</b>	<b>5.30</b>	<b>.65</b>	<b>4.13</b>	<b>.001</b>
<b>Ideação Positiva (IP-PANSI)</b>	<b>20.42</b>	<b>4.39</b>	<b>22.91</b>	<b>3.97</b>	<b>-.60</b>	<b>-4.36</b>	<b>.001</b>
<b>Depressão (EADS)</b>	<b>9.93</b>	<b>6.44</b>	<b>6.25</b>	<b>5.62</b>	<b>.62</b>	<b>4.49</b>	<b>.001</b>

<b>Abuso Emocional (CTQ)</b>	<b>10.08</b>	<b>5.21</b>	<b>8.33</b>	<b>4.03</b>	<b>.39</b>	<b>2.65</b>	<b>.004</b>
Abuso Físico (CTQ)	5.79	2.10	5.58	1.84	.11	.77	.222
Abuso Sexual (CTQ)	6.27	3.31	5.73	2.53	.19	1.39	.084
Negligência Emocional (CTQ)	10.52	4.91	9.56	4.24	.21	1.54	.062
Negligência Física (CTQ)	6.40	2.06	6.38	2.25	.01	.06	.475

*Nota.* *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão; *t* = Teste-T de *Student* para amostras independentes;

No que diz respeito à história de comportamentos autolesivos (Tabela 5), observaram-se diferenças significativas ao nível da ideação suicida (nomeadamente, Ideação Negativa:  $t_{(28.857)} = 5.38$ ;  $p < .001$  e Ideação Positiva:  $t_{(222)} = -7.05$ ;  $p < .001$ ], da sintomatologia depressiva [ $t_{(222)} = 6.49$ ;  $p < .001$ ] e de todos os acontecimentos de vida negativos [i.e., Abuso Emocional:  $t_{(31.450)} = 4.38$ ;  $p < .001$  / Abuso Sexual:  $t_{(27.905)} = 2.41$ ;  $p = .011$  / Negligência Emocional:  $t_{(222)} = 4.37$ ;  $p < .001$  / Negligência Física:  $t_{(222)} = 1.79$ ;  $p = .038$ ], à exceção do Abuso Físico [ $t_{(29.780)} = 1.62$ ;  $p = .058$ ].

Deste modo, os resultados demonstraram níveis significativamente superiores de pensamentos negativos de ideação suicida e de sintomatologia depressiva, assim como uma frequência significativamente superior de vivências de abuso emocional e sexual, e de negligência emocional e física durante a infância, em participantes que indicaram já ter realizado atos para se auto-prejudicar, comparativamente aqueles que nunca o fizeram. De notar que os indivíduos que já realizaram comportamentos autolesivos apresentaram igualmente níveis significativamente inferiores de ideação suicida positiva.

**Tabela 5**

*Estatísticas descritivas da ideação suicida, sintomatologia depressiva e acontecimentos de vida negativos e diferenças de médias em função da história de comportamentos autolesivos*

	Sim		Não		<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	(n = 28)		(n = 196)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Ideação Negativa (IN-PANSI)	22.86	11.75	10.70	5.72	1.80	5.38	<b>.001</b>
Ideação Positiva (IP-PANSI)	17.11	4.60	22.66	3.78	-1.42	-7.05	<b>.001</b>
Depressão (EADS)	14.18	5.37	6.71	5.73	1.31	6.49	<b>.001</b>
Abuso Emocional (CTQ)	13.14	5.52	8.40	4.12	1.10	4.38	<b>.001</b>
Abuso Físico (CTQ)	6.46	2.96	5.55	1.74	.48	1.62	.058
Abuso Sexual (CTQ)	8.25	5.76	5.60	1.96	.97	2.41	<b>.011</b>
Negligência Emocional (CTQ)	13.29	5.35	9.44	4.19	.88	4.37	<b>.001</b>
Negligência Física (CTQ)	7.07	2.46	6.29	2.12	.36	1.79	<b>.038</b>

*Nota.* *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão; *t* = Teste-T de *Student* para amostras independentes;

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

Por fim, observam-se diferenças significativas em função do histórico de tentativas de suicídio (tabela 6). Foram analisadas variáveis relacionadas à ideação suicida, sintomatologia depressiva e acontecimentos de vida adversos, como abuso e negligência, com o objetivo de comparar as médias entre dois grupos: com e sem histórico de tentativas de suicídio.

Na análise detalhada dos dados, verifica-se que a Ideação Negativa apresenta uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos, sendo consideravelmente mais elevada no grupo com histórico de tentativas de suicídio ( $t = 6.04, p = .001$ ). Por outro lado, a Ideação Positiva, que se refere a pensamentos positivos sobre a vida (opostos à ideação suicida), é significativamente menor no grupo com tentativas de suicídio, indicando um menor grau de otimismo neste grupo ( $t = -5.90, p = .001$ ).

Relativamente à Depressão, os sintomas depressivos também demonstram uma diferença significativa, com maior prevalência no grupo com histórico de tentativas de suicídio ( $t = 6.27, p = .001$ ). No que respeita ao Abuso Emocional, os resultados indicam que as pessoas com tentativas de suicídio relatam significativamente mais experiências de abuso emocional ( $t = 2.53, p = .004$ ). Da mesma forma, o Abuso Físico apresenta uma diferença significativa, sendo maior no grupo com histórico de tentativas de suicídio ( $t = 1.38, p = .009$ ).

Em relação às experiências de Abuso Sexual, há uma diferença significativa, com uma maior incidência de abuso sexual no grupo que tentou suicídio ( $t = 2.40, p = .001$ ). Quanto à Negligência Emocional, verifica-se também uma diferença significativa, com mais relatos de negligência emocional no grupo com histórico de tentativas de suicídio ( $t = 2.24, p = .017$ ).

Assim, conclui-se que as pessoas com histórico de tentativas de suicídio apresentam, em média, níveis mais elevados de ideação suicida negativa, depressão, e experiências adversas como abuso emocional, físico, sexual e negligência emocional, quando comparadas com aquelas sem esse histórico. Além disso, manifestam menos ideação positiva. Todas estas diferenças, exceto para a negligência física, são estatisticamente significativas, indicando uma clara distinção entre os dois grupos.

**Tabela 6**

*Estatísticas descritivas da ideação suicida, sintomatologia depressiva e acontecimentos de vida negativos e diferenças de médias em função da história de tentativas de suicídio*

	Sim (n = 15)			Não (n = 209)			d	p
	M	DP	t	M	DP	t		
Ideação Negativa (IN-PANSI)	29.60	9.62	11.01	10.98	6.04	7.39	2.94	<b>.001</b>
Ideação Positiva (IP-PANSI)	15.87	4.15	6.13	22.40	3.97	5.90	-1.64	<b>.001</b>
Depressão (EADS)	16.20	5.94	5.95	7.03	5.79	6.27	1.59	<b>.001</b>
Abuso Emocional (CTQ)	13.00	6.47	3.59	8.71	4.30	2.53	.96	<b>.004</b>
Abuso Físico (CTQ)	6.80	3.38	2.37	5.58	1.78	1.38	.64	<b>.009</b>
Abuso Sexual (CTQ)	10.13	7.22	6.40	5.63	1.97	2.40	1.71	<b>.001</b>
Negligência Emocional (CTQ)	13.27	6.08	3.01	9.68	4.31	2.24	.81	<b>.017</b>
Negligência Física (CTQ)	7.47	2.72	2.00	6.31	2.11	1.61	.53	.060

*Nota.* M = Média; DP = Desvio-Padrão; t = Teste-T de Student para amostras independentes;

#### **5.4. Relação entre a ideação suicida, sintomatologia depressiva e vivência de acontecimentos de vida negativos na amostra de jovens-adultos**

Por intermédio da matriz de correlações apresentada na Tabela 7, é possível verificar a existência de correlações significativas e positivas entre a Ideação Negativa, a subescala de Depressão Da EADS e todos os acontecimentos de vida negativos, realçando-se que a maioria destas correlações apresentaram uma intensidade moderada, à exceção da correlação Ideação Negativa – Depressão que foi forte ( $r = .66$ )

e da correlação Ideação Negativa – Abuso Físico que foi fraca ( $r = .14$ ). Ou seja, quanto maior a frequência de pensamentos negativos de ideação suicida, maior a sintomatologia depressiva e a frequência de acontecimentos de vida negativos durante a infância.

Ademais, observaram-se ainda correlações significativas, só que negativas, entre a Ideação Positiva, a subescala de Depressão da EADS e os acontecimentos de vida negativos, à exceção do Abuso Físico, sendo que a associação que apresentou maior magnitude foi entre Ideação Positiva – Depressão (i.e., magnitude forte ( $r = .62$ )). As restantes foram moderadas (nomeadamente, Ideação Positiva – Abuso e Negligência Emocional ( $r = .32$ ;  $r = .40$ ) e fracas (nomeadamente, Ideação Positiva – Abuso Sexual e Negligência Física ( $r = .22$ ;  $r = .15$ )). Assim, os resultados atestaram que uma maior frequência de pensamentos positivos de ideação suicida estiveram significativamente associados a uma menor sintomatologia depressiva e a uma menor frequência de acontecimentos de vida negativos durante a infância.

Por sua vez, a subescala de Depressão da EADS esteve ainda significativa e positivamente correlacionada com todos os acontecimentos de vida negativos, à exceção do Abuso Físico. Verificou-se apenas uma correlação fraca entre Depressão – Abuso Sexual ( $r = .27$ ), sendo as restantes de intensidade moderada, atestando, portanto, que quanto maior a vivência de acontecimentos de vida negativos durante a infância, maior a sintomatologia depressiva.

**Tabela 7**

*Correlações de Pearson (r) entre a ideação suicida, sintomatologia depressiva e vivência de acontecimentos de vida negativos*

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
<b>1. Ideação Negativa (IN-PANSI)</b>	-							
<b>2. Ideação Positiva (IP-PANSI)</b>	-.49**	-						
<b>3. Depressão (EADS)</b>	.66**	-.62**	-					
<b>4. Abuso Emocional (CTQ)</b>	.35**	-.32**	.41**	-				
<b>5. Abuso Físico (CTQ)</b>	.14*	.00	.06	.52**	-			
<b>6. Abuso Sexual (CTQ)</b>	.38**	-.22**	.27**	.41**	.29**	-		
<b>7. Negligência Emocional (CTQ)</b>	.46**	-.40**	.48**	.66**	.38**	.27**	-	
<b>8. Negligência Física (CTQ)</b>	.34**	-.15*	.34**	.46**	.38**	.33**	.64**	-

*Nota.* \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

### 5.5. Análise dos preditores da ideação suicida

Considerando as correlações supramencionadas, procedeu-se à análise dos preditores da ideação suicida (Tabela 8), verificando-se que a sintomatologia depressiva e os acontecimentos de vida negativos explicaram 49.3% da variância da frequência de

pensamentos negativos de ideação suicida, sendo os modelos considerados significativos no seu global, isto é, os resultados demonstraram que pelo menos uma das variáveis inseridas no modelo (i.e., sintomatologia depressiva e acontecimentos de vida negativos) explicou significativamente a Ideação Negativa [ $F_{(6;223)} = 37.19$ ;  $p < .001$ ].

Especificamente, verificou-se um impacto significativo da sintomatologia depressiva, assim como da ocorrência de abuso sexual e de negligência emocional durante a infância, na Ideação Negativa, notando-se que a subescala de Depressão da EADS foi o preditor com maior impacto na frequência de pensamentos negativos de ideação suicida.

**Tabela 8**

*Influência da sintomatologia depressiva e dos acontecimentos de vida negativos na ideação suicida*

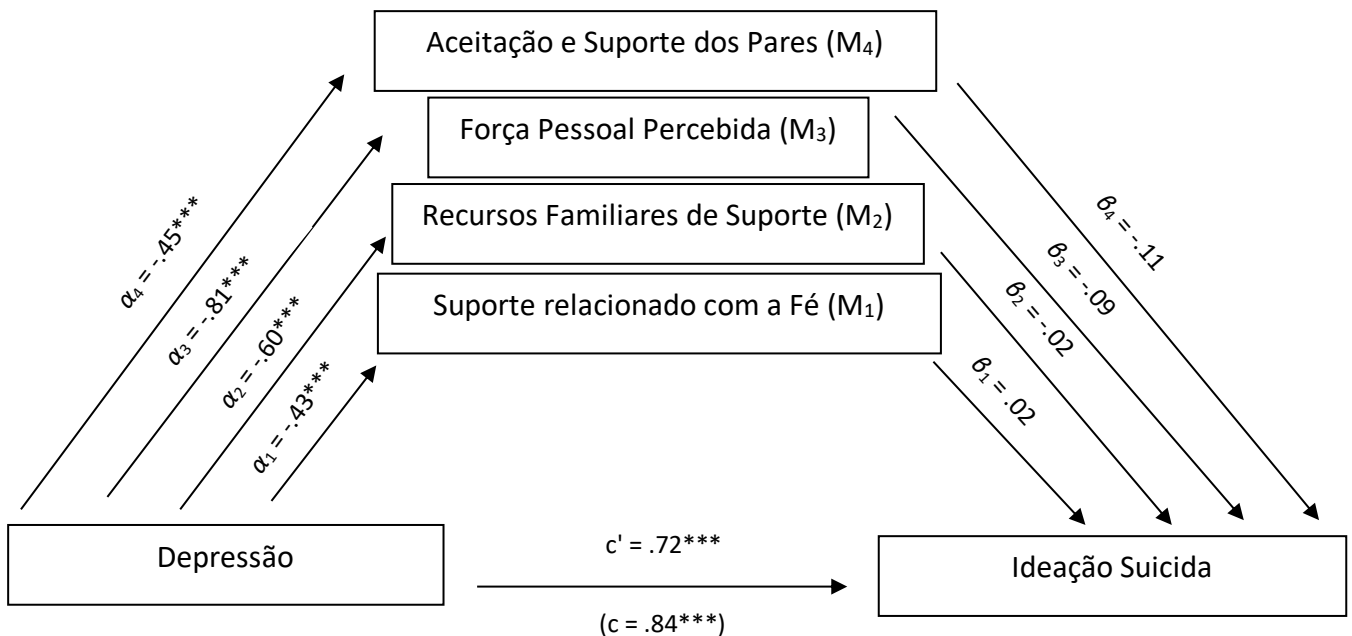
	<b>Ideação Suicida</b>		
<b>Depressão (EADS)</b>	<b><math>\beta = .55</math></b>	<b><math>p &lt; .001</math></b>	
Abuso Emocional (CTQ)	$\beta = -.11$	$p = .126$	
Abuso Físico (CTQ)	$\beta = .03$	$p = .644$	
<b>Abuso Sexual (CTQ)</b>	<b><math>\beta = .21</math></b>	<b><math>p &lt; .001</math></b>	$R^2 = .493$
<b>Negligência Emocional (CTQ)</b>	<b><math>\beta = .21</math></b>	<b><math>p = .007</math></b>	
Negligência Física (CTQ)	$\beta = -.01$	$p = .900$	

## 5.6. Análise do papel mediador das razões para viver na relação entre os fatores de risco (i.e., sintomatologia depressiva e acontecimentos de vida negativos) e a ideação suicida

Apesar de se ter verificado que a sintomatologia depressiva era um preditor significativo de todas as subescalas do instrumento de medição das Razões para Viver, estando negativamente correlacionada com as mesmas (Figura 1), Não se verificou qualquer correlação significativa entre as Razões para Viver e a Ideação Suicida (Figura 1), sendo que não se verificaram igualmente quaisquer efeitos significativos das mediações (efeitos indiretos –  $a*b$ ), dado que os seus intervalos de confiança incluíram o zero [ $a*b_{\text{suporte relacionado com a fé}} = -.01$ , CI (-.03, .01) /  $a*b_{\text{recursos familiares de suporte}} = .01$ , CI (-.08, .13) /  $a*b_{\text{força pessoal percebida}} = .07$ , CI (-.10, .26) /  $a*b_{\text{aceitação e suporte dos pares}} = .05$ , CI (-.04, .15)].

**Figura 1**

*Análise de mediação com a razões para viver como mediadoras entre a sintomatologia depressiva e a ideação suicida*



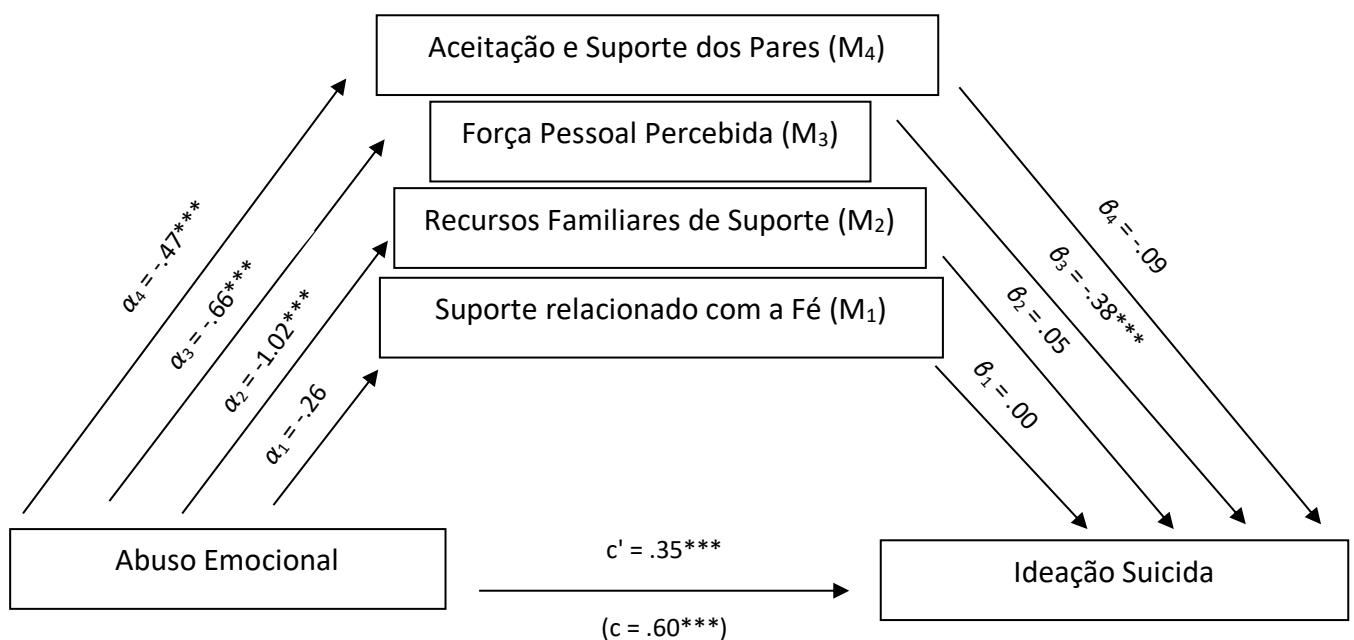
Nota. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

Por sua vez, tal como podemos verificar na Figura 2, os resultados demonstraram que o Abuso Emocional se constituiu como um preditor significativo de todas as

subescalas do instrumento de medição das Razões para Viver, à exceção do Suporte relacionado com a Fé, sendo que estas duas variáveis estiveram negativamente correlacionadas. Apesar disso, apenas a subescala referente à Força Pessoal Percebida esteve negativa e significativamente associada à frequência de pensamentos negativos de ideação suicida. E, por isso, o efeito da mediação (efeito indireto –  $a*b$ ) apenas foi significativo para esta subescala, dado que o seu intervalo de confiança excluiu o zero [ $a*b = .25$ , CI (.09, .46)]. Ou seja, observou-se que a força pessoal percebida mediou a relação entre o Abuso Emocional e a Ideação Suicida.

**Figura 2**

*Análise de mediação com a razões para viver como mediadoras entre o abuso emocional e a ideação suicida*



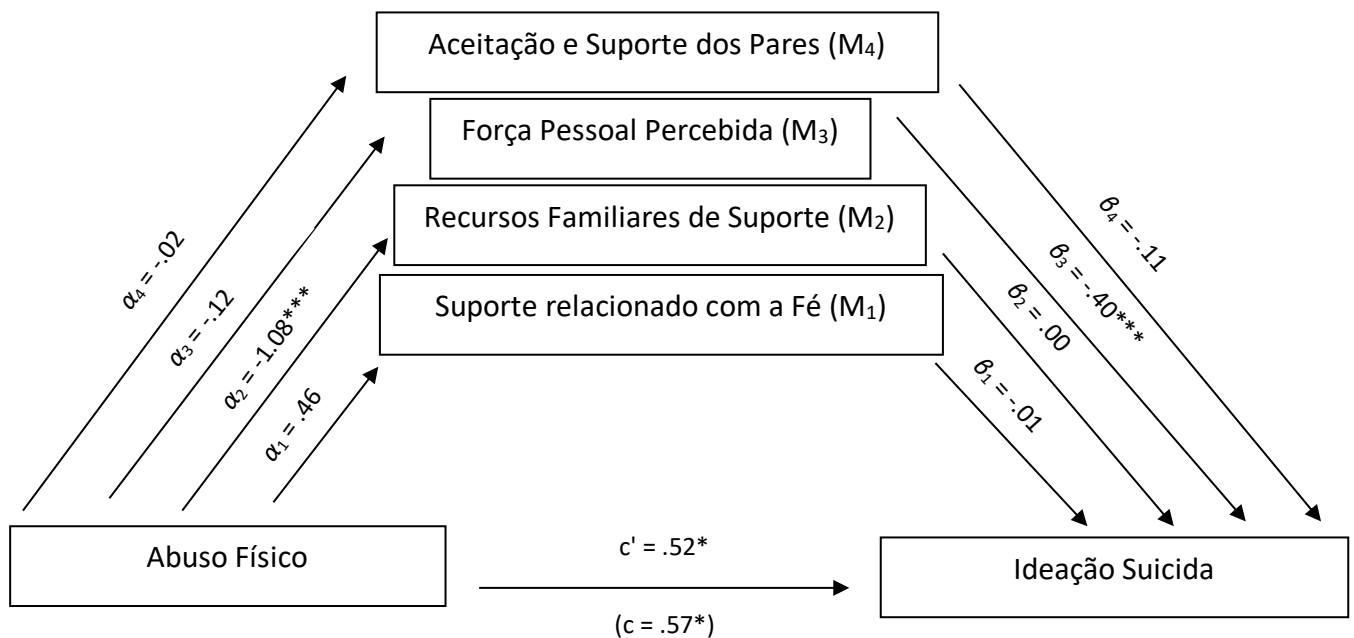
Nota. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

Ademais, assim como podemos observar na Figura 3, verificou-se que o Abuso Físico apenas foi um preditor significativo da subescala referente aos Recursos Familiares de Suporte do instrumento de medição das Razões para Viver, sendo que estas duas variáveis estiveram negativamente correlacionadas. E, contudo, à semelhança dos resultados anteriormente apresentados, apenas a subescala referente à Força Pessoal Percebida esteve negativa e significativamente associada à frequência

de pensamentos negativos de ideação suicida. Realçando-se que não se verificaram quaisquer efeitos significativos de mediação (efeitos indiretos –  $a*b$ ) das razões para viver na relação entre o abuso físico e a ideação suicida, dado que os seus intervalos de confiança incluíram o zero [ $a*b_{\text{suporte relacionado com a fé}} = .00$ , CI (-.01, .01) /  $a*b_{\text{recursos familiares de suporte}} = .00$ , CI (-.06, .06) /  $a*b_{\text{força pessoal percebida}} = .01$ , CI (-.05, .07) /  $a*b_{\text{aceitação e suporte dos pares}} = .00$ , CI (-.01, .02)].

### Figura 3

*Análise de mediação com as razões para viver como mediadoras entre o abuso físico e a ideação suicida*



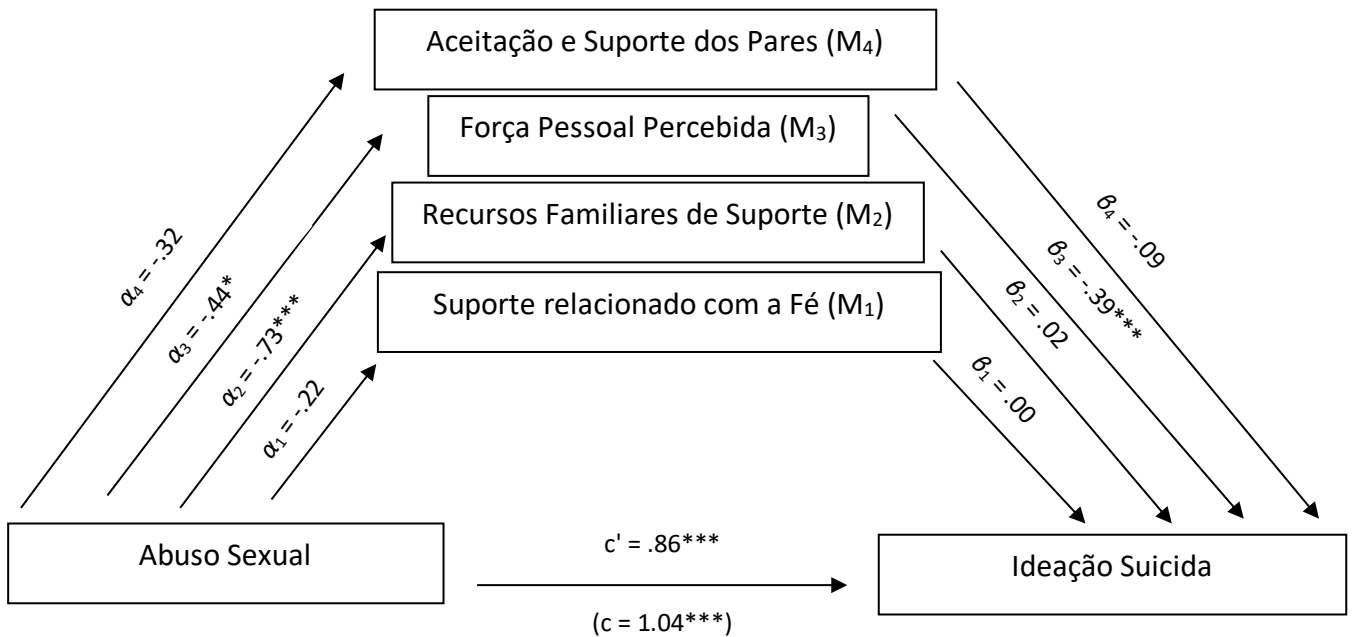
Nota.  $*p < .05$ ,  $**p < .01$ ,  $***p < .001$

No que diz respeito ao papel mediador das razões de viver na relação entre Abuso Sexual – Ideação Suicida (Figura 4), os resultados demonstraram que este tipo de Abuso foi um preditor igualmente significativo da subescala referente aos Recursos Familiares de Suporte e à Força Pessoal Percebida do instrumento de medição das Razões para Viver, sendo que estas variáveis estiveram negativamente correlacionadas. Apesar disso, apenas a subescala referente à Força Pessoal Percebida esteve negativa e significativamente associada à frequência de pensamentos negativos de ideação suicida. Desde modo, o efeito da mediação (efeito indireto –  $a*b$ ) apenas foi novamente significativo para esta subescala, dado que o seu intervalo de confiança excluiu o zero

[ $a*b = .17$ , CI (.02, .40)]. Ou seja, observou-se que a força pessoal percebida também mediou a relação entre o Abuso Sexual e a Ideação Suicida.

**Figura 4**

*Análise de mediação com as razões para viver como mediadoras entre o abuso sexual e a ideação suicida*

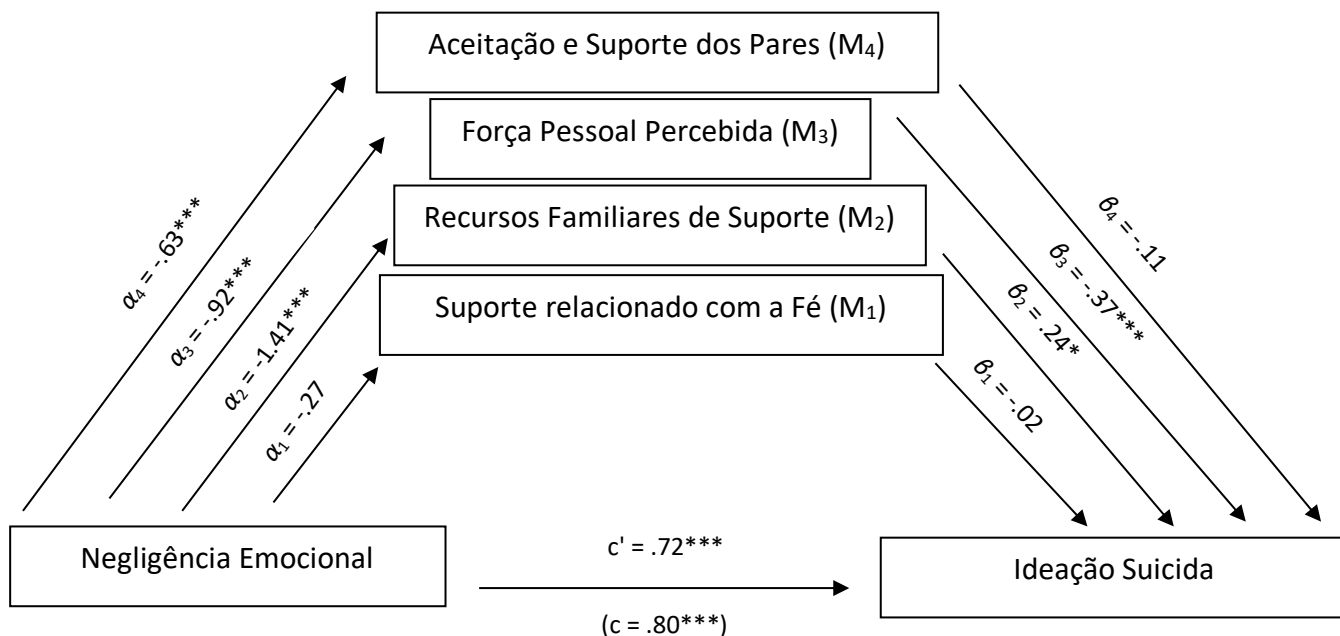


Nota.  $*p < .05$ ,  $**p < .01$ ,  $***p < .001$

Da mesma forma, observou-se que a força pessoal percebida mediou igualmente a relação entre a Negligência Emocional e a Ideação Suicida, verificando-se um efeito da mediação (efeito indireto –  $a*b$ ) novamente significativo para esta subescala, sendo que o seu intervalo de confiança excluiu o zero [ $a*b = .34$ , CI (.12, .60)]. Tal como é possível observar na Figura 5, os resultados atestaram que a Negligência Emocional se constituiu como um preditor significativo de todas as subescalas do instrumento de medição das Razões para Viver, à exceção do Suporte relacionado com a Fé, sendo que estas duas variáveis estiveram negativamente correlacionadas. Embora, apenas as subescalas referentes aos Recursos Familiares de Suporte e à Força Pessoal Percebida estivesse negativa e significativamente associada à frequência de pensamentos negativos de ideação suicida.

**Figura 5**

*Análise de mediação com as razões para viver como mediadoras entre a negligência emocional e a ideação suicida*

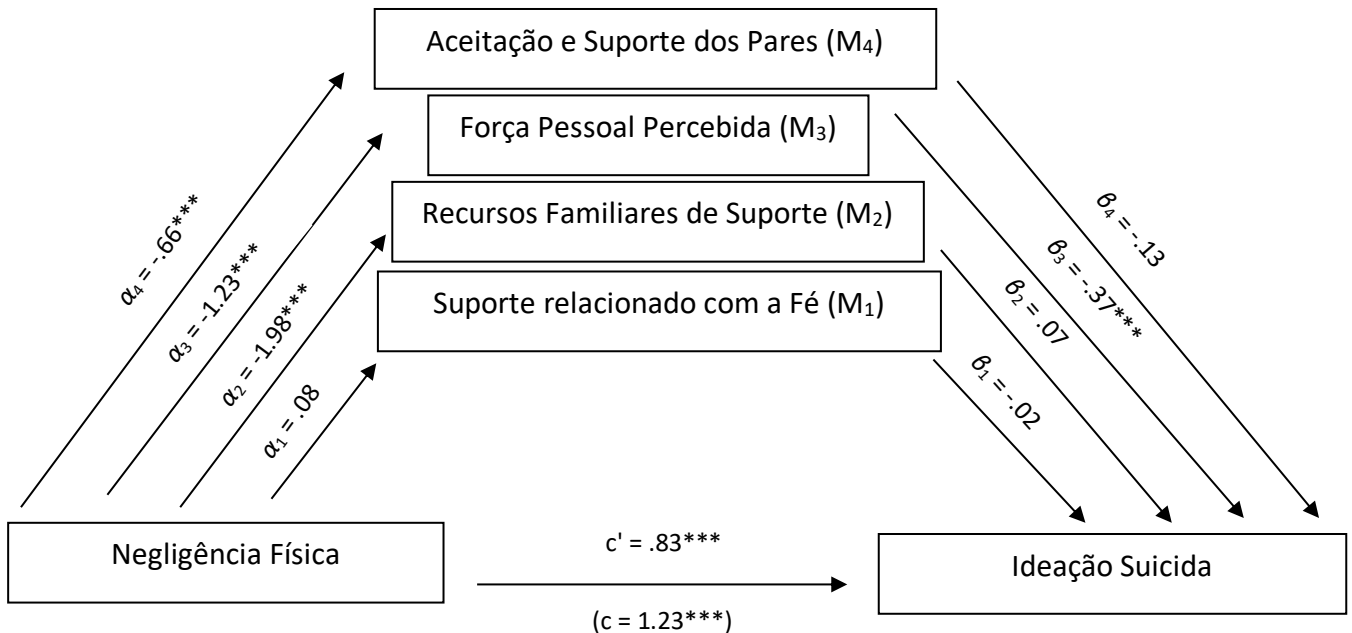


Nota. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

Por fim, analisando o papel mediador das razões de viver na relação entre Negligência Física – Ideação Suicida (Figura 6), os resultados demonstraram que este tipo de Negligência também se constituiu como um preditor igualmente significativo de todas as subescalas do instrumento de medição das Razões para Viver, à exceção do Suporte relacionado com a Fé, realçando-se que estas duas variáveis estiveram negativamente correlacionadas. Apesar disso, apenas a subescala referente à Força Pessoal Percebida esteve negativa e significativamente associada à frequência de pensamentos negativos de ideação suicida. E, desde modo, o efeito da mediação (efeito indireto –  $a*b$ ) apenas foi novamente significativo para esta subescala, dado que o seu intervalo de confiança excluiu o zero [ $a*b = .45$ , CI (.15, .85)]. Ou seja, observou-se que a força pessoal percebida também mediou a relação entre a Negligência Física e a Ideação Suicida.

**Figura 6**

*Análise de mediação com as razões para viver como mediadoras entre a negligência física e a ideação suicida*



Nota. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

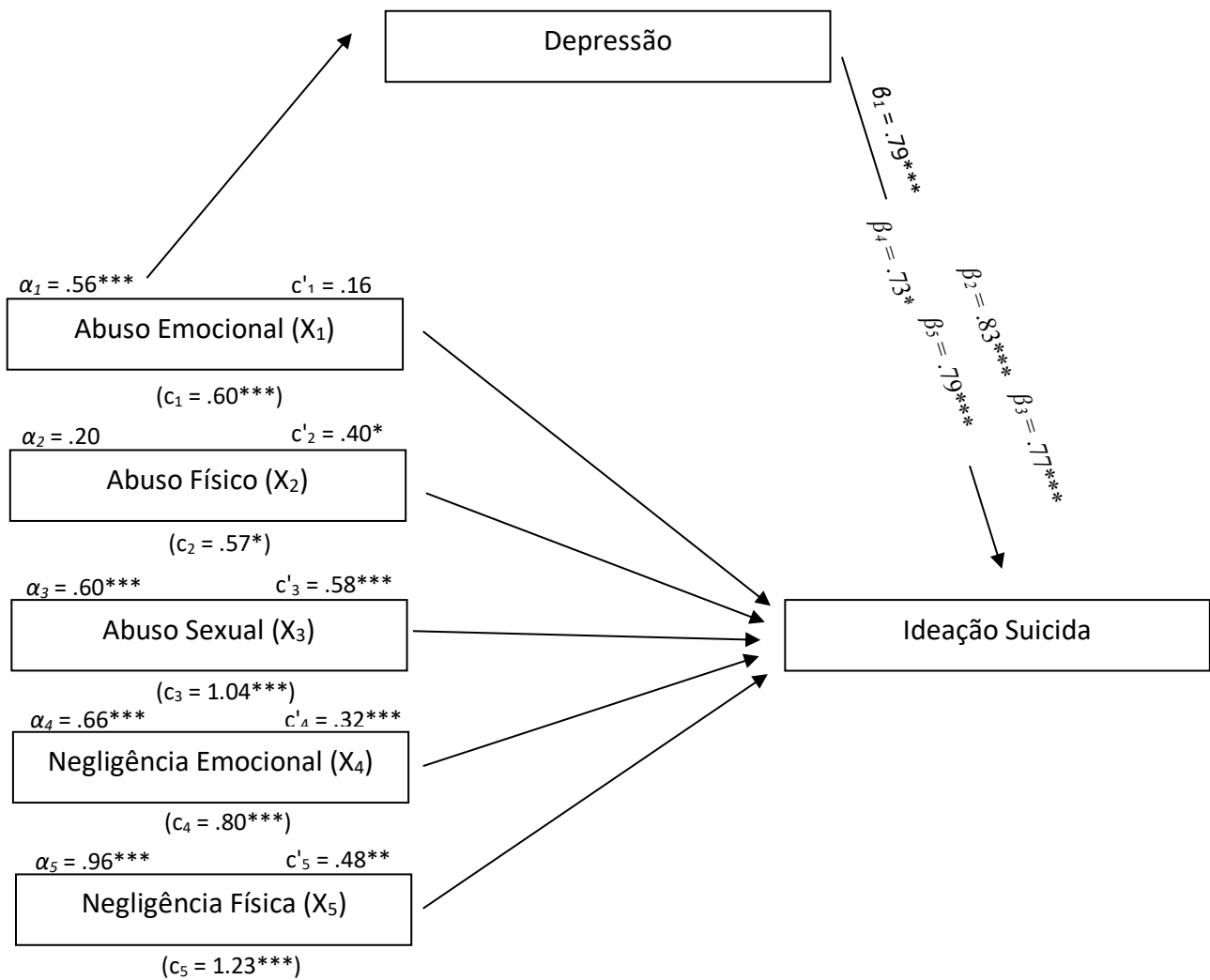
### 5.7. Análise do papel mediador da sintomatologia depressiva na relação entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida

Tal como exposto na Figura 7, analisamos ainda o papel mediador da sintomatologia depressiva na relação entre os diferentes acontecimentos de vida negativos (i.e., abuso emocional, físico e sexual, assim como negligência emocional e física) e a Ideação Suicida. Os resultados atestaram que todos os acontecimentos de vida negativos, à exceção do Abuso Físico, constituíram-se como preditores significativos da sintomatologia depressiva, realçando-se que estas variáveis estiveram positivamente correlacionadas. Além disso, a sintomatologia depressiva também esteve positiva e significativamente associada à frequência de pensamentos negativos de ideação suicida. Observando-se efeitos de mediação (efeitos indiretos –  $a*b$ ) significativos, dado que alguns dos intervalos de confiança excluíram o zero. Especificamente, observou-se que a sintomatologia depressiva mediou as seguintes relações: (a) Abuso Emocional – Ideação Suicida [ $a*b = .44$ , CI (.30, .60)]; (b) Abuso Sexual – Ideação Suicida [ $a*b = .46$ ,

CI (.28, .67)]; (c) Negligência Emocional – Ideação Suicida [ $a*b = .48$ , CI (.31, .66)]; e (d) Negligência Física – Ideação Suicida [ $a*b = .76$ , CI (.38, 1.26)].

**Figura 7**

*Análise de mediação com a sintomatologia depressiva como mediadora entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida*



Nota. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

### 5.8. Análise do papel moderador das razões para viver na relação entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida

Por último, por intermédio das análises de moderação, é possível verificar interações estatisticamente significativas entre: (a) a subescala de Suporte relacionado com a Fé e o Abuso Emocional ( $\beta = -.03$ ,  $p < .001$ ), o Abuso Físico ( $\beta = -.05$ ,  $p = .010$ ), a

Negligência Emocional ( $\beta = -.03, p < .001$ ) e a Negligência Física ( $\beta = -.07, p < .001$ ); (b) a subescala de Recursos Familiares de Suporte e a Negligência Emocional ( $\beta = -.03, p = .010$ ); e (c) a subescala de Aceitação e Suporte dos Pares e o Abuso Sexual ( $\beta = -.06, p = .020$ ), a Negligência Emocional ( $\beta = -.04, p < .001$ ) e a Negligência Física ( $\beta = -.09, p < .001$ ).

Assim, tal como é possível observar na Tabela 9, os nossos resultados indicaram a presença de moderação por parte do Suporte relacionado com a Fé na relação entre a Ideação Suicida e o Abuso, bem como a Negligência, Emocional e Física. Verificou-se, nomeadamente, uma relação significativa entre uma maior vivência de abuso emocional e físico, assim como de negligência emocional e física, na infância e uma maior frequência de pensamentos negativos de ideação suicida quando os participantes reportaram níveis inferiores e intermédios de suporte relacionado com a fé. Salientando-se que estas relações deixavam de ser significativas quando os participantes apresentavam níveis superiores desta razão para viver.

**Tabela 9**

Impacto da subescala de suporte relacionado com a fé no efeito dos acontecimentos de vida negativos na ideação suicida

	$\beta$	Erro-padrão	$T$	$p$
<b>Abuso Emocional</b>	.54	.11	5.06	.001
Suporte relacionado com a Fé	-.06	.04	-1.42	.160
Abuso Emocional * Suporte relacionado com a Fé	-.03	.01	-3.38	.001
<b>Efeitos condicionais</b>				
-16.26 (16% Inferior)	.97	.16	6.22	.001
-.26 (64% mediano)	.54	.11	5.14	.001
14.74 (16% superior)	.14	.17	.86	.390
<b>Abuso Físico</b>				
Suporte relacionado com a Fé	-.09	.04	-2.12	.040

Abuso Físico * Suporte relacionado com a Fé	-.05	.02	-2.56	.010
<b>Efeitos condicionais</b>				
-16.26 (16% Inferior)	1.60	.47	3.42	.001
-.26 (64% mediano)	.82	.28	2.96	.001
14.74 (16% superior)	.08	.34	.23	.820
<b>Negligência Emocional</b>				
Suporte relacionado com a Fé	-.06	.04	-1.50	.140
Negligência Emocional * Suporte relacionado com a Fé	-.03	.01	-4.37	.001
<b>Efeitos condicionais</b>				
-16.26 (16% Inferior)	1.31	.16	8.38	.001
-.26 (64% mediano)	.78	.10	7.80	.001
14.74 (16% superior)	.28	.15	1.80	.070
<b>Negligência Física</b>				
Suporte relacionado com a Fé	-.10	.04	-2.48	.010
Negligência Física * Suporte relacionado com a Fé	-.07	.02	-3.69	.001
<b>Efeitos condicionais</b>				
-16.26 (16% Inferior)	2.42	.39	6.24	.001
-.26 (64% mediano)	1.37	.22	6.16	.001
14.74 (16% superior)	.38	.32	1.21	.230

Da mesma forma, tal como é possível observar na Tabela 10, os nossos resultados indicaram a presença de moderação por parte dos Recursos Familiares de Suporte na relação entre a Ideação Suicida e a Negligência Emocional. Ou seja, observou-se uma relação significativa entre uma maior vivência de negligência emocional na infância e uma maior frequência de pensamentos negativos de ideação suicida quando os participantes reportaram níveis inferiores e intermédios de recursos

familiares de suporte. Salientando-se que o nível de significância desta relação passava a ser menor quando os participantes apresentavam níveis superiores desta razão para viver, embora a relação se mantivesse significativa.

**Tabela 10**

*Impacto da subescala de recursos familiares de suporte no efeito da negligência emocional na ideação suicida*

	<i>B</i>	<i>Erro-padrão</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
<b>Negligência Emocional</b>	.66	.15	4.28	.001
Recursos Familiares de Suporte	.03	.09	.31	.760
Negligência Emocional * Recursos Familiares de Suporte	-.03	.01	-2.64	.010
<b>Efeitos condicionais</b>				
-7.60 (16% Inferior)	.87	.17	5.18	.001
2.40 (64% mediano)	.59	.16	3.75	.001
7.40 (16% superior)	.46	.18	2.57	.010

Por sua vez, tal como é possível observar na Tabela 11, os nossos resultados indicaram a presença de moderação por parte da Aceitação e Suporte dos Pares na relação entre a Ideação Suicida e o Abuso Sexual, assim como a Negligência Emocional e Física. Observou-se uma relação significativa entre uma maior vivência de abuso sexual, assim como de negligência emocional e física, na infância e uma maior frequência de pensamentos negativos de ideação suicida quando os participantes reportaram níveis inferiores e intermédios de aceitação e suporte dos pares. Salientando-se que estas relações deixavam de ser significativas (ou, tal como se verificou para a Negligência Emocional o nível de significância passava a ser menor) quando os participantes apresentavam níveis superiores desta razão para viver.

**Tabela 11**

*Impacto da subescala de aceitação e suporte dos pares no efeito dos acontecimentos de vida negativos na ideação suicida*

	<b><i>β</i></b>	<b>Erro-padrão</b>	<b><i>t</i></b>	<b><i>P</i></b>
<b>Abuso Sexual</b>	.74	.17	4.26	.001
Aceitação e Suporte dos Pares	-.37	.06	-5.78	.001
Abuso Sexual * Aceitação e Suporte dos Pares	-.06	.02	-2.36	.020
<b>Efeitos condicionais</b>				
-6.56 (16% Inferior)	1.11	.18	6.24	.001
1.44 (64% mediano)	.66	.19	3.46	.001
6.44 (16% superior)	.38	.28	1.38	.170
<b>Negligência Emocional</b>				
<b>Negligência Emocional</b>	.59	.11	5.46	.001
Aceitação e Suporte dos Pares	-.19	.08	-2.47	.010
Negligência Emocional * Aceitação e Suporte dos Pares	-.04	.01	-3.02	.001
<b>Efeitos condicionais</b>				
-6.56 (16% Inferior)	.83	.13	6.53	.001
1.44 (64% mediano)	.54	.11	4.84	.001
6.44 (16% superior)	.36	.14	2.58	.010
<b>Negligência Física</b>				
<b>Negligência Física</b>	.86	.22	3.96	.001
Aceitação e Suporte dos Pares	-.34	.07	-5.02	.001
Negligência Física * Aceitação e Suporte dos Pares	-.09	.03	-3.27	.001
<b>Efeitos condicionais</b>				
-6.56 (16% Inferior)	1.48	.26	5.64	.001
1.44 (64% mediano)	.72	.23	3.17	.001
6.44 (16% superior)	.25	.31	.81	.420

De notar que não se verificaram quaisquer efeitos significativos de moderação por parte da subescala de Força Pessoal Percebida na relação entre os acontecimentos de vida negativos (i.e., Abuso Emocional, Físico e Sexual ou Negligência Emocional e Física) e a Ideação Suicida.

## 6. Discussão

Este trabalho teve como objetivo explorar as complexas inter-relações entre acontecimentos de vida negativos, sintomatologia depressiva, ideação suicida e as razões para viver numa amostra de jovens adultos portugueses. Com os resultados pudemos verificar a congruência com a literatura existente a respeito dos fatores de risco e protetivos associados ao comportamento suicidário, nos fornecendo valiosos dados para a prevenção do suicídio.

Primeiramente, começando por analisarmos o nosso primeiro objetivo de investigação (i.e., caracterizar os participantes quanto à história de diagnóstico psicopatológico e de comportamentos suicidários) verificamos que um dos aspetos de maior relevância nos resultados foi a prevalência de sintomas psiquiátricos e comportamento suicida entre os participantes. Realçando-se que 18.8% dos sujeitos da amostra diz ter sido diagnosticado em algum momento com problemas psiquiátricos ou psicológicos, 104 (46.4%) admitiram já ter tido sentimentos de que não valia a pena viver e 6.7% admitiram já ter cometido alguma tentativa de suicídio.

Assim, os nossos dados revelaram a alta vulnerabilidade desta população com diagnóstico em problemas em saúde mental, salientando-se que estes dados são consistentes com as pesquisas anteriores, onde enfatizam que a presença de diagnóstico de problemas de saúde mental é um fator de risco significativo para pensamentos e comportamentos suicidários (Angelikis, 2020; Arria, 2011; Garlow, 2008; Rieger, 2015).

Considerando o nosso segundo objetivo de investigação (i.e., descrever os níveis de ideação suicida, sintomatologia depressiva e a vivência de acontecimentos de vida negativos segundo o sexo, a história de diagnóstico psicopatológico e de comportamentos suicidários), observaram-se, para a presente amostra, diferenças

significativas entre os sexos em relação ao abuso emocional e sexual durante a infância. O que reforça a necessidade de considerar o gênero como uma variável importante na análise da saúde mental e comportamentos suicidários. As mulheres da nossa amostra reportaram maior incidência de abuso emocional e sexual, o que pode contribuir para uma maior vulnerabilidade a sintomas depressivos e ideação suicida, como demonstrado em estudos anteriores (Brodsky & Stanley, 2001).

No entanto, é relevante notar que, nesta amostra, não se verificaram diferenças significativas entre os sexos no que diz respeito à ideação suicida e à sintomatologia depressiva. Estes resultados podem indicar que, embora as mulheres estejam mais expostas a certos tipos de abuso, ambos os sexos são igualmente suscetíveis à ideação suicida e à depressão, o que sugere que os fatores de risco podem operar de forma semelhante em homens e mulheres.

Além disso, os resultados indicaram que sujeitos com histórico de diagnóstico psicológico ou psiquiátrico apresentam níveis significativamente superiores de ideação negativa e sintomatologia depressiva, e níveis inferiores de ideação positiva, em comparação com aqueles sem histórico. Estes indivíduos relataram ter experienciado com maior frequência abuso e negligência emocional durante a infância. Tal facto evidencia a importância do reconhecimento e intervenção precoce em jovens com histórico de abuso, uma vez que este parece ter um impacto duradouro na saúde mental.

Os resultados indicaram igualmente níveis significativamente superiores de pensamentos negativos de ideação suicida e de sintomatologia depressiva, assim como uma frequência significativamente superior de vivências de abuso emocional, físico e sexual, assim como de negligência emocional, durante a infância, em participantes que já tentaram por fim à sua vida, comparativamente aqueles que nunca o fizeram.

Posto isto, ao explorarmos a relação entre vivências traumáticas na infância, sintomatologia depressiva e ideação suicida (terceiro objetivo de investigação), concluiu-se que a presença de correlações significativas e positivas entre a ideação negativa, a sintomatologia depressiva e os acontecimentos de vida negativos corroborou a hipótese de que estas experiências adversas desempenham um papel crucial na formação e manutenção da ideação suicida. Este achado é congruente com a literatura que associa a exposição a experiências adversas na infância com maior

probabilidade de desenvolver distúrbios psicológicos e comportamentos autolesivos na vida adulta (Angelakis, 2020; Brodsky & Stanley, 2001; Futa, 2003; Pinto, 2009; Rieger, 2015).

Por sua vez, analisando o nosso quarto objetivo de investigação [i.e., compreender o valor preditor dos fatores de risco (acontecimentos de vida negativos e sintomatologia depressiva) na explicação da ideação suicida], foi possível verificar inicialmente que a sintomatologia depressiva foi o preditor de maior significância na ideação suicida, explicando uma parte significativa da variância nos pensamentos suicidas negativos. Este achado é consistente com os estudos anteriores que indicam a depressão como um dos indicadores mais fortes de ideação suicida e destaca a necessidade de avaliação e intervenção adequadas na presença de sintomas depressivos (Arria, 2011; Garlow, 2008; Pinto, 2009; Rieger, 2015).

Além disso, quando comparado à literatura, como o estudo de Angelakis et al. (2020), que também explorou os efeitos de traumas infantis em comportamentos suicidários, é corroborado que a exposição a abusos emocionais e negligência está fortemente associada a ideação suicida. Este estudo reforça ainda que experiências traumáticas precoces têm consequências duradouras e persistentes na saúde mental, refletindo em comportamentos de risco na vida adulta. Portanto, a identificação precoce dessas vulnerabilidades é crucial.

No que diz respeito aos acontecimentos de vida negativos, tanto o abuso sexual quanto a negligência emocional mostraram-se preditores igualmente significativos da ideação suicida (Pinto, 2009; Ramiro, 2010; Silveira, 2023). O que reforça a evidência de que experiências traumáticas na infância podem ter consequências duradouras, aumentando o risco de comportamentos suicidas na idade adulta. Em particular, o impacto da experiência de abuso sexual na ideação suicida destaca a gravidade deste tipo de trauma, que parece ter um impacto profundo e persistente nos indivíduos.

Por outro lado, as razões para viver surgiram como um fator protetor relevante, mediando parcialmente a relação entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida. Em particular, a força pessoal percebida mostrou-se crucial na mediação entre a negligência emocional/física e a ideação suicida, bem como entre o abuso emocional/sexual e a ideação suicida. Estes resultados sugerem que fortalecer as razões

para viver, especialmente a percepção de força pessoal, pode ser uma estratégia eficaz para mitigar o impacto de experiências traumáticas na propensão para o suicídio.

Os resultados deste estudo indicaram que as "razões para viver", especialmente a força pessoal percebida, mediam parcialmente a relação entre os acontecimentos negativos na infância e a ideação suicida, enquanto o suporte familiar percebido não mostrou um efeito mediador significativo. Essa distinção é relevante, pois a literatura confirma que as variáveis individuais podem ter um papel mais preponderante do que o suporte externo em determinadas situações, como as vivências traumáticas precoces. Por exemplo, estudos de Rieger et al. (2015) apontam que, embora o suporte familiar seja um fator protetor importante, a força interna percebida, ou seja, a capacidade de lidar com adversidades, pode ter um efeito mais direto na redução de pensamentos suicidas em populações jovens.

Importa notar que, contrariamente ao esperado, os resultados demonstraram que a subescala de recursos familiares de suporte, embora predita por diferentes formas de abuso, não apresentou uma relação mediadora significativa com a ideação suicida. Isto pode indicar que, para esta população, o suporte familiar percebido pode não ser suficiente para contrabalançar os efeitos adversos de experiências traumáticas, ou que outros fatores, como a força pessoal supramencionada, têm um papel mais preponderante na prevenção da ideação suicida. Aliás, o papel mediador da força pessoal percebida indica que a promoção de uma visão positiva e fortalecedora do *self* pode ajudar a reduzir a vulnerabilidade ao suicídio, mesmo em contextos de adversidade.

No que diz respeito ao impacto das razões para viver, estudos anteriores, como os de Wang et al. (2007), corroboram a relevância da força pessoal percebida como uma variável protetora que pode atenuar o efeito de fatores de risco. A falta de associação significativa entre suporte familiar e ideação suicida na presente pesquisa pode ser explicada pelas particularidades culturais e contextuais da amostra, uma vez que em algumas culturas, a independência emocional pode desempenhar um papel mais central do que o apoio familiar em momentos de crise (Madeira, 2022).

Para terminar, considerando o nosso último objetivo de investigação (i.e., avaliar o papel moderador das razões para viver na relação entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida), verificou-se que os resultados não foram conclusivos para

todas as subescalas. No entanto, observou-se que quando os participantes reportavam níveis inferiores de suporte relacionado com a fé, menos recursos familiares de suporte e uma menor aceitação e suporte dos pares, a relação entre uma maior vivência de acontecimentos de vida negativos na infância e uma maior frequência de pensamentos negativos de ideação suicida tornava-se significativa.

Os achados deste estudo trazem importantes implicações para a prática clínica e para o desenvolvimento de políticas de prevenção do suicídio. Especificamente, destaca-se a necessidade de intervenções que fortaleçam as razões para viver, com ênfase na promoção de resiliência e percepção de força pessoal. Estratégias de intervenção que visam melhorar a autoestima, a autocompaixão e o controle percebido sobre a vida podem reduzir significativamente os riscos de ideação suicida, como demonstrado por Klonsky e May (2015).

A identificação precoce de jovens em risco, especialmente aqueles que vivenciaram abuso emocional e negligência na infância, deve ser uma prioridade. Isso pode ser alcançado por meio de programas que integrem avaliações de traumas infantis em contextos escolares e de saúde pública. Além disso, intervenções terapêuticas focadas no fortalecimento de fatores protetores, como a força pessoal percebida, devem ser amplamente promovidas em práticas clínicas.

Por fim, a falta de significância da subescala de suporte familiar como mediadora sugere que, para certos grupos, fatores externos de apoio podem não ser suficientes para contrabalançar o impacto de traumas graves. Neste sentido, fortalecer as capacidades internas dos jovens adultos, como a resiliência, é uma abordagem promissora. Esses achados são alinhados com a literatura que defende o foco em habilidades de enfrentamento e desenvolvimento de competências pessoais como estratégias eficazes de prevenção do suicídio (Rieger et al., 2015).

## **7. Conclusão**

Este estudo contribuiu significativamente para a compreensão da relação entre acontecimentos de vida negativos, sintomatologia depressiva, razões para viver e ideação suicida em jovens-adultos portugueses. Os achados destacam a importância dos acontecimentos adversos na infância, especialmente o abuso emocional e a negligência emocional, como preditores significativos de ideação suicida e depressão na vida adulta.

Além disso, sublinham o papel crucial da força pessoal percebida como um fator de proteção contra a ideação suicida, sugerindo que intervenções focadas no fortalecimento deste recurso psicológico podem ser eficazes na prevenção do suicídio.

Estes resultados têm importantes implicações para a prática clínica e para o desenvolvimento de políticas de saúde pública. A identificação precoce de jovens em risco, especialmente aqueles com história de abuso emocional e negligência, e o fortalecimento das suas razões para viver, em particular a sua força pessoal percebida, devem ser prioridades em programas de prevenção do suicídio. A integração destes achados em intervenções psicoterapêuticas pode ajudar a reduzir a incidência de comportamentos suicidários e melhorar a qualidade de vida de jovens-adultos em Portugal.

Apesar das contribuições significativas deste estudo, é importante reconhecer as suas limitações. A amostra utilizada foi limitada a jovens-adultos portugueses, o que pode restringir a generalização dos resultados para outras populações. Além disso, a natureza transversal do estudo impede a inferência de causalidade entre as variáveis analisadas.

Futuras investigações devem considerar a realização de estudos longitudinais para melhor compreender as trajetórias de desenvolvimento da ideação suicida ao longo do tempo. Além disso, seria útil explorar o impacto de intervenções específicas focadas no fortalecimento da força pessoal percebida e na redução da sintomatologia depressiva em populações com história de abuso e negligência. Estes estudos poderiam fornecer uma base mais robusta para o desenvolvimento de estratégias de prevenção do suicídio eficazes.

## 8. Referencias Bibliográficas

- Angelakis, I., Austin, J. L., & Gooding, P. (2020). Association of childhood maltreatment with suicide behaviors among young people: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 3(8), e2012563. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.12563>
- Arria, A. M., Winick, E. R., Garnier-Dykstra, L. M., Vincent, K. B., Caldeira, K. M., Wilcox, H. C., & O'Grady, K. E. (2011). Help-seeking and mental health service utilization among college students with a history of suicide ideation. *Psychiatric Services*, 62(12), 1510-1513. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.005562010>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Bifulco, A., Moran, P. M., Baines, R., Bunn, A., & Stanford, K. (2002). Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66(3), 241-258. <https://doi.org/10.1521/bumc.66.3.241.23366>
- Brás, M. S. (2013). *Condutas suicidas: Vulnerabilidade e prevenção em adolescentes*.
- Brás, M., Antunes, J., & Carmo, C. (2024). The psychometric properties of the Positive and Negative Suicidal Ideation Scale among Portuguese young adults. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 14(4), 954-962. <https://doi.org/10.3390/ejihpe14040062>
- Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2001). Developmental effects on suicidal behavior: The role of abuse in childhood. *Clinical Neuroscience Research*, 1(4), 331-336. [https://doi.org/10.1016/S1569-2016\(01\)00114-5](https://doi.org/10.1016/S1569-2016(01)00114-5)
- Butchart, A., Harvey, A. P., Mian, M., Fürniss, T., & Kahane, T. (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. World Health Organization.
- Cecchin, H. F. G., Murta, S. G., Macedo, E. O. S., & Moore, R. A. (2022). Scoping review of 30 years of suicide prevention in university students around the world: Efficacy, effectiveness, and cost-effectiveness. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 35(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s41155-022-00227-x>
- Dias, A., Sales, L., Cardoso, R. M., & Kleber, R. J. (2013). Childhood Trauma Questionnaire—Short Form: Versão portuguesa e propriedades psicométricas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 40(4), 171-176. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832013000400005>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Prevenção do suicídio: Manual para profissionais de saúde*. <https://www.dgs.pt/manual-prevencao-suicidio-2013>
- Drum, D. J., Brownson, C., Burton Denmark, A., & Smith, S. E. (2009). New data on the nature of suicidal crises in college students: Shifting the paradigm. *Professional Psychology: Research & Practice*, 40, 213-222. <https://doi.org/10.1037/a0014465>
- Ellis, J. B., & Lamis, D. A. (2007). Adaptive characteristics and suicidal behavior: A gender comparison of young adults. *Death Studies*, 31(9), 845-854. <https://doi.org/10.1080/07481180701537303>

- Fergusson, D. M., Beautrais, A. L., & Horwood, L. J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine*, *33*, 61–73.
- Futa, K. T., Nash, C. L., Hansen, D. J., & Garbin, C. P. (2003). Adult survivors of childhood abuse: An analysis of coping mechanisms used for stressful childhood memories and current stressors. *Journal of Family Violence*, *18*(4), 227–239. <https://doi.org/10.1023/A:1024068314963>
- Gallagher, R. P. (2014). *National survey of counseling center directors*. International Association of Counseling Services.
- Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. D., Haas, A. P., Koestner, B., Hendin, H., et al. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: Results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety*, *25*(6), 482–488.
- Goldsmith, S. K., Pellmar, T. C., Kleinman, A. M., & Bunney, W. E. (Eds.). (2002). *Reducing suicide: A national imperative*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10398>
- Gomes, C. F. M., & Silva, D. A. (2020). Aspectos epidemiológicos do comportamento suicida em estudantes universitários. *Research, Society and Development*, *9*(5), e38953106. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3106>
- 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*, 339–357.
- Gutierrez, P., & Osman, A. (2008). *Adolescent suicide: An integrated approach to the assessment of risk and protective factors*. Northern Illinois University Press.
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). Taxa de mortalidade por suicídio [Dataset]. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0003736&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003736&contexto=bd&selTab=tab2)
- Kaniuka, A. R., Desmarais, S. L., Cramer, R. J., Stoner, J. E., Veri, S., Wright, S., Gemberling, T. M., Nobles, M. R., & Holley, S. R. (2021). Sexual violence victimization and suicide: Testing a coping-mental health framework. *Aggressive Behavior*, *47*(3), 343–353. <https://doi.org/10.1002/ab.21955>
- Kaniuka, A. R., Rabon, J. K., Brooks, B. D., Sirois, F., Kleiman, E., & Hirsch, J. K. (2021). Gratitude and suicide risk among college students: Substantiating the protective benefits of being thankful. *Journal of American College Health*, *69*(6), 660–667. <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1705838>
- Kaplow, J. B., & Widom, C. S. (2007). Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, *116*, 176–187.
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, *8*(2), 114–129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The reasons for living inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*, 276–286.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (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)

- Madeira, A. R. S., Janeiro, L. de B., Carmo, C. I. G., & Brás, M. S. V. (2022). Reasons for living inventory for young adults: Psychometric properties among Portuguese sample. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 85(4), 887-903. <https://doi.org/10.1177/0030222820959940>
- Matias, J., & Santos, J. C. (2014). Inventário de razões para viver: Contributos para a validação para a população não clínica portuguesa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (11), 9-14.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30, 133–154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Organização Mundial da Saúde. (2023). *Relatório global sobre suicídio*. <https://www.who.int/publications/global-suicide-report-2023>
- 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, 783–793.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Pinto, C. (2007). Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *ArquiMed*, 21, 47-53.
- Pinto, A., Whisman, M. A., & Cromwell, Y. (1998). Reasons for living in a clinical sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, 21, 397–405.
- Pinto, R. (2009). *Dos maus-tratos na infância aos comportamentos de risco na idade adulta: Um modelo conceptual*(Tese de doutorado). Universidade do Minho, Portugal.
- Ramiro, L. S., Madrid, B. J., & Brown, D. W. (2010). Adverse childhood experiences and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child Abuse & Neglect*, 34(11), 842–855. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.02.012>
- Rieger, S. J., Peter, T., & Roberts, L. W. (2015). ‘Give me a reason to live!’ Examining reasons for living across levels of suicidality. *Journal of Religion and Health*, 54(6), 2005-2019. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9893-4>
- Santos, H. G. B., Marcon, S. R., Espinosa, M. M., Baptista, M. N., & Paulo, P. M. C. (2017). Fatores associados à presença de ideação suicida entre universitários. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2878. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1592.2878>
- Silveira, D. F. N., & Pereira, H. M. (2023). O impacto das experiências adversas na infância na saúde mental e no comportamento suicidário de uma amostra da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). *Revista Saúde e Sociedade*, 7(Especial), 67-73.
- Wang, M., Lightsey, O. R., Pietruszka, T., Uruk, A. C., & Wells, A. G. (2007). Purpose in life and reasons for living as mediators of the relationship between stress, coping, and suicidal behavior. *The Journal of Positive Psychology*, 2(3), 195–204.