

Maria Margarida Palma Agostinho

**Características Psicométricas do Inventário de Crenças Atitudinais sobre
o Comportamento Suicida (CCCS-18) numa amostra de Profissionais de
Saúde**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2021

Maria Margarida Palma Agostinho

**Características Psicométricas do Inventário de Crenças Atitudinais sobre
o Comportamento Suicida (CCCS-18) numa amostra de Profissionais de
Saúde**

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Prof.^a Doutora Marta Brás



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2021

**Características Psicométricas do Inventário de Crenças Atitudinais sobre
o Comportamento Suicida (CCCS-18) numa amostra de Profissionais de
Saúde**

Declaração de Autoria de Trabalho

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

Assinatura

(Maria Margarida Palma Agostinho)

Copyright © Maria Margarida Agostinho

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.

*À memória do meu
Avô Agostinho*

Agradecimentos

“Foi sempre a minha resiliência que salvou os meus sonhos da tentação de desistir”
(Autor desconhecido)

No dia em que entrei na Universidade, o primeiro dia desta caminhada, soube de imediato que o meu objetivo era chegar aqui. Agora, prestes a concluir este percurso, consigo olhar para trás e saber que todo o esforço valeu a pena. O caminho não foi fácil, a vontade de desistir tomou muitas vezes conta de mim, mas creio que tê-lo feito acompanhada o tornou menos difícil, por isso agradeço a todos aqueles que me deram a mão e me encheram de coragem para todos os dias voltar à “estrada”.

Em primeiro lugar agradeço à Universidade do Algarve que foi a minha casa durante estes cinco anos, aqueles que vou para sempre considerar os melhores da minha vida. A todos os professores da Licenciatura e Mestrado com quem tive o privilégio de aprender.

À minha orientadora, a Professora Doutora Marta Brás que confiou sempre nas minhas capacidades, fazendo-me desde o início acreditar que era possível. Muito obrigada, professora, por toda a disponibilidade, empatia e auxílio ao longo deste percurso. À Dra. Margarida Soares, por ter mostrado disponibilidade em colaborar com o presente trabalho.

Aos meus pais, que acompanham de perto todos os momentos da minha vida, festejam comigo todas as vitórias e me seguram a mão ainda com mais força nas derrotas. Agradeço-vos não só todo o amor e preocupação que têm por mim, como também o privilégio de me terem permitido, ao longo destes anos, dedicar-me em exclusivo à faculdade. Este privilégio foi sem dúvida a maior prova de que acreditaram desde o primeiro dia que seria capaz de honrar todo o vosso esforço. Ao meu irmão que é o meu maior exemplo de dedicação e força de vontade. Obrigada por todos os dias me ensinares vale a pena lutar pelos nossos objetivos, mesmo que para isso tenhamos que nos sacrificar e privar de muitas coisas.

Ao meu avô Agostinho, alguém que na realidade já não posso abraçar, mas que nunca deixei de sentir o seu abraço, agradeço-lhe por ter acreditado sempre que eu ia e por todos os ensinamentos e conselhos que me deu nos momentos mais difíceis *“Querida neta, lembra-te que este caminho é como plantar e cuidar de uma árvore, leva tempo, mas eu sei que um dia lhe irás colher os frutos”*. À minha avó Nita, pelo apoio incondicional e por acreditar sempre nas minhas capacidades. Agradeço-lhe todas as orações e pedidos que fez a Deus nos momentos em que me senti a desabar, que me permitiram ter fé e acreditar que seria capaz. É incalculável o quanto eu desejava que fosse eterna. Ao meu avô Pardal que, infelizmente, partiu tão perto de me poder ver a alcançar este objetivo, agradeço-lhe a resiliência que me permitiu herdar.

Aos meus familiares (avós, tios e primos), por se preocuparem incansavelmente comigo, nunca me deixarem sentir só e me proporcionarem o colo que tanto me confortou.

Ao meu namorado, por me limpar as lágrimas nos momentos de maior aflição e me fazer ver que todo o esforço valeria a pena. Obrigada pela preocupação e dedicação que tens

por mim. Nunca esquecerei todas as vezes em que me ajudaste nem que fosse só com a tua presença, é sempre mais fácil quando caminhamos juntos.

Aos meus amigos, madrinhas Soraia e Sandrine, afilhada Beatriz, colegas de curso e colegas de casa pela amizade, entreadajuda, companheirismo e preocupação que sempre tiveram comigo.

A mim, por toda a perseverança, determinação, resiliência e dedicação que tive para conseguir dar em todos os momentos o meu melhor.

Esta conquista é de todos nós.

“O sucesso é a soma dos pequenos esforços repetidos dia após dia.”
(Robert Collier)

Resumo

O suicídio é uma das maiores preocupações de saúde pública em todo o mundo, não só pela sua relevância epidemiológica, como também pelo estigma que lhe está associado.

Os profissionais de saúde têm um papel crucial na referenciação e prestação de cuidados aos indivíduos com esta conduta, no entanto as suas crenças e atitudes podem comprometer a intervenção, sendo fundamental avaliá-las.

O Inventário de Crenças Atitudinais sobre o Comportamento Suicidário (CCCS-18) desenvolvido por Hernández et al. (2005) é um instrumento utilizado para avaliar atitudes e crenças face ao comportamento suicida, porém não existe nenhuma adaptação à população portuguesa, nem a profissionais de saúde.

O objetivo do presente estudo foi analisar as características psicométricas do CCCS-18 numa amostra de profissionais de saúde. A amostra foi constituída por 278 participantes, nomeadamente, 115 médicos e 163 enfermeiros com idades compreendidas entre os 22 e os 67 anos.

Através da análise fatorial confirmatória foi possível concluir que o modelo trifatorial proposto por Villaceros et al. (2016) é o que revela os índices de ajustamento mais adequados. A fiabilidade, medida através do alfa de Cronbach revelou-se satisfatória, verificou-se também a presença de validade convergente, discriminante e concorrente.

Observaram-se ainda diferenças significativas nas atitudes em função da formação na área de suicidologia, tendo os participantes com formação demonstrado menores níveis de aceitação do suicídio em geral e na religião. Não foram observadas diferenças significativas no sexo nem na categoria profissional.

Os resultados obtidos permitem concluir que o CCCS-18 detém boas características psicométricas, é de breve e fácil aplicação e por isso constitui uma medida fiável para os profissionais de saúde em Portugal. Esta adaptação é uma mais-valia para a ciência, pois permite avaliar e interpretar as atitudes e crenças e auxiliar no desenvolvimento de programas de prevenção do suicídio.

Palavras-Chave: Suicídio, atitudes face ao suicídio, estigma, profissionais de saúde, estudo psicométrico

Abstract

Suicide is one of the major public health concerns in the world, not only due to its epidemiologic relevance but also due to the stigma associated with it.

Healthcare professionals play a fundamental role in the referral and care for individuals suffering from this condition, however, their beliefs and attitudes may compromise their intervention, making it essential to examine these.

The Psychometric Properties of the Attitudinal Beliefs Questionnaire about Suicidal Behaviour (CCCS-18), developed by Hernández et al. (2005) is a tool employed to measure attitudes and beliefs on suicidal behaviour, however, no adaptation to the portuguese population, nor to healthcare professionals is available.

The present study aimed to analyse the psychometric characteristics of CCCS-18 in a sample of healthcare professionals. The sample was composed of 278 subjects, namely 115 doctors and 163 nurses aged between 22 and 67 years old.

By using Confirmatory Factorial Analysis, it was able to conclude that the trifactorial model proposed by Villaceros et al. (2016) is the one comprising the most adequate adjustment indexes. Reliability, measured by Cronbach's alpha revealed to be satisfactory. It has also been verified the presence of convergent, discriminatory, and concurrent validity.

Significant differences in attitudes according to professional training in the field of suicidology have been observed, having the participants with training showed reduced levels of acceptance of suicide in general and in religion. No significant differences have been found regarding sex and professional area.

The results obtained point toward CCCS-18 possessing good psychometric characteristics, with brief and easy application and as such, comprises a reliable measure for healthcare professionals in Portugal. This adaptation is an advantage to science as it allows for the measurement and interpretation of attitudes and beliefs and aids in the development of programs towards the prevention of suicide.

Keywords: Suicide, attitudes towards suicide, stigma, healthcare professionals, psychometric study

Índice

1. Introdução	1
2. Enquadramento Teórico	3
2.1. Suicídio	3
2.1.1. Dados Epidemiológicos	3
2.1.2. Definição e Conceptualização do Comportamento Suicidário	4
2.2. Atitudes dos profissionais de saúde face ao suicídio.....	5
2.2.1. Avaliação das atitudes em relação ao suicídio	8
2.2.2. Inventário Creencias Actitudinales sobre el Comportamento Suicida (CCCS-18) de Hernández et al. (2005).....	11
2.2.3. As atitudes face ao suicídio em função do sexo dos participantes	16
2.2.4. Atitudes em função da categoria profissional	17
2.2.5. Atitudes em função da religião.....	17
2.2.6. Atitudes em função da formação na área de Suicidologia.....	18
3. Objetivos.....	20
4. Método.....	21
4.1. Participantes	21
4.2. Instrumentos.....	21
4.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico	21
4.2.2. Questionário de Crenças Atitudinais face ao Suicídio (CCCS-18) (Hernández et al., 2005).....	21
4.2.3. Escala de Literacia sobre o Suicídio – versão curta (LOSS-SF) (Calear et al., 2021).....	22
4.2.4. Questionário de Atitudes face ao Suicídio (ATTS) (Renberg & Jacobsson, 2003)	22
4.3. Procedimento de Recolha de Dados.....	23
4.4. Procedimento de Tratamento de Dados	23
5. Resultados.....	26

5.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes	26
5.2. Análise Descritiva do CCCS-18	27
5.3. Análise da Estrutura Interna	30
5.3.1. Análise Fatorial Confirmatória (AFC).....	30
5.3.2. Análise da Fiabilidade	33
5.3.3. Análise da Validade	34
5.3.4. Diferenças no CCCS-18 em função do sexo.....	36
5.3.5. Diferenças no CCCS-18 em função da categoria profissional.....	37
5.3.6. Diferenças no CCCS-18 em função da religião	38
5.3.7. Diferenças no CCCS-18 em função da formação na área de Suicidologia.....	39
6. Discussão.....	41
7. Conclusões	46
8. Referências Bibliográficas	48

Índice de Tabelas

Tabela 1 Síntese dos Estudos da Estrutura Fatorial do CCCS-18: Autoria do Estudo, Ano, Idioma e País da Versão, Amostra Estudada, Método de Análise Fatorial, Dimensões e Índices das Análises Fatoriais, Alfa de Cronbach e Coeficiente Omega	14
Tabela 2 Dados Sociodemográficos dos Participantes	26
Tabela 3 Descrição Estatística dos Itens do CCCS-18.....	28
Tabela 4 <i>Índices de Ajustamento para os Modelos Testados</i>	30
Tabela 5 Tabela das Comunalidades e Variância Explicada Total em porcentagem	32
Tabela 6 Correlações (r) entre os Fatores do CCCS-18.....	32
Tabela 7 Consistência Interna (Alfa de Cronbach) das Subescalas e do Total do CCCS-18	33
Tabela 8 Variância Extraída Média (VEM) do CCCS-18.....	34
Tabela 9 Variância Partilhada (r^2) entre os fatores do CCCS-18.....	35
Tabela 10 Correlação entre o CCCS-18 (Total e Subescalas), a LOSS e o ATTS.....	35
Tabela 11 Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e teste t de Student em função do sexo ..	36
Tabela 12 Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e teste t de Student em função da categoria profissional	37
Tabela 13 Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e teste t de Student em função da religião	38
Tabela 14 Médias, Desvios-Padrão, Teste U de Mann-Whitney em função da formação na área de Suicidologia	39

Lista de Siglas

AFC – Análise Fatorial Confirmatória

AMOS - Software Analysis of Moment Structures

ATTS - Attitudes Towards Suicide

CCCS-18 – Cuestionário de Creencias Actitudinales sobre el Comportamiento Suicida

DM – Dimensão Moral do Suicídio

LOSS – Literacy of Suicide Scale

LS – Legitimidade do Suicídio e Suicídio em Pacientes Terminais

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

1. Introdução

O suicídio é uma das principais preocupações de saúde pública em todo o mundo, listada como a 15ª causa mais comum de morte e responsável por aproximadamente 1.4% de todas as causas de morte (OMS, 2018). No entanto, este comportamento deve-se considerar não só pela relevância epidemiológica, como também por ser um dos comportamentos e condições humanas com maior risco de estigmatização, a par das perturbações mentais, às quais o suicídio está associado (DGS, 2013; OMS, 2018, 2019).

As consequências negativas do estigma em relação aos atos suicidas, têm sido debatidas ao longo das últimas décadas. Podem apontar-se várias, tais como, evitamento do pedido de ajuda por parte dos indivíduos em risco; baixa predisposição para sinalização de casos de risco; processo de luto mais complicado para familiares e amigos de alguém que comete o suicídio; receptividade reduzida de indivíduos/grupos potencialmente de risco em integrarem programas de prevenção do suicídio; subavaliação da dimensão real do suicídio e desinvestimento na prevenção devido à reduzida sensibilidade dos governantes para a problemática e, mesmo no âmbito dos serviços de saúde, a intenção suicida e o sofrimento inerentes tendem a ser desconsiderados pelos profissionais de saúde (Brás & Cruz, 2014; Buus et al., 2014).

A par destas consequências está o aumento, a cada ano, das tentativas de suicídio. Uma tentativa de suicídio é o fator de risco mais importante para a consumir o ato, o que leva a que a identificação, prestação de cuidados e encaminhamento adequados destes indivíduos seja uma componente transversal e essencial a todas as estratégias de prevenção desta conduta (OMS, 2014).

Um outro fator de risco são as doenças mentais que permanecem subdiagnosticadas e subtratadas, o que indica que existem indivíduos em risco suicida que não são sinalizados nem têm o acompanhamento adequado (Mann & Currier, 2011; Vedana et al., 2017).

De acordo com a literatura, a maioria dos indivíduos que consumou o suicídio teve contacto com profissionais de saúde no período anterior à sua morte (Ahmedani et al., 2014; De Leo et al., 2013; Hauge et al., 2018; Miller, 2011; Nebhinani et al., 2013), o que sugere que os profissionais apresentam lacunas no conhecimento sobre doenças mentais e sobre o suicídio.

Manifestam, ainda, atitudes negativas e estigmatizadoras em relação a tentativas de suicídio, que prejudicam os cuidados prestados aos pacientes e, conseqüentemente, influenciam de forma negativa os seus pensamentos e comportamentos (Bolster et al., 2015; Ouzouni & Nakakis, 2009; Vidal & Gontijo, 2013; Wei et al., 2015).

Dada a alta prevalência dos comportamentos suicidários na sociedade, a prestação de cuidados de saúde a estes pacientes torna-se essencial, embora, por vezes, possa ser comprometida pelo estigma que persiste em relação aos mesmos. Interessa, neste sentido, conhecer mais aprofundadamente as atitudes e crenças dos profissionais de saúde face ao suicídio a fim de melhorar a sua intervenção com estes pacientes.

Face ao exposto, o principal problema neste estudo prende-se com a necessidade de avaliar as atitudes dos profissionais de saúde face ao suicídio. É essencial entender de que forma é que os profissionais de saúde percecionam o suicídio e, conseqüentemente, que atitudes e crenças têm relativamente a este comportamento. Partindo do princípio de que as atitudes dos profissionais de saúde influenciam o atendimento e o estado clínico dos pacientes com esta conduta, é crucial que existam instrumentos para avaliar as atitudes e que estejam adaptados para a população a que se destinam. Por conseguinte, a presente investigação pretende estudar as propriedades psicométricas de um instrumento designado “*Creencias Actitudinales sobre el Comportamiento Suicida: el CCCS-18*” de Hernández et al. (2005), numa amostra de profissionais de saúde.

A presente dissertação encontra-se dividida em oito capítulos. O segundo capítulo é referente ao enquadramento teórico, onde são explanados os conceitos estudados, nomeadamente os dados epidemiológicos, conceptualização e definição do comportamento suicidário, as atitudes e crenças face ao suicídio e os instrumentos que têm sido utilizados para avaliar estes construtos. No terceiro capítulo estão descritos os objetivos gerais e específicos do presente estudo, no quarto encontra-se descrito o método, nomeadamente informação sobre os participantes, instrumentos utilizados, procedimento de recolha e tratamento de dados. O quinto capítulo corresponde à apresentação e descrição dos resultados e o capítulo seguinte corresponde à discussão dos resultados obtidos. No sétimo capítulo serão apresentadas as conclusões gerais, nomeadamente os principais resultados, as limitações do presente e as implicações e recomendações para estudos futuros, o último capítulo corresponderá às referências bibliográficas.

2. Enquadramento Teórico

2.1. Suicídio

2.1.1. Dados Epidemiológicos

O suicídio é uma das principais preocupações de saúde pública em todo o mundo, listada como a 15^a causa mais comum de morte, responsável por aproximadamente 1.4% de todas as mortalidades e a 2^a em jovens entre os 15 e 29 anos (OMS, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que mais de 800 000 indivíduos morrem por suicídio a cada ano, o que equivale a uma pessoa a cada 40 segundos (OMS, 2018, 2019). O suicídio torna-se ainda mais preocupante com os dados relativos às tentativas, uma vez que se estima que o número de tentativas seja mais de 20 vezes superior aos suicídios consumados. Uma tentativa de suicídio anterior é o fator de risco mais importante para o suicídio (DGS, 2013; OMS, 2019, 2021).

Na União Europeia, das 5.2 milhões de mortes notificadas em 2015, 56 200 (1.1%) foram devido a lesões autoprovocadas intencionalmente, o que corresponde a uma taxa de suicídio, em média, de 11 mortes por 100 000 habitantes (Eurostat, 2018). Em 2016, esta taxa teve um valor de 10.33, sendo mais elevada no sexo masculino (16.96) comparativamente ao sexo feminino (4.51) (Eurostat, 2021; OMS, 2017).

A nível nacional, em Portugal, o número de óbitos na população por suicídio cresceu cerca de 21.2% entre os anos de 2007 e 2014, aumentando a taxa bruta de mortalidade por suicídio de 9.5/100000 habitantes para 11.7/100000 habitantes (Nunes, 2018). Estima-se que no ano 2018 a média de mortes por suicídio foi de 9.6% por cada 100 000 habitantes, sendo que os homens apresentam uma média de 15.1 e as mulheres de 4.7. O suicídio apresenta uma incidência mais elevada no sul do país, sendo o Algarve a região com valores médios mais elevados (16.8%) (INE, 2020). Estes valores têm impulsionado o estudo dos fatores que poderão contribuir para uma maior identificação dos sinais de alerta face ao suicídio e a consequente prevenção desta conduta (DGS, 2013; OMS, 2019).

Apesar de os valores serem preocupantes, ainda assim não refletem a realidade. Por um lado, o suicídio constitui um fenómeno subdeclarado devido à sua estigmatização por razões de ordem religiosa, sociocultural e política e, por outro lado, a causa da morte nem

sempre é evidente, existindo em alguns casos dificuldades nos procedimentos de identificação da mesma. É possível reconhecer que, se as estatísticas oficiais não refletem a realidade, a verdadeira dimensão deste fenómeno é desconhecida o que dificulta a prevenção, pois não é possível prevenir de forma eficaz algo que não se conhece adequadamente (DGS, 2013).

2.1.2. Definição e Conceptualização do Comportamento Suicidário

A palavra suicídio significa “ato ou efeito de suicidar-se; desgraça causada a si próprio; ato muito perigoso” (Dicionário da Língua Portuguesa, 2020).

Durkheim concebe o suicídio como “todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir esse resultado” (p.23). Para este, a etiologia do suicídio “depende necessariamente das causas sociais e constitui, por si só, um fenómeno coletivo” (p.143), porém não exclui o contributo dos fatores individuais, nomeadamente a constituição orgânico-psíquica (Durkheim, 1897/2001).

Shneidman, o “pai” da Suicidologia, afirmou que após a “destilação de cada ato suicida, o seu elemento essencial é psicológico [...], cada drama suicida ocorre na mente de um indivíduo único” (p.3), o que significa que para este o suicídio é um fenómeno de natureza maioritariamente psicológica (Shneidman, 1993). No entanto, o autor reconhece que a natureza do suicídio é multidimensional, uma vez que num ato suicida estão presentes elementos biológicos, culturais, sociológicos, interpessoais, intrapsíquicos e filosóficos, em diferentes graus. Por isso, é um ato que deve ser abordado numa perspetiva holística relativamente à sua definição, classificação, comorbilidade sintomatológica, prevenção e intervenção clínica (Shneidman, 1993).

O suicídio deve ser concebido como um processo, que por norma evolui num *continuum*, desde a ideação suicida até ao suicídio consumado (Kattimani et al., 2016; O’Carroll et al., 1996; Silverman et al., 2007).

Em Portugal, o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) (DGS, 2013) propõe várias definições das componentes do processo suicidário, com vista a uniformizar a terminologia utilizada em suicidologia. A ideação suicida, marco primário de futuros

comportamentos suicidas, compreende as cognições e pensamentos sobre pôr termo à própria vida, podendo ser um desejo e/ou um plano; As tentativas de suicídio e o suicídio consumado, considerados atos suicidas, caracterizam-se pelo ato levado a cabo, pelo próprio, com a intenção de terminar com a vida, sendo que o primeiro resulta frustrado por diversas razões; Os comportamentos autolesivos são comportamentos sem intenção de morrer, são atos intencionais que envolvem mutilação (DGS, 2013).

Uma tentativa de suicídio anterior é considerada o fator de risco mais importante para o suicídio, pelo que, a prestação de cuidados, apoio e acompanhamento devem ser um componente transversal e essencial a todas as estratégias de prevenção do suicídio. No entanto, apesar dos extensos esforços científicos, políticos e de consciencialização que visam melhorar a prevenção e intervenção no suicídio, as taxas de mortalidade permanecem quase inalteradas, o que revela que a compreensão dos fatores de risco para esta conduta é fundamental na previsão e prevenção da mesma (OMS, 2014).

A OMS (2014), no relatório de prevenção do suicídio, refere que o estigma, particularmente em torno das perturbações mentais e suicídio, leva a que muitos indivíduos com ideação suicida e/ou com história de tentativas de suicídio se sintam incapazes de procurar ajuda e, portanto, não obtenham o acompanhamento que precisam (OMS, 2019).

As evidências científicas revelam que o suicídio está significativamente associado à doença mental, logo a existência de um tratamento eficaz da doença mental poderá reduzir o risco de suicídio. Porém, para que este tratamento possa ser eficaz é fundamental a identificação correta e atempada dos indivíduos em risco, a par da eliminação de barreiras de acesso aos cuidados especializados. Estas barreiras incluem o estigma, reduzida literacia e crenças e atitudes negativas que persistem, mesmo entre os profissionais de saúde, face aos indivíduos com esta conduta (Batterham et al., 2013a; Callear et al., 2014; Capp et al., 2001; Carpiniello & Pinna, 2017; Santos et al., 2014).

2.2. Atitudes dos profissionais de saúde face ao suicídio

A estigmatização e perceção negativa de alguém com conduta suicida é algo frequente. São muitas as vezes em que indivíduos com conduta suicida são classificados

como fracos e incapazes de lidar e enfrentar os seus problemas. Estas atitudes¹ e sentimentos negativos são vivenciados e manifestados pela população em geral mas também pelos profissionais de saúde (Carpiniello & Pinna, 2017; Saunders et al., 2012; Wei et al., 2015).

Através da literatura é possível comprovar que a maioria dos indivíduos, cerca de 75%, que cometeu suicídio teve consulta com um médico dos cuidados de saúde primários, no ano anterior à sua morte, 90% teve pelo menos um contacto com um profissional de saúde durante os três meses que antecederam a morte, um terço teve contacto com os serviços de saúde mental e um em cada cinco teve contacto com os serviços de saúde mental no mês anterior ao suicídio (Miller, 2011).

De acordo com (Andersen et al. (2000), 66% das vítimas de suicídio tiveram contacto com um médico de clínica geral no mês anterior ao ato, 13% tiveram alta de um hospital psiquiátrico e 7% de um hospital geral.

Num estudo desenvolvido por Ahmedani et al. (2014), foi possível observar que a maioria dos indivíduos que morreram por suicídio teve acompanhamento pelos profissionais dos serviços de saúde no ano anterior à sua morte e 50% teve consulta médica no mês anterior ao suicídio. Ainda, de acordo com Hauge et al. (2018), quase metade das vítimas procuraram o seu médico de família alguns meses antes de consumarem o ato.

Estes dados enfatizam a importância de considerar os contactos com os serviços e profissionais de saúde como oportunidades para a prevenção do suicídio (Ahmedani et al., 2014; De Leo et al., 2013). Os dados evidenciam, também, a existência de falhas dos profissionais de saúde em reconhecer e responder às necessidades de alguém com esta conduta (Ouzouni & Nakakis, 2009). Estas falhas passam pelas atitudes de hostilidade e negligência dos profissionais de saúde e influenciam de forma negativa os pensamentos e comportamentos suicidas dos pacientes. As atitudes negativas podem constituir-se um fator de risco que leva à reincidência do ato (Bolster et al., 2015; Ouzouni & Nakakis, 2009; Vidal & Gontijo, 2013; Yaseen et al., 2013), uma vez que estas atitudes parecem afetar significativamente o cuidado prestado ao paciente suicida (Kelly et al., 2014).

¹ “Uma atitude é a disposição de um indivíduo de responder favorável ou desfavoravelmente a um objeto, pessoa, instituição ou evento, ou qualquer outro aspeto discriminável do mundo do indivíduo” (Ajzen, 2014) (p. 240). Para Altmann (2008) uma atitude é a resposta a um estímulo que envolve componentes afetivos, cognitivos e comportamentais.

Vários estudos demonstram que uma reduzida literacia sobre o processo suicida é o que desencadeia, em parte, as atitudes negativas dos profissionais de saúde (Batterham et al., 2013b; DGS, 2013; Kennedy et al., 2018). A par da reduzida literacia, estas atitudes resultam do medo e da ignorância causada por mitos e falsas crenças presentes na sociedade (Joiner, 2010). Os mitos e falsas crenças descrevem juízos de valor incorretos em relação à conduta suicida, aos suicidas e aos indivíduos que já realizaram tentativas de suicídio. Estes são juízos de valor que embora não tenham validade científica, são culturalmente aceites e encontram-se enraizados na população, constituindo um obstáculo à prevenção do suicídio (Barrero, 2005).

Muitas vezes os profissionais de saúde percecionam o comportamento suicida, em parte, como uma opção do indivíduo (Machin, 2009), e conseqüentemente, consideram que estes pacientes atrapalham o fluxo dos serviços de saúde, por isso priorizam outros pacientes que, supostamente, valorizam a vida (Rüsch et al., 2011). De acordo com Wei et al. (2015), num estudo realizado com médicos de cuidados de saúde primários, foi possível observar que estes profissionais apresentam lacunas no conhecimento sobre doenças mentais, bem como crenças negativas sobre as mesmas, o que prejudica os cuidados prestados. Através de uma análise realizada por Saunders et al. (2012) foi possível concluir que as atitudes da equipa de profissionais de saúde de um hospital geral foram em grande parte negativas para com pacientes que haviam cometido tentativa de suicídio. Quando comparadas, as atitudes e crenças manifestadas para com pacientes com conduta suicida e para com pacientes com doença física revelam-se maioritariamente hostis em relação aos primeiros (Herron et al., 2001 Santos et al., 2014; Saunders et al., 2012).

As atitudes dos profissionais de saúde em relação ao comportamento suicida são um aspeto crucial na procura e na obtenção de ajuda dos pacientes (Norheim et al., 2016). A qualidade dos cuidados prestados e as atitudes em relação ao paciente após uma tentativa de suicídio são de particular importância, uma vez que os indivíduos com esta conduta têm um risco acrescido de voltar a tentar e consumir, efetivamente, o suicídio.

Atitudes negativas por parte dos profissionais de saúde podem ainda levar a resultados prejudiciais, atrasar ou impedir a procura de ajuda, e prejudicar o atendimento e cuidado ao

paciente e, conseqüentemente, a sua recuperação (Grimholt et al., 2014; Reynders et al., 2016; Saunders et al., 2012).

Por outro lado, profissionais confiantes, compreensivos e com atitudes positivas podem ser fundamentais para impedir uma futura tentativa de suicídio (Zalsman et al., 2016), devido ao impacto que têm na segurança, qualidade de atendimento e acompanhamento e, conseqüentemente, nos resultados do paciente (Bolster et al., 2015; Neville & Roan, 2013; Stevens & Nies, 2018; Vedana et al., 2017). A procura de ajuda, por parte de alguém com conduta suicida, pode aumentar se forem demonstradas atitudes de maior aceitação em relação a estes indivíduos (Stecz, 2019), é este argumento que leva a que as atitudes dos profissionais de saúde face ao suicídio sejam objeto de estudo em inúmeras investigações (Santos et al., 2014; Saunders et al., 2012).

Avaliar e compreender as atitudes em relação ao suicídio é um aspeto fundamental na prevenção do mesmo (Van der Burgt et al., 2021), uma vez que contribui para a consciência e reflexão das próprias atitudes e do seu impacto na tomada de decisão e no atendimento prestado (Norheim et al., 2016). Auxilia os profissionais a compreender a importância de estarem cientes do risco de suicídio e a entender que a prevenção do mesmo é, de facto, um dever e preocupação comum (Sandford et al., 2020).

2.2.1. Avaliação das atitudes em relação ao suicídio

A partir da revisão da literatura realizada, foram identificados vários instrumentos que avaliam as atitudes em relação ao suicídio, nomeadamente: *Suicide Opinion Questionnaire* (Domino et al., 1982), *Suicide Attitudes Questionnaire* (Diekstra & Kerkhof, 1988), *Semantic Differential Scale Attitudes towards Suicidal Behaviour*, (Jenner & Niesing, 2000), *Attitudes Towards Suicide* (Renberg & Jacobsson, 2003), *Attitudes Towards Attempted Suicide - Questionnaire* (Ouzouni & Nakakis, 2009) e *Creencias Actitudinales sobre el comportamiento Suicida* (Hernández et al., 2005).

O *Suicide Opinion Questionnaire* (SOQ), desenvolvido por Domino et al. (1982) foi construído para avaliar as atitudes em relação ao suicídio, face à necessidade de um instrumento psicometricamente sólido que permitisse avaliar este construto. No estudo de validação com uma amostra de 285 adultos da população geral, os autores sugeriram um

modelo de 15 fatores e 100 itens avaliados numa escala de *Likert* de 5 pontos, de 1 (*Concordo Totalmente*) a 5 (*Discordo Totalmente*). Após a análise fatorial foram 15 os fatores considerados significativos, responsáveis por 76.6% da variância. São várias as críticas tecidas a este instrumento, as teorias sobre atitudes, medição de atitudes e a etiologia do suicídio foram ignoradas no processo de construção e formulação dos itens. Os fatores, foram construídos de forma inadequada, apenas 61 dos 100 itens apresentaram carga fatorial superior a .30, além disso, o facto de os 15 fatores serem responsáveis por 76.6% da variância sugere que um número considerável de fatores ter pouco peso na variância total explicada (<5%) (Diekstra & Kerkhof, 1988; Rogers & DeShon, 1992, 1995).

Um instrumento desenvolvido posteriormente, com o objetivo de superar as críticas tecidas ao SOQ, foi o *Suicide Attitudes Questionnaire* (SUIATT) (Diekstra & Kerkhof, 1988). O questionário é composto por 63 itens que avaliam as atitudes (componente cognitiva, afetiva e instrumental) em relação ao suicídio e tentativa de suicídio, do próprio, de um familiar e de uma pessoa em geral, avaliados numa escala de *Likert* de 5 pontos, de 1 (*Concordo Totalmente*) a 5 (*Discordo Totalmente*). O instrumento foi aplicado a uma amostra de 712 sujeitos da população geral e os autores sugeriram um modelo de 5 fatores responsáveis por 55% da variância, o coeficiente de fiabilidade total da escala foi de .82. Apesar de utilizar uma metodologia adequada e rigorosa, os próprios autores apontam como limitação, a aplicação morosa do instrumento e ser complexa para utilizar em fins clínicos (Diekstra & Kerkhof, 1988).

Jenner e Niesing (2000) desenvolveram um questionário de opinião sobre suicídio, intitulado *Semantic Differential Scale Attitudes Towards Suicidal Behaviour* (SEDAS). Trata-se de uma escala baseada no diferencial semântico que avalia a direção e intensidade das atitudes em relação ao comportamento suicida, a escala foi aplicada numa amostra de 142 voluntários, da população geral, recrutados em serviços de linhas telefónicas SOS. É formada por 15 itens que descrevem, mediante pares de antónimos, as opiniões (covarde/corajoso, manipulador e manipulado) e sentimentos (seguro e inseguro) perante diferentes situações e sujeitos (o próprio, um adolescente, um idoso, um toxicodependente, um indivíduo com um tumor incurável, alguém com história de tentativa de suicídio e um

ente-querido do participante). Após a análise fatorial exploratória os autores defendem um modelo bifatorial, o fator “Saúde/Doença” e o fator “Aceitação/Rejeição”, que em conjunto apresentam 47% da variância explicada. Aponta-se como limitação o facto de ser muito um instrumento muito demorado e de a amostra utilizada no estudo original ter sido reduzida e, por fim, não terem sido realizados estudos suficientes com esta escala para validar as suas propriedades psicométricas e a estabilidade dos fatores (Hernández et al., 2005; Jenner & Niesing, 2000).

Renberg e Jacobsson (2003) desenvolveram o *Attitudes Towards Suicide* (ATTS) com o objetivo de medir as atitudes em relação ao suicídio na população em geral, abrangendo aspetos multidimensionais das atitudes e descrevendo as mudanças de atitude ao longo do tempo e a associação entre atitudes e comportamento suicida. O questionário foi desenvolvido e aplicado em duas ocasiões diferentes, com dez anos de intervalo, numa amostra aleatória de 510 sujeitos da população geral. O ATTS é composto por 34 itens e 10 fatores avaliados numa escala de *Likert* de 5 pontos, apresenta um alfa de Cronbach de .51 na primeira versão do instrumento, aplicada em 1986, e de .60 na segunda versão, aplicada em 1996.

Como críticas, ao ATTS, os autores apontam o difícil reconhecimento dos componentes das atitudes nos fatores do instrumento, uma vez que os fatores aparentam concentrar-se em crenças e factos relacionados com o suicídio e não nos sentimentos e comportamentos dos indivíduos em relação ao suicídio (Stecz, 2019).

O *Attitudes Towards Attempted Suicide Questionnaire* (ATAS-Q), desenvolvido Ouzouni e Nakakis (2009) tem como objetivo avaliar as atitudes dos profissionais de saúde em relação a pacientes que tentaram suicídio e aprimorar a prestação de cuidados aos mesmos. O instrumento foi aplicado a uma amostra de 186 profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, de dois hospitais gerais em Atenas. O ATAS-Q é composto por 80 itens e 8 fatores, responsáveis por 55.45% da variância total, e demonstra uma alta consistência interna, com alfa de *Cronbach* de .96. O instrumento já está adaptado para a população portuguesa por Tavares (2014).

2.2.2. Inventário Creencias Actitudinales sobre el Comportamento Suicida (CCCS-18) de Hernández et al. (2005)

Hernández et al. (2005) desenvolveram o *Inventário Creencias Actitudinales sobre el Comportamento Suicida* (CCCS-18) para avaliar atitudes e crenças face ao comportamento suicida. O objetivo dos autores passou por realizar um instrumento breve, fácil de interpretar e com fatores sólidos.

O CCCS-18 é um instrumento de autorrelato formado por 18 itens. Cada item é classificado numa escala de tipo *Likert* de 7 pontos que indica o grau de concordância/discordância com a afirmação do item e varia de 1 (Totalmente em desacordo) a 7 (Totalmente de acordo).

Os 4 fatores são designados como: *Legitimidade do Suicídio* ($\alpha = .84$), *Suicídio em Pacientes Terminais* ($\alpha = .82$), *Dimensão Moral do Suicídio* ($\alpha = .78$), *Suicídio próprio* ($\alpha = .73$) (Hernández et al., 2005).

Inicialmente foram obtidos 85 itens através de um *brainstorming* de afirmações relacionadas com as crenças e atitudes sobre o comportamento suicida, tendo por base a estrutura tridimensional das atitudes: cognitiva, afetiva e comportamental. Estes itens foram revistos e analisados por especialistas, eliminando os que apresentavam problemas de formulação, obtendo-se um total de 60 itens.

A consistência interna do instrumento foi melhorada após a realização de várias análises de confiabilidade através do estudo da correlação item-escala, tendo-se eliminado os itens com pior correlação. Com os restantes itens foi realizada uma análise fatorial com rotação varimax, de acordo com os critérios de Kaiser (1960).

Com o objetivo de reduzir o número de itens e refinar a escala, combinaram-se vários critérios: a) o valor de cada fator deve ser maior que 1; b) cada fator deve explicar pelo menos 5% da variância total; c) nos fatores selecionados, a carga fatorial dos itens deve ser no mínimo .50; e) os itens de cada fator devem apresentar consistência interna adequada ($\alpha > .70$) (Nunnally & Berstein, 1994 citados por Hernández et al., 2005).

Após esta análise resultou a versão final do CCCS-18 ($\alpha = .87$) composta por 18 itens e 4 fatores designados: *Legitimidade do Suicídio* ($\alpha = .84$, itens 1, 5, 8, 10, 14 e 18), *Suicídio em Pacientes Terminais* ($\alpha = .82$, itens 2, 6, 11 e 15), *Dimensão Moral do Suicídio* ($\alpha = .78$,

itens 3, 7, 12 e 16), *Suicídio próprio* ($\alpha = .73$, itens 4, 9, 13 e 17) (Tabela 1) (Hernández et al., 2005).

O instrumento foi aplicado, por psicólogos, a 230 jovens estudantes de Enfermagem e Psicologia da Universidade de Múrcia. Após a recolha da informação e de forma a proceder à análise estatística, os itens inversos foram recodificados e eliminaram-se 11 participantes que demonstraram baixa sinceridade nas respostas, perfazendo uma amostra final de 219 sujeitos. A amostra era composta por 81.73% raparigas e 18.27% rapazes com uma média de idades de 20.72 ($DP = 3.24$).

Como limitações do estudo, os autores apontam a dimensão da amostra, considerando necessário aplicar o instrumento em amostras maiores e com características sociodemográficas diferentes de forma a verificar se as propriedades psicométricas do instrumento se mantêm. Outra necessidade passa por incluir o CCCS-18 em investigações futuras, juntamente com outras variáveis psicossociais relacionadas com o comportamento suicida para estudar as possíveis contribuições do CCCS-18 para modelos preditivos (Hernández et al., 2005).

Foram realizadas duas validações deste instrumento, a primeira para a população argentina (Desuque et al., 2011) e a segunda para a espanhola (Villacieros et al., 2016), ambas no idioma original, o espanhol (Tabela 1).

Desuque et al. (2011) realizaram o estudo de validação numa amostra não clínica de 122 estudantes, com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos de três instituições do ensino médio. A versão de Desuque et al. (2011) apresentou um alfa de Cronbach de .86 para o instrumento completo. Através da análise fatorial confirmatória foi possível aferir que um modelo de 3 fatores apresentava uma melhor adequação a esta amostra, obtendo-se resultados de fiabilidade satisfatórios para todos os fatores: *Suicídio próprio e alheio* ($\alpha = .83$), *Doença terminal e direito ao suicídio* ($\alpha = .78$) e *Dimensão moral do suicídio* ($\alpha = .69$). O número de itens manteve-se igual à versão original, 18 itens distribuídos pelos três fatores: *Suicídio próprio e alheio* - itens 1, 4, 13, 14, 15, 17 e 18; *Doença terminal e direito ao suicídio* - 2, 5, 6, 8, 10 e 11; *Dimensão moral do suicídio* - 3, 7, 9, 12 e 16.

Villacieros et al. (2016) avaliaram a versão espanhola do CCCS-18, em Madrid, numa amostra não clínica de 277 adultos que participaram num workshop aberto sobre o luto. Esta

versão apresentou um Coeficiente Omega de .95, ($r = .26, p < .001$). Através da análise fatorial confirmatória foi possível aferir que um modelo de 3 fatores era o mais adequado, sendo que a fiabilidade do instrumento obteve resultados satisfatórios para todos os fatores: *Legitimidade do suicídio e suicídio em pacientes terminais* ($r = .16, p < .01$), $\omega_h = .92$; *Dimensão moral do suicídio* ($r = .26, p < .001$), $\omega_h = .79$; *Suicídio próprio* ($r = .25, p < .001$), $\omega_h = .68$. Também nesta versão os 18 itens da versão original foram mantidos, sendo a sua distribuição a seguinte: *Legitimidade do suicídio e suicídio em pacientes terminais* – itens 1, 2, 5, 6, 8, 10, 11, 14, 15, 18; *Dimensão moral do suicídio* – itens 3, 7, 12 e 16; *Suicídio próprio* – 4, 9, 13, 17.

Tabela 1

Síntese dos Estudos da Estrutura Fatorial do CCCS-18: Autoria do Estudo, Ano, Idioma e País da Versão, Amostra Estudada, Método de Análise Fatorial, Dimensões e Índices das Análises Fatoriais, Alfa de Cronbach e Coeficiente Omega

Estudo	Língua/País	Amostra	Método	Dimensões AFE Índices AFC	Itens de cada Dimensão	Alfa de Cronbach/ Coeficiente Omega
(Hernández et al., 2005)	Espanhol/ Múrcia	Estudantes Universitários, amostra não clínica <i>N</i> =219 (81.73% sexo feminino; média de idade = 20.72)	AFE	4 Fatores: LS; PT; DM; S	LS: 10; 5; 14; 1; 8; 18 PT: 2; 15; 6; 11 DM: 7; 3; 16; 12 S: 13; 17; 4; 9	LS, $\alpha = .84$ PT, $\alpha = .82$ DM, $\alpha = .78$ SV, $\alpha = .73$ CCCS-18 total, $\alpha = .87$
(Desuque et al., 2011)	Espanhol/ Argentina	Estudantes universitários, amostra não clínica	AFE AFC	3 Fatores: S; DT; DM	S: 1; 4; 13; 14; 15; 17; 18 DT: 2; 5; 6; 8; 10; 11	S, $\alpha = .83$ DT, $\alpha = .78$ DM, $\alpha = .69$ CCCS-18 total, $\alpha = .86$

Estudo	Língua/País	Amostra	Método	Dimensões AFE Índices AFC	Itens de cada Dimensão	Alfa de Cronbach/ Coeficiente Omega
		<i>N</i> =122 (61.2% sexo feminino; média de idade = 16.06)		$\chi^2 = 222.70$; $\chi^2/gl = 1.69$; $p < .000$; GFI = .84; AGFI = .79; RMSEA = .07.	DM: 3; 7; 9; 12; 16	
(Villacieros et al., 2016)	Espanhol/ Madrid	Adultos, amostra não clínica <i>N</i> = 277 (81.20% sexo feminino; média de idade = 39.95)	AFE AFC	3 Fatores: LS, DT; DM $\chi^2 = 260.50$; $\chi^2/gl = 1.96$; $gl = 132$; $p < .001$; CFI= .98; SRMR = .060; RMSEA = .059.	LS: 1; 2; 5; 6; 8; 10; 11; 14; 15; 18 DT: 3; 7; 12; 16 DM: 4; 9; 13; 17	LS ($r = .16$, $p < .01$), $\omega_h = .92$; DM, ($r = .26$, $p < .001$), $\omega_h = .79$; S ($r = .252$, $p < .001$), $\omega_h = .68$; CCCS-18 total, ($r = .26$, $p < .001$), $\omega_h = .95$

AFE = Análise Fatorial Exploratória; AFC = Análise Fatorial Confirmatória; χ^2 = Qui-quadrado; *gl* = Graus de liberdade; RMSEA = Raiz da média quadrática do erro de aproximação; SRMR = Raiz da média quadrática residual; GFI = Índice de bondade do ajustamento; CFI = Índice de ajustamento comparativo; Fatores CCCS-18 versão original (Hernández et al., 2005) = Legitimidade do suicídio (LS); Suicídio em pacientes terminais (PT); Dimensão moral do suicídio (DM); Suicídio próprio (S); Fatores versão de Desuque et al. (2011) = Suicídio próprio e alheio (S); Doença terminal e direito ao suicídio (DT); Dimensão moral do suicídio (DM); Fatores versão de Villacieros et al. (2016) = Legitimidade do suicídio e suicídio em pacientes terminais (LS); Dimensão moral do suicídio (DM); Suicídio próprio (S).

De entre todos os instrumentos que avaliam as crenças e atitudes em relação ao suicídio, o CCCS-18 tem como principais vantagens, uma alta consistência interna no questionário em geral bem como nos seus fatores, a robustez dos fatores, uma vez que cada um explica pelo menos 12% da variância total e os seus itens têm valores de fiabilidade (alfa de Cronbach) superiores a .70, o instrumento é de fácil e rápida aplicação e apresenta uma fácil interpretação em geral e dos fatores (Hernández et al., 2005).

O CCCS-18 não está adaptado para a população portuguesa, nem terá sido estudado numa amostra de profissionais de saúde portugueses, o que representa uma lacuna nesta área de investigação.

Devido à elevada prevalência dos comportamentos suicidas na sociedade é essencial a prestação de cuidados aos indivíduos com esta conduta, embora estes cuidados estejam, muitas vezes, comprometidos pelo estigma, atitudes, crenças negativas e reduzida literacia face ao suicídio. Neste sentido, interessa analisar, de forma mais aprofundada, as crenças e atitudes dos profissionais de saúde em relação ao mesmo, com vista à prevenção desta conduta.

2.2.3. As atitudes face ao suicídio em função do sexo dos participantes

São várias as investigações que visam analisar as diferenças entre sexos nas atitudes face ao suicídio.

Num estudo realizado por Pereira e Cardoso (2019), os resultados mostraram que os participantes do sexo masculino apresentam maiores níveis de atitudes estigmatizantes face ao suicídio, comparativamente aos participantes do sexo feminino. Os primeiros consideraram que alguém que se suicida é fraco ($\chi^2 (1) = 20,22, p < 0,001$), cobarde ($\chi^2 (1) = 14,86, p < 0,001$) e que o suicídio é um ato vergonhoso ($\chi^2 (1) = 11,01, p < 0,001$).

Relativamente a estudos realizados utilizando o CCCS-18 é possível concluir que os resultados obtidos não são consensuais relativamente às diferenças das atitudes entre os sexos. De acordo com Huayhua (2015), num estudo desenvolvido para explorar a existência de atitudes e crenças favoráveis ao suicídio foi utilizado o questionário CCCS-18. Como resultados, em geral verificou-se a presença de crenças favoráveis ao comportamento suicida, porém foram mais elevadas no sexo feminino (53.3%).

Vanegas et al. (2018) utilizaram o CCCS-18, também, com o objetivo de avaliar as diferenças entre os sexos dos participantes nas crenças e atitudes em relação ao suicídio. Os resultados obtidos indicaram não haver diferenças significativas entre os sexos nas atitudes e crenças face ao suicídio.

Perante o exposto, pode concluir-se que os resultados obtidos não são consensuais relativamente às diferenças das atitudes entre os sexos.

2.2.4. Atitudes em função da categoria profissional

De acordo com uma investigação realizada por Olibamoyo et al. (2020), os enfermeiros demonstraram atitudes menos positivas em relação ao suicídio, comparativamente aos médicos (Olibamoyo et al., 2020).

Também num estudo de Díaz et al. (2021), com médicos, enfermeiros e assistentes sociais, com recurso ao CCCS-18, os médicos apresentaram níveis menores de aceitação do suicídio em geral, bem como nos pacientes com doenças terminais.

Estas diferenças podem ser explicadas pelas formações distintas dos médicos e enfermeiros. Na formação de um médico é obrigatório realizar um estágio nas várias especialidades da profissão, nomeadamente na psiquiatria, o que não acontece com os profissionais de enfermagem, sendo a saúde mental uma área de especialização e não obrigatória (Olibamoyo et al., 2020).

Com base na literatura, espera-se encontrar diferenças significativas entre as duas categorias profissionais, tal como atitudes de menor aceitação do suicídio por parte dos profissionais de medicina.

2.2.5. Atitudes em função da religião

Vários estudos têm sido desenvolvidos com vista a compreender a relação da religião com o suicídio.

Geralmente, as religiões consideram que o ser humano não deve interromper voluntariamente a vida, no entanto existem algumas diferenças na conceção do suicídio em cada religião (Nantes & Grubits, 2017). Existem religiões em que o suicídio individual e coletivo é preconizado como algo aceitável (Saiz et al., 2021).

De acordo com Eskin et al. (2020), a prática religiosa atua como fator protetor contra o suicídio, estando negativamente associada à aceitabilidade do mesmo. Num estudo realizado por Saiz et al. (2021) com participantes de cinco religiões diferentes, a religião esteve associada a taxas de suicídio baixas e a atitudes negativas em relação a esta conduta..

Relativamente a estudos com profissionais de saúde, Stevens e Nies (2018) concluíram que os enfermeiros com práticas religiosas manifestaram atitudes mais positivas no cuidado aos pacientes suicidas.

É possível entender a religião tanto como um fator protetor como um fator de risco para o suicídio, embora geralmente esteja associada a um efeito protetor.

2.2.6. Atitudes em função da formação na área de Suicidologia

Alguns estudos revelaram que a falta de conhecimentos e competências dos profissionais na prevenção do comportamento suicidário está associada a atitudes negativas, estigmatização e redução da qualidade do cuidado prestado (Karman et al., 2015).

De acordo com a literatura, para que ocorra a diminuição das atitudes negativas, medo de lidar com alguém que tentou o suicídio e a potencialização de atitudes de aceitação e confiança na intervenção com estes indivíduos, é fundamental que os profissionais de saúde possuam conhecimentos continuamente atualizados na área do suicídio (Grimholt et al., 2014). A formação dos profissionais em suicídio parece não só melhorar as suas competências, como também demonstra uma forte associação positiva com atitudes e resultados favoráveis (Kisely et al., 2011).

Num estudo realizado com enfermeiros que haviam contactado com pacientes suicidas, a maioria dos profissionais relatou não ter experiência nem formação em saúde mental ou suicídio. Aliado à falta de formação os profissionais referiram sentimentos negativos face a estes pacientes e uma menor auto percepção de competência profissional no atendimento aos mesmos. Por outro lado, profissionais que trabalhavam em serviços de saúde mental, com formação nesta área, relataram atitudes mais positivas face aos pacientes com esta conduta. É então possível afirmar que o desenvolvimento de intervenções educacionais na área de suicidologia é uma medida crucial para a aquisição de competências dos profissionais de saúde (Vedana et al., 2017).

O projeto “+ Contigo” (Santos et al., 2014) desenvolveu uma investigação com o objetivo de avaliar o papel da formação na mudança de conhecimentos e atitudes em relação ao comportamento suicida, nos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários. Esta formação possibilitou mudanças nos conhecimentos relacionados com a prevenção do suicídio, nomeadamente a deteção e referenciação precoce de casos de risco e a mudança de atitudes que contribuiu para melhorar o cuidado prestado aos pacientes com esta conduta.

Em suma, é expectável que existam diferenças nas atitudes face ao suicídio entre profissionais de saúde com formação na área de suicidologia, comparativamente aos profissionais sem formação.

3. Objetivos

O presente estudo tem como principal objetivo a validação da versão portuguesa do instrumento “*Creencias Actitudinales sobre el Comportamiento Suicida: el CCCS-18*” numa amostra de profissionais de saúde.

Os objetivos específicos são: (1) analisar a estrutura interna da versão portuguesa do CCCS-18 e comparar com a estrutura fatorial obtida pelos autores originais e noutros estudos de adaptação; (2) avaliar a fiabilidade do CCCS-18; (3) analisar as suas validades convergente, discriminante e concorrente; (4) caracterizar as diferenças entre grupos, consoante o sexo, categoria profissional, religião e formação na área de suicidologia no CCCS-18.

4. Método

4.1. Participantes

No presente estudo participaram 278 profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) funcionários dos seguintes serviços de saúde: Psiquiatria; Cuidados Intensivos; Urgência Geral/Cuidados Intermédios; Urgência de Pediatria; Medicina Interna; Cirurgia Geral; Ortopedia/Neurocirurgia; Oncologia e Bloco Operatório.

Os participantes da amostra tinham idades compreendidas entre os 22 e os 67 anos, ($M= 38.8$; $DP= 11.63$). Em relação ao sexo dos participantes, 175 (62.9%) eram do sexo feminino e 103 (37.1%) do sexo masculino.

4.2. Instrumentos

4.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico

O Questionário Sociodemográfico e Clínico consiste num questionário de autorrelato composto por 22 questões. Teve como propósito descrever os participantes no que concerne ao sexo, idade, religião, habilitações literárias, estado civil, história pessoal e familiar de tentativas de suicídio e presença de diagnóstico de doença mental. Recolheram-se ainda informações como o grupo profissional, local e serviço onde trabalha, experiência profissional e experiência no serviço em que trabalha atualmente, experiência no atendimento a pacientes suicidas e formação na área de suicidologia.

4.2.2. Questionário de Crenças Atitudinais face ao Suicídio (CCCS-18) (Hernández et al., 2005)

O *Cuestionario de Creencias Actitudinales sobre el Comportamiento Suicida (CCCS-18)* é um instrumento composto por 18 itens avaliados numa escala de Likert de 7 pontos, de 1 (*Totalmente em desacordo*) a 7 (*Totalmente de acordo*). O instrumento avalia as atitudes e crenças face ao comportamento suicida na população em geral ($\alpha = .87$) através de 4 fatores: *Legitimidade do Suicídio* ($\alpha = .84$), *Suicídio em Pacientes Terminais* ($\alpha = .82$), *Dimensão Moral do Suicídio* ($\alpha = .78$), *O suicídio em si* ($\alpha = .73$) (Hernández et al., 2005). Anteriormente à análise estatística dos dados recolhidos procedeu-se à inversão das pontuações obtidas nos itens de pontuação inversa (itens 3, 7, 9, 12 e 16).

4.2.3. Escala de Literacia sobre o Suicídio – versão curta (LOSS-SF) (Calear et al., 2021)

A *Literacy of Suicide Scale (LOSS)*, em adaptação para a população portuguesa, é uma escala de 12 itens, cada um respondido numa escala de 3 pontos ("Verdadeiro", "Falso" e "Não sabe"). A LOSS tem como objetivo avaliar a literacia em relação ao suicídio através de 4 fatores: Sinais e Sintomas; Causas/Natureza do suicídio; Fatores de risco; Tratamento e Prevenção. As respostas corretas têm uma pontuação de 1 e as incorretas ou "Não Sabe" têm uma pontuação igual a 0, as pontuações finais da escala são calculadas somando as pontuações dos itens, a um valor mais elevado corresponde um maior nível de literacia.

4.2.4. Questionário de Atitudes face ao Suicídio (ATTS) (Renberg & Jacobsson, 2003)

O Questionário Attitudes Towards Suicide (ATTS) é composto por 37 itens avaliados numa escala de *Likert* de 5 pontos, desde 1 (*Concordo Fortemente*) a 5 (*Discordo Fortemente*). A ATTS avalia as atitudes em relação ao suicídio na população em geral ($\alpha = .51$) através de 10 fatores: O suicídio como um direito ($\alpha = .86$); Incompreensão ($\alpha = .72$); Não comunicação ($\alpha = .64$); Prevenção ($\alpha = .63$); Tabu ($\alpha = .45$); Normalidade ($\alpha = .51$); Processo de suicídio ($\alpha = .51$); Relação/Causa ($\alpha = .45$); Preparação para prevenir ($\alpha = .38$); Resignação ($\alpha = .54$). A ATTS encontra-se adaptada para a população portuguesa ($\alpha = .65$), esta versão foi a utilizada no presente estudo. A ATTS versão portuguesa (Soares, 2018) é composta por 25 itens organizados em 10 fatores: Suicídio como um direito ($\alpha = .83$); Incompreensão ($\alpha = .64$); Não comunicação ($\alpha = .65$); Prevenção ($\alpha = .58$); Tabu ($\alpha = .62$); Normalidade ($\alpha = .45$); Processo de suicídio ($\alpha = .22$); Relação/Causa ($\alpha = .45$); ²Preparação para prevenir ($\alpha = -.05$); Resignação ($\alpha = .56$).

² A autora refere que o fator *Preparação para Prevenir* não contribui para a consistência interna do instrumento, apresentando um valor negativo de $-.05$. Porém, a exclusão deste fator, composto pelo item 9, não contribui para melhorias significativas na consistência do instrumento, tendo-se optado por manter o item.

4.3. Procedimento de Recolha de Dados

O presente estudo incluiu uma amostra de participantes recolhida em 2019 no âmbito de um projeto de investigação mais amplo (Soares, 2018). Inicialmente foi solicitada a autorização aos autores do CCCS-18 (Hernández et al., 2005) para utilizar o instrumento. Em seguida foi concretizado o procedimento de tradução-retroversão do instrumento original para a língua portuguesa, com base nas indicações presentes na literatura (Hill & Hill, 2008). A tradução foi realizada por dois tradutores independentes, e em seguida foi criada uma versão de consenso que foi analisada por um conjunto de peritos nos construtos avaliados pelo instrumento. Seguidamente foi efetuada uma retroversão por um tradutor independente que foi comparada com a versão original e onde se fizeram os ajustes necessários. Todo este processo procurou garantir a equivalência semântica do conteúdo dos itens originais na versão portuguesa do instrumento.

Anteriormente à aplicação dos questionários foram submetidos vários pedidos de autorização, nomeadamente um pedido de autorização ao Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Algarve (ARS) para realizar um trabalho de investigação, simultaneamente, um pedido de parecer à Comissão de Ética da ARS do Algarve, com o processo número: #02/2019, e um pedido de autorização ao Conselho de Administração do CHUA.

Após o preenchimento do consentimento informado por todos os participantes, a recolha de dados foi realizada através de um questionário de autorrelato disponibilizado em formato papel. Os questionários foram entregues a cada participante no seu local de trabalho e nos locais com maior probabilidade de contactar com atos suicidas. Após o preenchimento do questionário o participante entregava o mesmo num envelope fechado ao chefe de serviço, de modo a assegurar o anonimato e confidencialidade.

4.4. Procedimento de Tratamento de Dados

Os dados recolhidos foram analisados através da versão 26 do *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (versão 26) para IOS, para calcular as magnitudes do efeito obtidas através do d de Cohen foi utilizado o site “<https://www.socscistatistics.com/effectsize/default3.aspx>”. Por fim, a análise fatorial

confirmatória foi realizada através do *Software Analysis of Moment Structures* (AMOS) (versão 28).

Primeiramente foi necessário tratar os valores omissos, substituindo-os pelo valor médio de respostas obtido em cada um dos itens, através do SPSS. Em relação à amostra, com o objetivo de realizar a sua caracterização, foram realizados os cálculos da medida de tendência central (média) e medida de dispersão (desvio-padrão) em relação ao sexo, idade, categorial profissional, serviço onde trabalha, experiência no cuidado a pacientes suicidas.

Seguidamente, a análise estatística do instrumento consistiu no estudo das propriedades psicométricas dos itens do CCCS-18 e das respectivas subescalas: medidas de tendência central (média), medidas de dispersão (amplitude e desvio-padrão), medidas de distribuição (assimetria e curtose) e medidas de precisão (consistência interna calculada através do alfa de Cronbach).

A AFC foi concretizada para aferir o ajustamento dos dados obtidos na análise anterior, para este fim recorreram-se aos seguintes índices: Teste de ajustamento de qui-quadrado (χ^2), Graus de liberdade (*gl*), Índice de ajustamento comparativo (*Comparative Fit Index*, CFI), Índice de bondade do ajustamento (*Goodness of Fit Index*, GFI), Raiz da média quadrática do erro de aproximação (*Root Mean Square Error of Approximation*, RMSEA); Índice Tucker-Lewis (*Tucker-Lewis Index*, TLI), Índice de ajustamento normalizado de parcimónia (*Parsimonious Normed Fit Index*, PNFI), Raiz da média quadrática residual (*Standardized Root Mean Square Residual*, SRMR), Índice esperado de validação cruzada (*Expected Cross-validation Index*, ECVI), Critério de informação de Akaike (*Akaike Information Criterion*, AIC) e o intervalo de confiança.

A interpretação dos índices resultantes da AFC realizou-se com base nos critérios estabelecidos na literatura. O ajustamento de um modelo aos dados considerou-se adequado quando o valor entre a razão do qui-quadrado (χ^2) e os graus de liberdade (*gl*) esteja entre 1 e 2; valores de RMSEA entre .05 e .10 (ajustamento bom) e iguais ou menores que .05 (ajustamento muito bom); os valores de CFI, GFI e TLI iguais ou superiores a .9; valores de SRMR inferiores a 1; valores entre .05 e .09 para o PNFI; quando dois modelos forem comparados, aquele que apresentar menor ECVI e AIC revela

maior adequação (Kline, 2016; Mulaik et al., 1989). Após a AFC realizou-se o estudo das comunalidades e da variância explicada total (João Marôco, 2021) do instrumento.

O estudo da fiabilidade do CCCS-18 realizou-se através da análise da consistência interna, recorrendo ao alfa de Cronbach, considerando-se satisfatório a partir de .7 (Kline, 2016; Pestana & Gageiro, 2005). Também se estudaram as validades, nomeadamente a validade convergente, através do índice da Variância Extraída Média (VEM), a validade discriminante pela Variância Média Partilhada (r^2) e, por fim, a validade concorrente, obtida pelo coeficiente de correlação de Pearson entre o CCCS-18 e a ATTS e a LOSS.

Foi realizado o teste *t* de *Student* para amostras independentes com vista a analisar e interpretar as diferenças entre grupos em função do sexo, categoria profissional e religião. Por fim, de forma a explorar e analisar as diferenças em função da formação na área da suicidologia foi realizado o teste *Mann-Whitney* para amostras independentes.

5. Resultados

5.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

A amostra do presente estudo foi composta por 278 profissionais de saúde, 163 enfermeiros (58.6%) e 115 médicos (41.4%). Entre os participantes 175 eram mulheres (62.9%) e 103 homens (37.1%), com idades compreendidas entre os 22 e os 67 anos ($M=38.8$; $DP= 11.63$) (Tabela 2). Todos eram funcionários dos vários serviços do CHUA, nomeadamente, 12.2% na Psiquiatria, 9.0% nos Cuidados Intensivos, 16.5% na Urgência Geral/Cuidados Intermédios, 7.9% na Urgência de Pediatria, na Medicina Interna 15.5%, 12.6% na Cirurgia Geral, 6.1% na Ortopedia/Neurocirurgia, 8.3% na Oncologia e 11.9% no Bloco Operatório.

Relativamente a tentativas de suicídio, a maioria dos participantes referiu não ter história própria (97.8%) nem história familiar (85.3%). Em relação a crenças religiosas, a maioria afirmou ser não praticante (77%). Do total da amostra, 63.3% prestaram atendimento a pacientes suicidas, tendo 62.2% atendido um número de pacientes inferior ou igual a 10, 20.9% entre 11 e 50, 8.6% entre 51 e 100 e 8.3% um número superior ou igual a 101. Apenas 5.8% da amostra recebeu formação na área da suicidologia.

Tabela 2

Dados Sociodemográficos dos Participantes

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Md</i>	<i>Mín- Máx</i>
Idade				
Homens	41.22	11.59	40.00	25-66
Mulheres	37.50	11.47	33.00	22-67
	<i>N</i>	<i>%</i>		
Sexo				
Feminino	175	62.9		
Masculino	103	37.1		
Categoria Profissional				
Enfermeiro	163	58.6		
Médico	115	41.4		

Serviço onde trabalha		
Psiquiatria	34	12.2
Cuidados Intensivos	25	9.0
Urgência Geral/Cuidados Intermedios	46	16.5
Urgência de Pediatria	22	7.9
Medicina Interna	43	15.5
Cirurgia Geral	35	12.6
Ortopedia/Neurocirurgia	17	6.1
Oncologia	23	8.3
Bloco Operatório	33	11.9
Formação na área da Suicidologia		
Sim	16	5.8
Não	262	94.2
Experiência no cuidado a pacientes suicidas		
Sim	176	63.3
Não	102	36.7
História pessoal de tentativa de suicídio		
Sim	6	2.2
Não	272	97.8
História familiar de tentativa de suicídio		
Sim	41	14.7
Não	237	85.3
Religião		
Praticante	64	23
Não Praticante	214	77

Nota. *N* = 278; *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *Md* = Mediana; *Mín* – *Máx* = Mínimo e Máximo.

5.2. Análise Descritiva do CCCS-18

Na tabela seguinte (Tabela 3) encontram-se as estatísticas descritivas do instrumento, nomeadamente, as medidas de tendência central (média), dispersão (desvio-padrão) e distribuição (assimetria e curtose) de cada item.

Tabela 3*Descrição Estatística dos Itens do CCCS-18*

Item	M	DP	A	C
1. Aceitaria certas formas de suicídio (e.g., overdose de comprimidos).	2.63	1.69	.85	-.13
2. Deveria permitir-se o suicídio de uma forma digna às pessoas com doenças incuráveis.	4.72	2.03	-.64	-.84
3. O suicídio vai contra a moral.	3.22	1.76	.33	-.83
4. Era possível suicidar-me se estivesse numa situação extrema.	3.65	1.87	.09	-1.08
5. Se alguém quiser suicidar-se é assunto seu e não devemos intervir.	1.82	1.27	2.24	5.49
6. O suicídio é um meio aceitável de querer terminar com uma doença incurável.	3.88	1.92	-.06	-1.15
7. O suicídio é um ato imoral.	2.80	1.74	.69	-.50
8. O suicídio é uma forma legítima de morrer.	3.35	1.82	.30	-.96
9. Em circunstância alguma me suicidaria.	3.92	1.85	.05	-.98
10. Aceitaria o suicídio em idosos.	2.60	1.57	.78	-.07
11. É compreensível ajudar um doente terminal a suicidar-se.	4.09	1.93	-.34	-1.13
12. Os suicidas são pessoas que vão contra a sociedade.	3.92	1.85	.05	-.98
13. Se me sentisse muito só e deprimido tentaria o suicídio.	2.41	1.46	1.02	.54
14. Deveria haver clínicas para que os suicidas pudessem acabar com a vida de forma privada e com menos sofrimento.	2.89	1.87	.64	-.71
15. Aceitaria o suicídio em pessoas que têm pouco tempo de vida.	3.68	1.86	-.07	-1.16
16. Deveria proibir-se o suicídio porque é homicídio.	2.63	1.69	-.85	-.13
17. Algumas vezes, o suicídio é a única saída face aos problemas da vida.	2.59	1.57	.83	-.20
18. Numa sociedade ideal o suicídio seria uma coisa normal.	2.15	1.39	1.26	1.21

Nota. $N = 278$; M = Média; DP = Desvio-padrão; A = Assimetria; C = Curtose.

As médias obtidas pelos participantes variam entre o valor mínimo de 1.82 ($DP = 1.27$) que corresponde ao item 5 e o valor máximo de 4.72 ($DP = 2.03$) no item 2. Os valores médios, em geral, apresentaram valores baixos o que indica que existe uma atitude

desfavorável para com o suicídio. Todos os itens apresentaram valores de desvio-padrão superiores à unidade, o que indica a presença de alguma dispersão dos resultados face à média (J Marôco, 2003; Pestana & Gageiro, 2005).

Relativamente à distribuição, a generalidade dos itens apresentou uma distribuição simétrica, apenas os itens 5 ($A = 2.24$), 13 ($A = 1.02$) e 18 ($A = 1.26$) apresentaram distribuições assimétricas positivas. Nos coeficientes de curtose, a maioria dos itens teve uma distribuição mesocúrtica, exceto os itens 5 e 18 que tiveram distribuição leptocúrtica e os itens 4, 6, 11, 15 que demonstraram uma distribuição platocúrtica. Apesar de alguns itens apresentarem coeficientes de distribuição superiores a 1, o que é considerado problemático, porém não preenchem os critérios para serem considerados desvios severos da normalidade (coeficientes de assimetria superiores a 3 e coeficientes de curtose superiores a 10) (Kline, 2016), o que permite considerar a distribuição bastante próxima da normal.

5.3. Análise da Estrutura Interna

5.3.1. Análise Fatorial Confirmatória (AFC)

Na Tabela 4 encontram-se os índices de ajustamento para cada um dos quatro modelos testados com a amostra em estudo.

Tabela 4

Índices de Ajustamento para os Modelos Testados

Modelo	χ^2	gl	χ^2/gl	RMSEA (IC)								90% CI	
				95%	SRMR	GFI	TLI	CFI	PNFI	ECVI	AIC	LL	UL
Modelo original de 4 fatores (Hernández et al., 2005)	261.05	122	2.14	.07	.07	.90	.91	.93	.69	1.53	395.05	.06	.08
Modelo Trifatorial (Desuque et al., 2011)	281.72	123	2.29	.07	.07	.89	.89	.92	.69	1.60	413.72	.06	.08
Modelo Trifatorial (Villacieros et al., 2016)	226.15	116	1.95	.06	.07	.92	.92	.94	.67	1.44	372.15	.05	.07
Modelo Unifatorial	113.61	99	1.15	.02	.04	.95	.99	.99	.61	1.13	293.61	.00	.04

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

A primeira análise realizada foi com o modelo original (Hernández et al., 2005), composto por 4 fatores e 18 itens. Na razão do qui-quadrado (χ^2) e os graus de liberdade (gl), esta solução fatorial apresenta um valor superior ao adequado (entre 1 e 2). O valor do RMSEA (entre .05 e .10), o CFI, GFI e TLI (superiores a .9) estão dentro do adequado, tal como o SRMR e o PNFI.

A segunda análise realizou-se com o modelo trifatorial proposto por Desuque et al. (2011). Este modelo apresentou, também, o valor de χ^2/gl superior ao estabelecido na literatura ($\chi^2/gl = 2.29$). Relativamente ao RSMEA (RMSEA = .07) e ao CFI (CFI = .92) o modelo apresentou valores adequados, porém o mesmo não aconteceu nos índices GFI e TLI que foram inferiores a .9 (GFI = .89; TLI = .89), os valores de SRMR e PNFI consideraram-se ajustados. Por fim, este modelo apresenta os valores mais elevados de ECVI e AIC quando comparado com os restantes modelos em análise.

Em terceiro lugar analisou-se o modelo trifatorial de Villacieros et al. (2016). Este modelo, contrariamente aos anteriores, apresenta um valor adequado no quociente entre χ^2 e gl ($\chi^2/gl = 1.95$), bem como no RMSEA. Os índices CFI, GFI e TLI encontram-se superiores a .9, revelando um bom ajustamento, tal como os valores de SRMR e PNFI que também se revelam adequados. Por fim, os índices de ECVI e AIC deste modelo são os que apresentam os valores mais reduzidos, quando comparados com os dois modelos anteriores, revelando maior estabilidade.

Por fim foi analisado o modelo unifatorial, sendo esta a solução fatorial que apresentou os índices de ajustamento mais satisfatórios, porém, estes resultados são explicados pela não divisão dos itens em fatores. Devido a ter sido encontrada uma solução trifatorial com resultados bastante satisfatórios, que já havia sido encontrada por Villacieros et al. (2016), optou-se por utilizar este modelo, sendo é o que melhor se ajusta à presente amostra.

A estrutura final do CCCS-18 compreende assim 3 fatores e 18 itens. O fator 1, *Legitimidade do suicídio e Suicídio nos pacientes terminais* composto por 10 itens (1, 2, 5, 6, 8, 10, 11, 14, 15 e 18), o fator 2, *Dimensão Moral do suicídio*, composto por 4 itens (3, 7, 12 e 16) e o fator 3, *Suicídio próprio* composto também por 4 itens (4, 9, 13 e 17).

Tabela 5*Tabela das Comunalidades e Variância Explicada Total em percentagem*

Fatores	h^2	Variância
		Explicada Total (%)
F1: Legitimidade do Suicídio e Suicídio nos Pacientes Terminais (LS)	.81	
F2: Dimensão Moral do Suicídio (DM)	.93	
F3: Suicídio próprio (S)	.86	
Variância Explicada Total (%)		87.01%

Nota. $N= 278$; $h^2=$ Comunalidades.

Através da Tabela 5 é possível observar que relativamente à variância, a solução trifatorial explica 87.01% da variabilidade dos dados, o que se considera bastante satisfatório, visto que o mínimo preconizado na literatura é de 50%. As comunalidades dos fatores 1 e 3 estão dentro do estabelecido (.30) (J Marôco, 2003; Pestana & Gageiro, 2005), apenas o fator 2 se encontra abaixo.

Tabela 6*Correlações (r) entre os Fatores do CCCS-18*

Subescalas	r		
	LS	DM	S
F1: Legitimidade do Suicídio e Suicídio nos Pacientes Terminais (LS)	-		
F2: Dimensão Moral do Suicídio (DM)	-.32**	-	
F3: Suicídio Próprio (S)	.49**	.05	-

Nota. $N= 278$; F1= Fator 1; F2 = Fator 2; F3 = Fator 3; $r =$ Coeficiente de Correlação de Pearson, * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Através dos resultados obtidos na Tabela 6 podemos observar que apenas o fator LS é o único que se correlaciona com todos os outros (DM e S), sendo uma correlação moderada ($p < .01$). A correlação mais elevada ($r = .49$) encontra-se entre os fatores *Legitimidade do Suicídio e Suicídio nos pacientes terminais* e *Suicídio próprio*, a correlação mais baixa ($r = -.32$) está

entre o fator *Legitimidade do Suicídio e Suicídio nos Pacientes Terminais* e *Dimensão moral do suicídio*.

5.3.2. Análise da Fiabilidade

a) Análise da Consistência Interna

A consistência interna de um instrumento é analisada através do coeficiente alfa de Cronbach, este mede o grau em que as respostas são consistentes entre os itens de uma medida (Kline, 2016; Pestana & Gageiro, 2005). De forma a analisar a consistência interna do instrumento, foi realizado o cálculo do alfa de Cronbach para a escala total e para cada um dos fatores obtidos na AFC (Tabela 7).

Tabela 7

Consistência Interna (Alfa de Cronbach) das Subescalas e do Total do CCCS-18

	Versão portuguesa (N = 278)
Subescalas e CCCS-18 Total	
CCCS-18 Total	.87
F1: Legitimidade do suicídio e suicídio em pacientes terminais	.89
F2: Dimensão moral do suicídio	.73
F3: Suicídio próprio	.61

Nota. N= 278; Fator 1; F2 = Fator 2; F3 = Fator 3.

Na versão portuguesa do CCCS-18 a escala total obteve um valor de alfa de .87, que indica uma boa consistência interna ($\alpha < .70$). Em relação aos fatores, o fator 1 obteve o alfa mais satisfatório ($\alpha = .89$), o fator 2 obteve um alfa de .73 e o fator 3 apresentou o alfa mais reduzido ($\alpha = .61$), tal como na versão original do instrumento (Hernández et al., 2005) (Tabela 7).

5.3.3. Análise da Validade

a) Validade Convergente

A validade convergente de um instrumento compreende a coesão dos itens que constituem um fator, existindo validade convergente quando os itens saturam no fator a que pertencem e não noutro. Para analisar a validade convergente do CCCS-18 calculou-se o índice de Variância Extraída Média (VEM) (Tabela 8) de forma a estimar o grau em que a variância dos itens de um fator é explicada por ele próprio (Fornell & Larcker, 1981).

Tabela 8
Variância Extraída Média (VEM) do CCCS-18

Subescalas	VEM
F1: Legitimidade do Suicídio e Suicídio nos Pacientes Terminais (LS)	.51
F2: Dimensão Moral do Suicídio (DM)	.48
F3: Suicídio próprio (S)	.64

Nota. N = 278; Fator 1; F2 = Fator 2; F3 = Fator 3; VEM = Variância Extraída Média.

Os resultados obtidos permitem concluir que os fatores *Legitimidade do Suicídio e Suicídio nos Pacientes Terminais* (VEM = .51) e *Suicídio Próprio* (VEM = .64) apresentam, ambos, valores satisfatórios, o que indica que o conjunto de itens que os constituem refletem-nos de forma exata (Tabela 8). O fator *Dimensão Moral do Suicídio* (VEM = .48) embora não apresente um valor superior ao valor estabelecido (.5) (Fornell & Larcker, 1981) encontra-se bastante perto, o que permite afirmar que o CCCS-18 apresenta uma validade convergente satisfatória, ou seja, a variação das respostas aos itens parece ser explicada pelos respetivos fatores.

b) Validade Discriminante

A validade discriminante refere o grau em que os itens de um fator se correlacionam o próprio e não com outro fator existente. A validade discriminante de um instrumento é garantida quando a VEM de cada um dos fatores é superior à variância partilhada entre os mesmos, ou seja, o quadrado das correlações entre os fatores (Fornell & Larcker, 1981). De forma a analisar

a validade discriminante calculou-se a variância partilhada entre os fatores, através do cálculo do quadrado da correlação entre eles, do CCCS-18 (Tabela 9).

Tabela 9
Variância Partilhada (r^2) entre os fatores do CCCS-18

Subescalas	r^2		
	LS	DM	S
F1: Legitimidade do Suicídio e Suicídio nos Pacientes Terminais (LS)	-		
F2: Dimensão Moral do Suicídio (DM)	.05	-	
F3: Suicídio próprio (S)	.27	.04	-

Nota. N = 278; Fator 1; F2 = Fator 2; F3 = Fator 3.

Como é possível observar na Tabela 9, a variância partilhada pelos fatores foi inferior à variância extraída média de cada fator, o que confirma a existência de validade discriminante, ou seja, o CCCS-18 permite diferenciar de forma clara as diferentes subescalas que o constituem.

c) Validade Concorrente

O estudo da validade concorrente foi realizado através da análise dos coeficientes de correlação de Pearson entre o instrumento total e as suas subescalas, a Escala de Literacia sobre o Suicídio (LOSS) e o Questionário de Atitudes face ao Suicídio (ATTS), como é possível observar na Tabela 10.

Tabela 10
Correlação entre o CCCS-18 (Total e Subescalas), a LOSS e o ATTS

Subescalas	LOSS	ATTS
CCCS-18 Total	-.04	-.45**
F1: Legitimidade do Suicídio e Suicídio nos Pacientes Terminais (LS)	-.02	-.43**
F2: Dimensão Moral do Suicídio (DM)	-.04	.00

F3: Suicídio próprio (S)

-.01

-.28**

Nota. N= 278; LS = LS = legitimidade do suicídio e suicídio em pacientes terminais; DM = Dimensão moral do suicídio; S = Próprio suicídio; CCCS-18 = valor total do questionário de Crenças Atitudinais face ao Suicídio; LOSS = Escala de Literacia sobre o Suicídio; ATTS = Questionário de Atitudes face ao Suicídio. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Face ao observado na Tabela 10, foram obtidos coeficientes de correlação negativos e moderados entre as crenças atitudinais (CCCS-18) e as atitudes face ao suicídio (ATTS) na escala total e em todos os fatores exceto no fator *Dimensão Moral do Suicídio*, em que a correlação é não significativa.

Embora as correlações entre as crenças atitudinais (CCCS-18) e a literacia sobre o suicídio (LOSS) sejam negativas, como seria expectável de acordo com a literatura, não são significativas do ponto de vista estatístico.

5.3.4. Diferenças no CCCS-18 em função do sexo

Com o objetivo de analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias do CCCS-18 em função do sexo utilizou-se o teste *t* de *Student* para amostras independentes. Na tabela 11 encontram-se os resultados obtidos nesta análise, nomeadamente, valores médios, desvios-padrão, *d* de Cohen, teste *t* e nível de significância para a amostra total e para ambos os sexos.

Tabela 11

Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e teste t de Student em função do sexo

	Amostra		Sexo		Sexo		<i>d de</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	total		feminino		masculino				
	(N=278)		(n=175)		(n=103)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Cohen</i>		
CCCS-18	3.16	.78	3.14	.78	3.18	.78	.05	-.42	.672
Total									
LS	3.18	1.25	3.18	1.23	3.18	1.28	0	-.01	.995
DM	3.11	1.21	3.07	1.17	3.18	1.26	.09	-.77	.441

S	3.14	.87	3.12	.83	3.18	.93	.07	-.61	.540
----------	------	-----	------	-----	------	-----	-----	------	------

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *t* = Teste *t* de Student para amostras independentes; LS = Legitimidade do Suicídio e Suicídio em Pacientes Terminais; DM = Dimensão Moral do Suicídio; S = Suicídio próprio; CCCS-18 total = valor total do questionário de Crenças Atitudinais face ao Suicídio.

Através da análise dos resultados obtidos na Tabela 11 é possível afirmar que não existem diferenças significativas entre os sexos nas subescalas do CCCS-18, nem no seu valor total ($t(276) = -.42, p = .672$). A média para os participantes do sexo feminino foi de $M = 3.14$ ($DP = .78$), e para o sexo masculino $M = 3.18$ ($DP = .78$). A magnitude das diferenças na escala total e nas três subescalas foi muito reduzida (d de Cohen $< .20$) (Cohen, 1998).

5.3.5. Diferenças no CCCS-18 em função da categoria profissional

De forma a explorar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias do CCCS-18 em função da categoria profissional dos sujeitos foi realizado o teste *t* de Student para amostras independentes (Tabela 12).

Tabela 12

Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e teste t de Student em função da categoria profissional

	Amostra		Enfermeiros		Médicos		<i>d de Cohen</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	total	(<i>N</i> =278)	(<i>n</i> =163)	(<i>n</i> =115)	<i>M</i>	<i>DP</i>			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
CCCS-18	3.16	.78	3.19	.76	3.10	.81	.11	.98	.328
Total									
LS	3.18	1.25	3.23	1.18	3.11	1.34	.10	.74	.461
DM	3.11	1.21	3.18	1.16	3	1.37	.15	1.25	.213
S	3.14	.87	3.12	.84	3.17	.92	.06	-.42	.672

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *t* = Teste *t* de Student para amostras independentes; LS = Legitimidade do Suicídio e Suicídio em Pacientes Terminais; DM = Dimensão Moral do Suicídio; S = Suicídio próprio; CCCS-18 total = valor total do questionário de Crenças Atitudinais face ao Suicídio.

De acordo com os dados obtidos no teste *t* de Student (Tabela 12), não foram encontradas diferenças significativas entre as categorias profissionais quer no total, quer nas subescalas do CCCS-18 ($t(276) = .98, p = .328$). No entanto, os enfermeiros obtiveram valores médios mais elevados $M = 3.19 (DP = .76)$ que os médicos $M = 3.10 (DP = .81)$. A magnitude do efeito foi bastante reduzida (d de Cohen $< .20$) (Cohen, 1998).

5.3.6. Diferenças no CCCS-18 em função da religião

A análise da presença de diferenças significativas entre as médias do CCCS-18 em função da religião foi realizada através do teste *t* de Student para amostras independentes (Tabela 13).

Tabela 13

Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e teste t de Student em função da religião

	Amostra total (N=278)		Praticantes (n=64)		Não praticantes (n=214)		<i>d de Cohen</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
CCCS-18	3.16	.78	3.02	.79	3.20	.77	.23	-1.62	.106
Total									
LS	3.18	1.25	2.79	1.19	3.30	1.24	.42	-2.93	.004
DM	3.11	1.21	3.56	1.26	2.97	1.16	.49	3.50	.001
S	3.14	.87	3.05	.87	3.17	.87	.14	-.92	.359

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *t* = Teste *t* de Student para amostras independentes; LS = Legitimidade do Suicídio e Suicídio em Pacientes Terminais; DM = Dimensão Moral do Suicídio; S = Suicídio próprio; CCCS-18 total = valor total do questionário de Crenças Atitudinais face ao Suicídio.

A análise da Tabela 13 permite afirmar que existem diferenças significativas em função de ser ou não praticante de uma religião. As diferenças significativas encontram-se no fator *Legitimidade do Suicídio e Suicídio em Pacientes Terminais* e no fator *Dimensão Moral do Suicídio*. Os não praticantes atribuem uma maior legitimidade ao suicídio e ao suicídio em pacientes terminais, já os não praticantes atribuem uma maior moralidade ao comportamento

suicidário. A magnitude das diferenças foi muito reduzida no fator 3 (d de Cohen $<.20$) e reduzida na escala total e nos fatores 1 e 2 (d de Cohen $>.20$), embora no fator 2 esteja bastante próxima do efeito moderado (Cohen, 1998).

5.3.7. Diferenças no CCCS-18 em função da formação na área de Suicidologia

Para explorar e interpretar a presença de diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias do instrumento (CCCS-18) em função da formação na área de Suicidologia foi utilizado o teste U de *Mann-Whitney* para amostras independentes (Tabela 14).

Tabela 14

Médias, Desvios-Padrão, Teste U de Mann-Whitney em função da formação na área de Suicidologia

	Amostra total ($N=278$)		Recebeu formação ($n = 16$)		Não recebeu formação ($n = 262$)		r de Cohen	U	p
	M	DP	M	DP	M	DP			
CCCS-18 Total	3.16	.78	2.76	.69	3.18	.78	.14	1392	.024
LS	3.18	1.25	2.48	1.11	3.22	1.24	.14	1364	.019
DM	3.11	1.21	3.11	1.09	3.11	1.21	0	2079	.958
S	3.14	.87	3.11	1.20	3.14	.85	.04	1995.50	.749

Nota. M = Média; DP = Desvio-padrão; U = Teste t de *Mann-Whitney* para amostras independentes; LS = Legitimidade do Suicídio e Suicídio em Pacientes Terminais; DM = Dimensão Moral do Suicídio; S = Suicídio próprio; *CCCS-18 total* = valor total do questionário de Crenças Atitudinais face ao Suicídio.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 14 existem diferenças significativas em função de ter e não ter formação na área de suicidologia. As diferenças significativas encontram-se na escala total e no fator *Legitimidade do suicídio e suicídio em pacientes terminais*, tendo os participantes com formação obtido médias mais baixas comparativamente aos sem formação na área de suicidologia. Estes resultados corroboram a literatura existente,

uma vez que permitem afirmar que os profissionais com formação consideram o suicídio menos legítimo e têm crenças menos favoráveis em relação ao mesmo.

A magnitude do efeito para teste não paramétricos foi fraca na escala total e no fator *Legitimidade do suicídio e suicídio em pacientes terminais*, e nula no fator *Dimensão moral do suicídio e Suicídio próprio* (Cohen, 1998).

6. Discussão

O objetivo da presente investigação consistiu em analisar as características psicométricas da versão portuguesa do Inventário de Crenças Atitudinais sobre o Comportamento Suicida (*Inventário Creencias Actitudinales sobre el Comportamento Suicida* – CCCS-18) de Hernández et al. (2005), numa amostra de profissionais de saúde.

Como descrito anteriormente, para além da versão original, existem duas validações do presente instrumento (Desuque et al., 2011; Villaceros et al., 2016), ambas no idioma original, validadas em amostras não clínicas de adolescentes e adultos, com soluções fatoriais distintas entre si, e da versão original. Considerou-se apropriado realizar uma adaptação do CCCS-18 à população portuguesa com profissionais de saúde, esta amostra é de elevada relevância pelo contacto emergente e privilegiado que tem com o suicídio no exercício das suas funções e, também, por não ter sido estudada anteriormente.

Inicialmente foi realizada a caracterização sociodemográfica da amostra ($N = 278$) em relação à idade, sexo, categoria profissional, serviço onde trabalha, história própria e/ou familiar de tentativas de suicídio, crenças religiosas, prestação de cuidado/atendimento a pacientes suicidas e formação na área da suicidologia.

Em seguida foram analisadas as estatísticas descritivas do instrumento, nomeadamente, medidas de tendência central (média), dispersão (desvio-padrão) e distribuição (assimetria e curtose) de cada item.

Os valores da média situaram-se entre 1.82 (DP = 1.27) e 4.72 (DP = 2.03), correspondendo ao item 5 e 2, respetivamente. As médias obtidas pelos participantes foram, em geral, baixas o que indica uma atitude desfavorável em relação ao suicídio, em detrimento de uma atitude de aprovação do mesmo. Os valores médios mais elevados, que refletem uma maior aceitação desta conduta, encontram-se nos itens que mencionam o suicídio como legítimo nas doenças terminais. Estes resultados podem explicar-se através da literatura. O desejo de morrer e o risco de suicídio são bastante comuns nos pacientes com doenças terminais e algo que muitas vezes os próprios comunicam aos profissionais de saúde (Diaz-Frutos et al., 2015; Kremeike et al., 2021). Os profissionais de saúde assistem à dor e sofrimento inerentes aos cuidados paliativos, o que os pode levar a aceitar o suicídio como legítimo nestas situações, tendo por

base o propósito de alívio do sofrimento e da dor, que está inerente às funções dos profissionais de saúde (Sprung et al., 2018).

Os valores de desvios-padrão foram todos superiores à unidade, indicando a presença de alguma dispersão dos resultados face à média (J Marôco, 2003; Pestana & Gageiro, 2005).

Relativamente à assimetria, a generalidade dos itens apresentou uma distribuição simétrica. Apenas 3 itens, dos 18, se consideraram assimétricos, os itens 5 ($A = 2.24$), 13 ($A = 1.02$) e 18 ($A = 1.26$) apresentaram distribuições assimétricas positivas, nos coeficientes de curtose a maioria dos itens tiveram distribuição mesocúrtica. Alguns itens manifestaram valores de assimetria e curtose superiores à unidade, porém nenhum terá sido superior a 3 na assimetria, nem superior a 10 na curtose (Kline, 2016). De acordo com a literatura, os valores obtidos não são considerados desvios severos da normalidade, levando a que a distribuição seja considerada bastante próxima da normal em vez de “severamente não normal”.

Com o objetivo de analisar a estrutura interna do instrumento foi realizada a análise fatorial confirmatória (AFC). Foram testados quatro modelos fatoriais, o modelo original, de quatro fatores, de Hernández et al. (2005), o trifatorial de Desuque et al. (2011) o trifatorial de Villacieros et al. (2016) e o modelo unifatorial. Após a análise com base na literatura (Kline, 2016; João Marôco, 2021; Mulaik et al., 1989) dos índices de ajustamento obtidos nos modelos testados, a solução trifatorial de Villacieros et al. (2016) foi a que apresentou um melhor ajustamento face à amostra em estudo, uma vez que todos os seus índices se revelaram adequados. Desta forma, a estrutura final do CCCS-18 compreende três fatores: Fator 1- *Legitimidade do suicídio e Suicídio nos pacientes terminais* (itens 1, 2, 5, 6, 8, 10, 11, 14, 15 e 18); Fator 2- *Dimensão Moral do suicídio* (itens 3, 7, 12 e 16); Fator 3- *Próprio Suicídio* (4, 9, 13 e 17), não tendo nenhum item sido eliminado.

Após encontrar a solução fatorial mais adequada foi realizada a análise da variância explicada, sendo que esta solução fatorial explica 87.01% da variância, o que é considerado bastante satisfatório.

A fiabilidade do CCCS-18 foi avaliado através do coeficiente alfa de Cronbach, tendo-se verificado uma consistência interna satisfatória da escala total ($\alpha = .87$), o mesmo valor de fiabilidade obtido no estudo original do instrumento (Hernández et al., 2005). Relativamente aos fatores, o fator *Legitimidade do suicídio e Suicídio nos pacientes terminais* ($\alpha = .89$) e o

fator *Dimensão Moral do Suicídio* ($\alpha = .73$) revelaram valores satisfatórios de consistência interna, o fator *Próprio Suicídio* ($\alpha = .61$) revelou uma consistência interna inferior, tal como no estudo original do instrumento (Hernández et al., 2005). Comparando os alfas de Cronbach dos fatores das versões, original (Hernández et al., 2005) e portuguesa, os valores da segunda foram mais baixos. No entanto, as duas versões apresentam soluções fatoriais distintas, a versão portuguesa apresenta três fatores em vez dos quatro que constam na versão original, visto que na versão portuguesa os fatores *Legitimidade do Suicídio* e *Suicídio em pacientes terminais* se agrupam.

Foram também exploradas e avaliadas as validades convergente, discriminante e concorrente do instrumento. A validade convergente, obtida pelo cálculo da Variância Extraída Média (*VEM*), permitiu concluir que os fatores *Legitimidade do Suicídio* e *Suicídio em pacientes terminais* apresentam valores satisfatórios ($>.5$) (Fornell & Larcker, 1981), o que significa que os itens que constituem estes fatores os refletem exatamente. O fator *Dimensão moral do suicídio* apresentou um valor inferior ao estabelecido, mas bastante próximo do mínimo preconizado na literatura (*VEM* = .48). Face ao exposto é possível afirmar que a validade convergente do instrumento é satisfatória.

Em relação à validade discriminante, é possível confirmar a sua presença, pois os resultados obtidos na variância partilhada entre os fatores foram sempre inferiores à *VEM*, enfatizando a diferenciação entre os fatores que compõem o CCCS-18.

A última validade estudada foi a validade concorrente, através da correlação do CCCS-18 com a LOSS e o ATTS (Tabela 10). O CCCS-18 obteve uma correlação negativa moderada com a ATTS na escala total e em todos os fatores exceto no fator *Dimensão Moral do Suicídio*. A correlação negativa entre os dois instrumentos que avaliam o mesmo construto, atitudes face ao suicídio, pode ser explicada pela ordem de opções da escala de *Likert* ser contrária em ambos os instrumentos. No CCCS-18, os fatores são avaliados numa escala de *Likert* de 1 (Totalmente em desacordo) a 7 (Totalmente de acordo), já o ATTS dispõe de uma escala de *Likert* de 5 pontos, de 1 (*Discordo Fortemente*) a 5 (*Concordo Fortemente*), revelando-se inversas.

Em relação ao LOSS, foram observadas correlações negativas com o CCCS-18, porém estas não são significativas do ponto de vista estatístico, contrariamente ao expectável. Estes resultados corroboram o que está preconizado na literatura, ou seja, quando a literacia na área do suicídio aumenta, os profissionais atribuem uma menor legitimidade e aceitação ao suicídio (*e.g.*, Ludwig et al., 2021; Santos et al., 2014; Vedana et al., 2017; Wei et al., 2015). Os resultados, mesmo não sendo significativos, indicam a necessidade de aumentar a literacia em saúde mental e no suicídio, com vista à diminuição de atitudes negativas e estigmatizantes face aos pacientes suicidas e assim melhorar a avaliação, referenciação e intervenção realizadas pelos profissionais de saúde.

A fim de analisar as diferenças das atitudes em função do sexo, categoria profissional, religião e formação na área da suicidologia foram realizados testes paramétricos (*t* de *Student*) e não paramétricos (*Mann-Whitney*).

Na comparação das atitudes em função do sexo dos participantes não foram observadas diferenças significativas (Tabela 11), o que é congruente com a literatura existente (Vanegas et al., 2018).

Relativamente às categorias profissionais, era expectável obter diferenças significativas, nomeadamente, atitudes de menor aceitação do suicídio por parte dos médicos, como indica a literatura (Díaz et al., 2021; Olibamoyo et al., 2020). No entanto, não foram encontradas diferenças significativas entre as categorias profissionais (Tabela 12). Embora não significativos, os resultados sugerem que os médicos manifestam uma atitude de menor aceitação do comportamento suicidário, visto que obtiveram valores médios menores que os enfermeiros na escala total do CCCS-18.

Em relação à religião foram encontradas diferenças significativas nas atitudes dos profissionais em função de ser ou não praticante (Tabela 13).

Os profissionais não praticantes atribuíram uma maior legitimidade ao suicídio, comparativamente aos praticantes, o que sugere que ser praticante de uma religião é um fator protetor do suicídio. Este resultado pode ser explicado pela influência da religião na perceção do significado da vida, como algo que é sagrado, e assim promova atitudes de menor tolerância face a um ato que lhe põe termo (Vasconcelos, 2020).

Na *Dimensão Moral*, os resultados obtidos revelam que os praticantes consideram o que o suicídio é uma conduta moral. Este resultado carece de maior investigação, uma vez que vai contra o expectável, visto que a precipitação da morte, na maioria das religiões, é algo desprovido de qualquer validade moral (Lessa, 2017).

Por fim, é de referir que no presente estudo não foi questionada qual a religião praticada nem a frequência da prática religiosa, o que impede de analisar os resultados de forma mais descritiva e entender detalhadamente qual o impacto da religião nas atitudes face ao suicídio. Estes resultados espelham a necessidade de realizar mais estudos que avaliem a religião em geral, e as várias religiões em particular, de modo a entender o seu impacto na conduta suicidária.

Na comparação entre os participantes com e sem formação observou-se a existência de diferenças significativas entre os dois grupos (Tabela 14).

Os participantes com formação na área de suicidologia demonstraram uma menor aceitação do suicídio em geral, bem como da legitimidade do suicídio e do suicídio em casos terminais. Estes resultados vão ao encontro do que se encontra preconizado na literatura, uma vez que as evidências sugerem que o aumento da alfabetização/literacia em saúde mental e suicídio está associada a uma redução das atitudes negativas e de estigma. É então possível concluir que maiores níveis de conhecimento possibilitam identificar precocemente casos de risco, compreender sinais e sintomas, melhorar as intervenções, cuidados prestados e os resultados obtidos e ainda reduzir as atitudes negativas e o estigma em relação a esta conduta (DGS, 2013; Grimholt et al., 2014; Karman et al., 2015; Kennedy et al., 2018; Ludwig et al., 2021; Rüsçh et al., 2011).

Face ao exposto, os resultados obtidos permitem concluir que a versão portuguesa do CCCS-18 apresenta boas características psicométricas, nomeadamente, níveis de consistência interna e fiabilidade adequados. Desta forma, CCCS-18 edifica-se como um instrumento fiável e válido para avaliar as atitudes face ao suicídio dos profissionais de saúde em Portugal.

7. Conclusões

A presente investigação incidiu no estudo das características psicométricas do Inventário de Crenças Atitudinais sobre o Comportamento Suicida (CCCS-18) numa amostra portuguesa de profissionais de saúde.

Através da AFC concluiu-se que a solução fatorial mais adequada foi a trifatorial de Villacieros et al. (2016), uma vez que esta apresentou os índices de ajustamento mais satisfatórios. Desta forma, a estrutura final da versão portuguesa do CCCS-18 compreende um total de 3 fatores (Legitimidade do Suicídio e Suicídio em Pacientes Terminais; Dimensão Moral do Suicídio e Suicídio próprio) e 18 itens.

Perante os resultados obtidos nos estudos realizados é possível afirmar que o CCCS-18 apresenta boas características psicométricas, nomeadamente, níveis de consistência interna, fiabilidade ($\alpha = .87$) e validade (convergente, divergente e concorrente) muito satisfatórios.

A adaptação do CCCS-18 para a população portuguesa considera-se uma mais-valia para a ciência. Primeiramente, o CCCS-18 é um instrumento de fácil e rápida aplicação e compreensão. Em segundo lugar, permitirá avaliar e interpretar as atitudes e crenças face ao suicídio manifestadas pelos profissionais de saúde e população em geral e, com os resultados obtidos, desenvolver programas de prevenção do suicídio.

Estes programas de prevenção devem ser desenvolvidos com vista a promover o aumento da literacia, redução de mitos e falsas crenças sobre saúde mental e suicídio existentes. Espera-se também que após a sua implementação os profissionais entendam os pacientes com doença mental e/ou conduta suicidária como merecedores dos mesmos cuidados de saúde de pacientes com doença física.

Será também fundamental que os programas contribuam para a realização, por parte dos profissionais, de intervenções adequadas, eficazes e tão precoces quanto possível e, ainda, que desenvolvam atitudes positivas, de empatia e predisposição para intervir com os pacientes suicidas. Estas atitudes são fundamentais na prevenção de uma futura tentativa de suicídio bem como do suicídio consumado.

Como limitações da presente investigação é possível mencionar o questionário ter sido disponibilizado em papel, o que possibilitou a não resposta a vários itens, levando a valores omissos nos resultados obtidos. Uma outra limitação foi a não recolha de dados em dois momentos, devido à sobrecarga dos serviços, o que impediu analisar a estabilidade temporal dos resultados através do método teste-reteste e por fim, a amostra ter sido apenas de uma instituição.

Para estudos futuros, existe a necessidade de aplicar o presente instrumento em amostras de profissionais de saúde dos cuidados primários, uma vez que estes são a “porta de entrada” dos pacientes com conduta suicida no sistema de saúde e, conseqüentemente, os seus profissionais têm um contacto mais precoce e privilegiado com estes pacientes.

8. Referências Bibliográficas

- Ahmedani, B. K., Simon, G. E., Stewart, C., Beck, A., Waitzfelder, B. E., Rossom, R., Lynch, F., Owen-Smith, A., Hunkeler, E. M., Whiteside, U., Operskalski, B. H., Coffey, M. J., & Solberg, L. I. (2014). Health Care Contacts in the Year Before Suicide Death. *Journal of General Internal Medicine*, 29(6), 870–877. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2767-3>
- Ajzen, I. (2014). Attitude Structure and Behavior. In A. Pratkanis, S. Breckler, & A. Greenwald (Eds.), *Attitude Structure and Function* (pp. 255–288). Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781315801780-15>
- Altmann, T. (2008). Attitude : A Concept Analysis Attitude. *Nursing Forum*, 43(3), 144–150.
- Andersen, U. A., Andersen, M., Rosholm, J. U., & Gram, L. F. (2000). Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(2), 126–134. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102002126.x>
- Barrero, S. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(3), 386–394. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80634305>
- Batterham, P. J., Calear, A. L., & Christensen, H. (2013a). The Stigma of Suicide Scale. *Crisis*, 34(1), 13–21. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000156>
- Batterham, P. J., Calear, A. L., & Christensen, H. (2013b). Correlates of Suicide Stigma and Suicide Literacy in the Community. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(4), 406–417. <https://doi.org/10.1111/sltb.12026>
- Bolster, C., Holliday, C., Oneal, G., & Shaw, M. (2015). Suicide assessment and nurses: What does the evidence show? *The Online Journal of Issues in Nursing*, 20(1). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol20No01Man02>
- Brás, M., & Cruz, J. P. (2014). Mitos e falsas crenças sobre os atos suicidas. In C. B. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e comportamentos autolesivos* (pp. 492–503). LIDEL.
- Buus, N., Caspersen, J., Hansen, R., Stenager, E., & Fleischer, E. (2014). Experiences of parents whose sons or daughters have (had) attempted suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 70(4), 823–832. <https://doi.org/10.1111/jan.12243>
- Calear, A. L., Batterham, P. J., & Christensen, H. (2014). Predictors of help-seeking for suicidal ideation in the community: Risks and opportunities for public suicide prevention campaigns. *Psychiatry Research*, 219(3), 525–530. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.06.027>
- Calear, A. L., Batterham, P. J., Trias, A., & Christensen, H. (2021). The Literacy of Suicide Scale. *Crisis*. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000798>
- Capp, K., Deane, F. P., & Lambert, G. (2001). Suicide prevention in Aboriginal communities: application of community gatekeeper training. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25(4), 315–321. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.2001.tb00586.x>
- Carpiniello, B., & Pinna, F. (2017). The Reciprocal Relationship between Suicidality and Stigma. *Frontiers in Psychiatry*, 8(MAR), 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00035>
- Cohen, J. (1998). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- De Leo, D., Draper, B., Snowdon, J., & Kølves, K. (2013). Contacts with health professionals

- before suicide: Missed opportunities for prevention? *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 1117–1123. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.05.007>
- Desuque, D., Rubilar, J., & Lemos, V. (2011). Psychometric Analysis of Attitudinal Beliefs Questionnaire About Suicidal Behavior in Adolescent Population From Entre Ríos, Argentina. *LIBERABIT: Lima (Perú)*, 17(2), 187–198.
- DGS. (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017. *Plano Nacional de Prevenção Do Suicídio 2013/2017*, 1–114.
- Díaz-Frutos, D., Baca-Garcia, E., Mahillo-Fernandez, I., Garcia-Foncillas, J., & Lopez-Castroman, J. (2015). Suicide ideation among oncologic patients in a Spanish ward. *Psychology, Health & Medicine*, 21(3), 261–271. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1058960>
- Díaz, M., Andrade-Conde, E., Cherino, J., Montalvo, J., Fernández, E., & Rivas-Ruiz, F. (2021). Creencias actitudinales sobre la conducta suicida en profesionales sanitarios del área sanitaria de la Costa del Sol Occidental. *Actas Esp Psiquiatr*, 49(2), 57–63.
- Diekstra, R., & Kerkhof, A. (1988). Attitudes Toward Suicide: Development of a Suicide Attitude Questionnaire (SUIATT). In *Current Issues of Suicidology* (pp. 462–476). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-73358-1_63
- Domino, G., Moore, D., Westlake, L., & Gibson, L. (1982). Attitudes Toward Suicide: A factor analytic approach. *Journal of Clinical Psychology*, 38(2), 257–262.
- Durkheim, É. (1897/2001). *O Suicídio. Estudo Sociológico* (7th ed.). Editorial Presença.
- Eskin, M., Baydar, N., El-Nayal, M., Asad, N., Noor, I. M., Rezaeian, M., Abdel-Khalek, A. M., Al Buhairan, F., Harlak, H., Hamdan, M., Mechri, A., Isayeva, U., Khader, Y., Khan, A., Al Sayyari, A., Khader, A., Behzadi, B., Öztürk, C. Ş., Agha, H., ... Khan, M. (2020). Associations of religiosity, attitudes towards suicide and religious coping with suicidal ideation and suicide attempts in 11 muslim countries. *Social Science & Medicine*, 265(July), 113390. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113390>
- Eurostat. (2018). *Just over 56 000 persons in the EU committed suicide*. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20180716-1>
- Eurostat. (2021). *Causes of death*.
- Fornell, C., & Larcker, D. (1981). Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39–50. <https://doi.org/10.1177/002224378101800104>
- Grimholt, T. K., Haavet, O. R., Jacobsen, D., Sandvik, L., & Ekeberg, O. (2014). Perceived competence and attitudes towards patients with suicidal behaviour: a survey of general practitioners, psychiatrists and internists. *BMC Health Services Research*, 14(1), 208. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-208>
- Hauge, L., Stene-Larsen, K., Grimholt, T., Oien-Odegaard, C., & Reneflot, A. (2018). Use of primary health care services prior to suicide in the Norwegian population 2006–2015. *BMC Health Services Research*, 18(1), 619. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3419-9>
- Hernández, J. A. R., Navarro-Ruiz, J. M., Hernández, G. T., & González, Á. R. (2005). Construcción de un cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida: El CCCS-18. *Psicothema*, 17(4), 684–690.
- Herron, J., Ticehurst, H., Appleby, L., Perry, A., & Cordingley, L. (2001). Attitudes Toward Suicide Prevention in Front-Line Health Staff. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(3), 342–347. <https://doi.org/10.1521/suli.31.3.342.24252>
- Hill, M., & Hill, A. (2008). *Investigação por questionário*. Edições Sílabo.
- Huayhua, F. (2015). *Creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en adolescentes del cuarto y quinto año de secundaria de la I.E. Santa Rosa de Lima, Arequipa*.

- Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
- INE. (2020). *Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente*. Instituto Nacional de Estatística.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003736&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt
- Jenner, J., & Niesing, J. (2000). The construction of the SEDAS: a new suicide-attitude questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(2), 139–146.
<https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102002139.x>
- Joiner, T. (2010). *Myths about suicide*. Harvard University Press.
- Kaiser, H. (1960). The Application of Electronic Computers to Factor Analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 141–151.
<https://doi.org/10.1177/001316446002000116>
- Karman, P., Kool, N., Poslawsky, I. E., & van Meijel, B. (2015). Nurses' attitudes towards self-harm: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(1), 65–75. <https://doi.org/10.1111/jpm.12171>
- Kattimani, S., Sarkar, S., Menon, V., Muthuramalingam, A., & Nancy, P. (2016). Duration of suicide process among suicide attempters and characteristics of those providing window of opportunity for intervention. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 7(04), 566–570. <https://doi.org/10.4103/0976-3147.185505>
- Kelly, M., McCarthy, S., & Sahn, L. J. (2014). Knowledge, attitudes and beliefs of patients and carers regarding medication adherence: a review of qualitative literature. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 70(12), 1423–1431. <https://doi.org/10.1007/s00228-014-1761-3>
- Kennedy, A., Brumby, S., Versace, L., & Brumby-Rendell, T. (2018). Online assessment of suicide stigma, literacy and effect in Australia's rural farming community. *BMC Public Health*, 18(1), 846. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5750-9>
- Kisely, S., Campbell, L., Cartwright, J., Bowes, M., & Jackson, L. (2011). Factors Associated with Not Seeking Professional Help or Disclosing Intent Prior to Suicide: A Study of Medical Examiners' Records in Nova Scotia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(7), 436–440. <https://doi.org/10.1177/070674371105600707>
- Kline, R. (2016). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (4th ed.). The Guilford Press.
- Kremeike, K., Pralong, A., Boström, K., Bausewein, C., Simon, S. T., Lindner, R., & Voltz, R. (2021). 'Desire to Die' in palliative care patients—legal framework and recommendations of the national evidence-based guideline on palliative care in Germany. *Annals of Palliative Medicine*, 10(3), 3594–3610.
<https://doi.org/10.21037/apm-20-381>
- Lessa, M. (2017). Suicídio - Entre o Morrer e o Viver. In *Um Estudo Sobre a Moralização do Suicídio*. Edições IFEN.
- Ludwig, J., Dreier, M., Liebherz, S., Härter, M., & von dem Knesebeck, O. (2021). Suicide literacy and suicide stigma – results of a population survey from Germany. *Journal of Mental Health*, 0(0), 1–7. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1875421>
- Machin, R. (2009). Nem doente, nem vítima: o atendimento às lesões autoprovocadas. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 14(5), 1741–1750.
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500015
- Mann, J., & Currier, D. (2011). Evidence-Based suicide prevention strategies. An overview. In M. Pompili & R. Tatarelli (Eds.), *Evidence-Based practice in suicidology: A source book* (pp. 67–88). Hogrefe Publishing.

- Marôco, J. (2003). *Análise Estatística com Utilização do SPSS* (M. Robalo (ed.); 1st ed.). Edições Sílabo.
- Marôco, João. (2021). *Análise de Equações Estruturais. Fundamentos teóricos, software & aplicações* (3rd ed.). ReportNumber.
- Miller, D. (2011). *Child and adolescent suicidal behaviour. School-based prevention, assessment, and intervention*. The Guilford Press.
- Mulaik, S., James, L., Van Alstine, J., Bennett, N., Lind, S., & Stilwell, D. (1989). Evaluation of goodness-of-fit indices for structural equation models. *Psychological Bulletin*, *105*(3), 430–445. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.105.3.430>
- Nantes, A., & Grubits, S. (2017). A Religiosidade/Espiritualidade como um possível fator de ajuda à prevenção da prática suicida. *Revista Contemporânea*, *16*(1992), 73–84.
- Nebhinani, M., Nebhinani, N., Tamphasana, T., & Gaikwad, A. D. (2013). Nursing students' attitude towards suicide attempters: A study from rural part of Northern India. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, *04*(04), 400–407. <https://doi.org/10.4103/0976-3147.120240>
- Neville, K., & Roan, N. M. (2013). Suicide in Hospitalized Medical-Surgical Patients: Exploring Nurses' Attitudes. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *51*(1), 35–43. <https://doi.org/10.3928/02793695-20121204-01>
- Norheim, A., Grimholt, T., Loskutova, E., & Ekeberg, O. (2016). Attitudes toward suicidal behaviour among professionals at mental health outpatient clinics in Stavropol, Russia and Oslo, Norway. *BMC Psychiatry*, *16*(1), 268. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0976-5>
- Nunes, A. (2018). Suicídio em Portugal: um retrato do país. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *67*(1), 25–33. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000180>
- O'Carroll, P., Berman, A., Maris, R., Moscicki, E., Tanney, B., & Silverman, M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *26*(3), 237–252. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00609.x>
- Olibamoyo, O., Coker, O., Adewuya, A., Ogunlesi, O., & Sodipo, O. (2020). Frequency of suicide attempts and attitudes toward suicidal behaviour among doctors and nurses in Lagos, Nigeria. *South African Journal of Psychiatry*, *26*, 1–9. <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v26i0.1402>
- OMS. (2014). *Preventing suicide - A global imperative*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=58AA8842F2877A1A5F700159F8940648?sequence=1
- OMS. (2017). *Suicide prevention – new resource for media professionals*.
- OMS. (2018). *Mental health: strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- OMS. (2019). *Suicide*. Suicide: Key Facts.
- OMS. (2021). *Suicide data*. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/suicide-data>
- Ouzouni, C., & Nakakis, K. (2009). Attitudes towards attempted suicide: The development of a measurement tool. *Health Science Journal*, *3*(4), 222–231. https://www.researchgate.net/publication/242095147_Attitudes_towards_attempted_suicide_The_development_of_a_measurement_tool
- Pereira, A., & Cardoso, F. (2019). Stigmatising Attitudes towards Suicide by Gender and Age. *CES Psicología*, *12*(1), 1–16. <https://doi.org/10.21615/cesp.12.1.1>
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS* (4th ed.). Edições Sílabo.

- Dicionário da Língua Portuguesa (2020) (P. Editora (ed.).
- Renberg, E. S., & Jacobsson, L. (2003). Development of a Questionnaire on Attitudes Towards Suicide (ATTS) and Its Application in a Swedish Population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(1), 52–64. <https://doi.org/10.1521/suli.33.1.52.22784>
- Reynders, A., Kerkhof, A. J. F. M., Molenberghs, G., & Van Audenhove, C. (2016). Stigma, Attitudes, and Help-Seeking Intentions for Psychological Problems in Relation to Regional Suicide Rates. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(1), 67–78. <https://doi.org/10.1111/sltb.12179>
- Rogers, J., & DeShon, R. (1992). A Reliability Investigation of the Eight Clinical Scales of the Suicide Opinion Questionnaire. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22(4), 428–441. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1992.tb01037.x>
- Rogers, J., & DeShon, R. (1995). Cross-Validation of the Five-Factor Interpretive Model of the Suicide Opinion Questionnaire. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(2), 305–309. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1995.tb00928.x>
- Rüsch, N., Evans-Lacko, S., Henderson, C., Flach, C., & Thornicroft, G. (2011). Knowledge and Attitudes as Predictors of Intentions to Seek Help for and Disclose a Mental Illness. *Psychiatric Services*, 62(6), 675–678. https://doi.org/10.1176/ps.62.6.pss6206_0675
- Saiz, J., Ayllón-Alonso, E., Sánchez-Iglesias, I., Chopra, D., & Mills, P. (2021). Religiosity and Suicide: A Large-Scale International and Individual Analysis Considering the Effects of Different Religious Beliefs. *Journal of Religion and Health*, 60(4), 2503–2526. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01137-x>
- Sandford, D. M., Kirtley, O. J., Lafit, G., Thwaites, R., & O'Connor, R. C. (2020). An Investigation Into the Factor Structure of the Attitudes to Suicide Prevention Scale. *Crisis*, 41(2), 97–104. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000608>
- Santos, J., Erse, M., Façanha, J., Marques, L., & Simões, R. (2014). + *Contigo: Promoção de Saúde Mental e Prevenção de Comportamentos Suicidários na Comunidade Educativa*.
- Saunders, K. E. A., Hawton, K., Fortune, S., & Farrell, S. (2012). Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 139(3), 205–216. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.024>
- Shneidman, E. (1993). *Suicide as psychache. A clinical approach to self-destructive behavior* (J. Aronson (ed.)).
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248–263. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>
- Soares, M. (2018). *Estudo dos profissionais de saúde e das famílias em relação ao ato suicida*. Universidade do Algarve - Faro.
- Sprung, C., Somerville, M., Radbruch, L., Collet, N., Duttge, G., Piva, J., Antonelli, M., Sulmasy, D., Lemmens, W., & Ely, W. (2018). Physician-Assisted Suicide and Euthanasia. *Journal of Palliative Care*, 33(4), 197–203. <https://doi.org/10.1177/0825859718777325>
- Stecz, P. (2019). Psychometric evaluation of the Questionnaire on Attitudes Towards Suicide (ATTS) in Poland. *Current Psychology*, 1. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00185-1>
- Stevens, K., & Nies, M. (2018). Factors Related to Nurses' Attitudes Towards the Suicidal Patient: An Integrative Review. *Clinical Research and Trials*, 4(2), 1–6. <https://doi.org/10.15761/CRT.1000211>
- Tavares, C. (2014). *Projeto "Viva a Vida" - Estratégias de atuação para a prevenção do suicídio num serviço de urgência geral*. Instituto Politécnico de Setúbal.

- Van der Burgt, M., Beekman, A., Hoogendoorn, A., Berkelmans, G., Franx, G., & Gilissen, R. (2021). The impact of a suicide prevention awareness campaign on stigma, taboo and attitudes towards professional help-seeking. *Journal of Affective Disorders*, 279, 730–736. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.024>
- Vanegas, M., Contreras, Y., & Triana, A. (2018). *Diferencias en la percepción del suicidio según género en la población del municipio de Barrancabermeja*. Universidad Cooperativa de Colombia.
- Vasconcelos, T. (2020). *Atitudes dos Aentejanos face ao Suicídio*. Universidade de Évora.
- Vedana, K. G., Magrini, D. F., Zanetti, A. C. G., Miasso, A. I., Borges, T. L., & dos Santos, M. A. (2017). Attitudes towards suicidal behaviour and associated factors among nursing professionals: A quantitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(9–10), 651–659. <https://doi.org/10.1111/jpm.12413>
- Vidal, C. E. L., & Gontijo, E. D. (2013). Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cadernos Saúde Coletiva*, 21(2), 108–114. <https://doi.org/10.1590/S1414-462X2013000200002>
- Villacieros, M., Bermejo, J., Magaña, M., & Fernández-Quijano, I. (2016). Psychometric Properties of the Attitudinal Beliefs Questionnaire about Suicidal Behavior (CCCS-18). *The Spanish Journal of Psychology*, 19(2016), E68. <https://doi.org/10.1017/sjp.2016.68>
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC Psychiatry*, 15(1), 291. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>
- Yaseen, Z., Briggs, J., Kopeykina, I., Orchard, K., Silberlicht, J., Bhingradia, H., & Galynger, I. (2013). Distinctive emotional responses of clinicians to suicide-attempting patients - a comparative study. *BMC Psychiatry*, 13(1), 230. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-230>
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646–659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)