UAlg FCHS
UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

CONDUTAS SUICIDAS:
VULNERABILIDADE E PREVENÇÃO EM ADOLESCENTES

Marta Sofia Ventosa Brás

Doutoramento em Psicologia

Tese efetuada sob a orientação de:
Professor Doutor José Pestana Cruz
Professor Doutor Saúl Neves de Jesus

2013

Título do trabalho

Condutas Suicidas: Vulnerabilidade e Prevenção em Adolescentes

Declaração de autoria de trabalho

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



Copyright © 2013, por Marta Sofia Ventosa Brás

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Esta investigação foi suportada por uma Bolsa de Doutoramento atribuída pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BD/44729/2008), do Ministério da Ciência e Ensino Superior.

À memória do meu Pai
e à coragem da minha Mãe

Agradecimentos

'A alternância do "eu sei" e do "que sei eu?" estabelece o ritmo da história literária. Nas fases de equilíbrio e de estabilidade, o pensamento aprofunda as respostas e nas fases de crise coloca as questões'

(Minois, 1995, p. 403).

Ao longo do período de elaboração da presente dissertação, em que a alternância entre certezas e dúvidas foi contínua, pude contar com o apoio construtivo de pessoas e instituições, às quais quero expressar a minha gratidão.

Ao professor Doutor José Pestana Cruz, todas as palavras serão exíguas para expressar o meu mais profundo e eterno reconhecimento pelo modo como incentivou o meu desenvolvimento académico e pessoal, nos últimos anos. Por ter sido, o *Mentor* do meu percurso pelos trilhos da Suicidologia; um *orientador* exigente, rigoroso e interessado; um *professor* com uma capacidade impar para articular experiência clínica e teoria; um *amigo* que, entre muitas outras coisas, teve a arte de me ensinar a lidar com a certeza da incerteza da vida; um *Homem* de valor. Num discurso que já se tornou extenso, mas que senti imprescindível fazê-lo nesta tese que é a última que orienta. Aqui deixo expresso o meu sincero agradecimento por tudo.

Ao professor Doutor Saúl Neves de Jesus, pelas sugestões, reflexões críticas, conhecimentos técnicos e científicos que permitiram enriquecer o presente trabalho, bem como pelo recorrente estímulo à investigação.

À Fundação para a Ciência e Tecnologia, pela concessão da Bolsa de Doutoramento (SFRH/BD/44729/2008) que suportou a concretização do mesmo.

Aos alunos, em particular, e em geral, aos encarregados de educação, professores e diretores dos estabelecimentos de ensino que colaboraram nesta investigação.

À Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS), pela estimulante oportunidade de construir e reconstruir novos saberes na área da Suicidologia, num "espírito" de cientificidade e partilha multidisciplinar. Uma palavra especial ao professor Doutor Carlos Braz Saraiva, pelo modo acolhedor como me integrou na SPS. Agradeço também ao professor Doutor José Carlos Santos e à Inês Rothes.

À minha amiga Cláudia, pelo precioso apoio em todas as fases deste projeto. Obrigada por me ouvires e pela paciência para refletires comigo desde os mais ínfimos pormenores até aos assuntos mais preponderantes. A nossa amizade foi dos melhores "frutos" deste percurso. Agradeço também ao Duarte pela prontidão e amabilidade no esclarecimento das minhas "questões informáticas". O vosso apoio foi fundamental para que alcançasse esta "meta".

A todos os colegas, para sempre "os meus professores", do Departamento de Psicologia e Ciências da Educação e, em particular, aos da área de Psicologia Clínica, à Antónia, à Ida, à Ana Teresa, ao Luís, pela partilha de reflexões e sugestões pertinentes.

O meu agradecimento também à professora Helena Quintas, pela disponibilidade que sempre demonstrou para me ajudar, e à professora Gabriela Gonçalves, cuja compreensão nesta fase final foi essencial.

À Joana Freire, pela colaboração na recolha de uma parte dos questionários.

À Nascimento Louro e ao Nélson Ramos, pela forma afável e competente com que partilharam comigo os seus conhecimentos técnicos acerca das línguas inglesa e portuguesa, respetivamente.

À minha amiga Sílvia, pela forma carinhosa como "cuida" de mim; à Maria João, que mesmo à distância sempre esteve perto; à Iva, à Patrícia, à Sandra, ao Tiago, ao Cristóvão, ao Celso, pela amizade, pelos divertidos momentos de convívio e pela forma como sempre me confortaram nas situações mais adversas.

A toda a minha família e, em particular, à minha tia Pilar, pelo modo como nos estima, e às minhas primas Marlene, pelo generoso e imprescindível apoio na última fase do trabalho, e à Alexandra, pela cumplicidade de sempre.

Aos meus avós, Filipa, Francisco (1928-2013) e Irene (1927-2011), pelo "gene" da resiliência que me deixaram de herança e por me terem ensinado que tudo se conquista com persistência e trabalho.

Ao meu irmão, pelas vezes em que compreendeu as minhas faltas de paciência para as conversas e outras atividades próprias da adolescência, mas também pelas que justamente reclamou por ter de assumir precocemente responsabilidades de adulto.

À minha mãe, pela coragem, determinação e força que sempre me transmitiu, por respeitar a minha dedicação a este trabalho, mesmo quando a minha ajuda teria sido tão importante noutras tarefas. Ao meu Pai (1956-2009), que incentivou o início deste projeto, mas infelizmente não pode testemunhar o seu fim. Aos dois agradeço por tudo o que me deram e proporcionaram; ser-vos-ei eternamente grata por fazerem de mim a pessoa que sou.

Ao Júlio, pelo apoio e afeto incondicional em todos os momentos, nem sempre fáceis da nossa vida. Obrigada pelo pragmatismo que atenuou o meu perfeccionismo. Obrigada pela compreensão e tolerância para as minhas ausências. Obrigada por me teres feito acreditar que seria capaz de concretizar este projeto.

"Pedras no caminho?

Guardo todas, um dia vou construir um castelo..."

Fernando Pessoa

RESUMO

A presente investigação, composta por seis estudos, explora duas áreas essenciais dos atos suicidas: a vulnerabilidade (Estudos 1 e 2) e a prevenção (Estudos 3,4,5 e 6).

O primeiro estudo analisa a versão portuguesa do Inventário de Razões para Viver para Adolescentes (RFL-A) de Osman et al. (1998), numa amostra de 313 adolescentes, apresentando resultados com propriedades psicométricas satisfatórias, similares às da investigação original.

O segundo estudo, desenvolvido numa amostra de 344 adolescentes, caracteriza o contributo diferencial de fatores de risco e de proteção que, em conjunto, explicam cerca de 40% da ideação suicida. Verifica-se que os níveis de ideação suicida são diretamente influenciados pelos acontecimentos de vida negativos, coexistindo com uma influência mediada por fatores psicológicos (e.g., desesperança).

Os estudos seguintes, baseados numa amostra de 512 adolescentes, consistem no desenvolvimento de três inventários: (a) Inventário de Crenças sobre Atos Suicidas (Estudo 3); (b) Inventário de Sinais de Alerta para Atos Suicidas (Estudo 4) e (c) Inventário de Atitudes em Relação à Prevenção dos Atos Suicidas (Estudo 5), cujos resultados indicam propriedades psicométricas satisfatórias, em termos de fiabilidade e validade.

O sexto estudo avalia o impacto de uma ação de sensibilização para a prevenção dos atos suicidas em adolescentes. Recorre-se a um desenho *quasi*-experimental e longitudinal implementado em três momentos diferentes: pré-teste; pós-teste imediato e pós-teste de seguimento. Comparou-se um grupo experimental, que participou na ação de sensibilização, a outro apenas de controlo.

O grupo experimental apresenta resultados desejáveis ao nível das falsas-crenças, sinais de alerta e atitudes, no pós-teste imediato. Entre o segundo e o terceiro momentos, o grupo experimental regista uma perda parcial de conhecimentos e atitudes; entre o primeiro e o terceiro existem diferenças desejáveis e significativas, provando o benefício da participação na ação de sensibilização.

Finalmente, discute-se as implicações destes estudos na avaliação da vulnerabilidade e em futuras ações de prevenção dos atos suicidas.

Palavras-chave: Atos suicidas, vulnerabilidade, prevenção, adolescentes.

ABSTRACT

The present thesis explored two important domains regarding suicidal acts, viz.: vulnerability to suicide (Studies 1 and 2) and prevention of suicide (Studies 3 through 6).

The first study analyses the Portuguese version of the Reasons for Living for Adolescents Inventory (RFL-A), developed by Osman et al. (1998). This inventory was applied to a sample of 313 adolescents, having shown satisfactory psychometric properties, similar to those of the original version.

The second study, carried out on a sample of 344 adolescents, characterizes the contribution of different risk and protective factors, which – together – account for approximately 40% of suicidal ideation. This study showed that the levels of suicidal ideation are directly influenced by negative life events, and that this influence can be mediated by psychological factors (e.g., hopelessness).

The subsequent studies, based on a sample of 512 adolescents, consisted on the development of three inventories: (a) Inventory of Beliefs about Suicidal Acts (Study 3); (b) Inventory of Warning Signs for Suicidal Acts (Study 4); and (c) Inventory of Attitudes Regarding the Prevention of Suicidal Acts (Study 5). The results indicate satisfactory psychometric properties, both in terms of reliability and validity.

The sixth study assesses the impact of an awareness campaign for prevention of suicidal acts in adolescents. This study employed a quasi-experimental and longitudinal design, comparing an experimental group that was subject to the awareness campaign with that of a control group without access to the awareness campaign. Testing occurred at three different time points: pre-test, immediate post-test, and follow-up post-test.

The results indicate that the experimental group presented positive outcomes in terms of false beliefs, warning signs and attitudes regarding suicide in the immediate post-test. Although the follow-up post-test revealed a partial reduction of knowledge and attitudes regarding suicide in the experimental group, the results of the immediate post-test were positive and significant, highlighting the beneficial role of awareness campaigns about suicide.

Keywords: Suicidal acts, vulnerability, prevention, adolescents.

ÍNDICE

Introdução **1**

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO **5**

CAPÍTULO 1. CONTEXTUALIZAÇÕES HISTÓRICA, CONCEPTUAL E EPIDEMIOLÓGICA DOS ATOS SUICIDAS **7**

1.1. Contextualização Histórica **8**

1.1.1. Etimologia 8

1.1.2. Conceção do Suicídio nas Diferentes Épocas Históricas 9

1.2. Contextualização Conceptual **16**

1.3. Contextualização Epidemiológica **37**

CAPÍTULO 2. VULNERABILIDADE EM RELAÇÃO AOS ATOS SUICIDAS **39**

2.1. Modelos Explicativos **39**

2.1.1. Modelo Cognitivo da Depressão e do Suicídio (Rush & Beck, 1978) .. 40

2.1.2. Modelo Etiológico da Conduta Suicida (Yang & Clum, 1996) 41

2.1.3. Modelo Cognitivo da Conduta Suicida (Cruz, 2000, 2006) 43

2.1.4. Modelo Cognitivo do Suicídio (Wenzel & Beck, 2008) 44

2.2. Fatores de Risco **47**

2.3. Fatores de Proteção **53**

CAPÍTULO 3. PREVENÇÃO DOS ATOS SUICIDAS **55**

3.1. Evolução Histórica **55**

3.2. Modelos Conceptuais **71**

3.2.1. Modelo de Prevenção: Primária, Secundária e Terciária 72

3.2.2. Modelo de Prevenção: Universal, Seletiva e Indicada 75

3.3. Prevenção Primária **77**

3.3.1. Restrição ao Acesso a Meios Letais 78

3.3.2. Formação de Profissionais de Saúde 86

3.3.3. Serviços de Intervenção em Crise 89

3.3.4. Formação de Profissionais da Área da Comunicação Social 90

3.3.5. Formação Dirigida à Comunidade 91

3.3.6. Formação Dirigida a Potenciais Grupos de Risco 92

3.4. Prevenção Primária em Meio Escolar **93**

PARTE II - ESTUDOS EMPÍRICOS 105

CAPÍTULO 4. ESTUDO 1: ESTUDO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO PORTUGUESA DO *REASONS FOR LIVING INVENTORY FOR ADOLESCENTS (RFL-A)* 107

4.1. Introdução 107

4.2. Objetivos 116

4.3. Método 116

4.3.1. Participantes 116

4.3.2. Instrumentos 117

4.3.2.1. Questionário de Dados Pessoais (QDP) 117

4.3.2.2. Inventário de Razões para Viver para Adolescentes (RFL-A) 117

4.3.2.3. Escala de Desesperança de Beck (BHS) 119

4.3.2.4. Questionário de Ideação Suicida (QIS) 120

4.3.3. Procedimento de Tradução 121

4.3.4. Procedimento de Recolha de Dados 122

4.3.5. Procedimento de Análise Estatística 123

4.4. Resultados 124

4.4.1. Análise Descritiva 124

4.4.2. Análise da Estrutura Interna 127

4.4.2.1. Análise Fatorial Exploratória (AFE) 127

4.4.2.2. Análise Fatorial Confirmatória (AFC) 130

4.4.3. Análise da Fiabilidade 133

4.4.3.1. Análise da Consistência Interna 134

4.4.3.2. Análise da Estabilidade Temporal 135

4.4.4. Análise da Validade 136

4.4.4.1. Validade Convergente e Discriminante 136

4.4.4.2. Validade Concorrente 137

4.4.5. Diferenças entre Grupos 138

4.5. Discussão 139

CAPÍTULO 5. ESTUDO 2: VULNERABILIDADE EM RELAÇÃO AOS ATOS SUICIDAS EM ADOLESCENTES 145

5.1. Introdução 145

5.2. Objetivos 148

5.3. Método 149

5.3.1. Participantes 149

5.3.2. Instrumentos 150
5.3.2.1. Questionário de Dados Pessoais (QDP) 150
5.3.2.2. Inventário de Razões para Viver para Adolescentes (RFL-A) . 150
5.3.2.3. Escala de Desesperança de Beck (BHS) 151
5.3.2.4. Escala de Autoestima de Rosenberg (EA) 152
5.3.2.5. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) 153
5.3.2.6. Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAVN) 154
5.3.2.7. Questionário de Ideação Suicida (QIS) 155
5.3.3. Procedimento de Recolha de Dados 156
5.3.4. Procedimento de Análise Estatística 157
5.4. Resultados 158
5.5. Discussão 168

CAPÍTULO 6. ESTUDO 3. ESTUDO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO INVENTÁRIO DE CRENÇAS SOBRE ATOS SUICIDAS (ICAS) 177

6.1. Introdução 177
6.2. Objetivos 190
6.3. Método 191
6.3.1. Estratégias para a construção e desenvolvimento do Inventário de Crenças sobre Atos Suicidas (ICAS) 191
6.3.2. Participantes 196
6.3.3. Procedimento de Recolha de Dados 197
6.3.4. Medidas de Resultado 198
6.3.5. Procedimento de Análise Estatística 199
6.4. Resultados 200
6.4.1. Análise Descritiva 200
6.4.2. Análise da Estrutura Interna 206
6.4.2.1. Análise Fatorial Exploratória (AFE) 206
6.4.2.2. Análise Fatorial Confirmatória (AFC) 212
6.4.3. Análise da Fiabilidade 215
6.4.3.1. Análise da Consistência Interna 215
6.4.3.2. Análise da Estabilidade Temporal 217
6.4.4. Análise da Validade 217
6.4.4.1. Validade Convergente e Discriminante 217
6.4.4.2. Validade por Referência a Critério 219

6.4.5. Diferenças entre Grupos 220

6.5. Discussão 220

CAPÍTULO 7. ESTUDO 4. ESTUDO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO INVENTÁRIO DE SINAIS DE ALERTA PARA ATOS SUICIDAS (ISAS) 229

7.1. Introdução 229

7.2. Objetivos 236

7.3. Método 236

7.3.1. Estratégias para a construção e desenvolvimento do Inventário de Sinais de Alerta para Atos Suicidas (ISAS) 236

7.3.2. Participantes 240

7.3.3. Procedimento de Recolha de Dados 240

7.3.4. Medidas de Resultado 241

7.3.5. Procedimento de Análise Estatística 242

7.4. Resultados 244

7.4.1. Análise Descritiva 244

7.4.2. Análise da Estrutura Interna 246

7.4.2.1. Análise Fatorial Exploratória (AFE) 246

7.4.2.2. Análise Fatorial Confirmatória (AFC) 254

7.4.3. Análise da Fiabilidade 260

7.4.3.1. Análise da Consistência Interna 261

7.4.3.2. Análise da Estabilidade Temporal 262

7.4.4. Análise da Validade 264

7.4.4.1. Validade Convergente e Discriminante 264

7.4.4.2. Validade por Referência a Critério 265

7.4.5. Diferenças entre Grupos 266

7.5. Discussão 267

CAPÍTULO 8. ESTUDO 5. INVENTÁRIO DE ATITUDES EM RELAÇÃO À PREVENÇÃO DOS ATOS SUICIDAS (IAPS) 277

8.1. Introdução 277

8.2. Objetivos 286

8.3. Método 286

8.3.1. Estratégias para a construção e desenvolvimento do Inventário de Atitudes em Relação à Prevenção dos Atos Suicidas (IAPS) 286

8.3.2. Participantes 291

8.3.3. Procedimento de Recolha de Dados 291
8.3.4. Medidas de Resultado 292
8.3.5. Procedimento de Análise Estatística 293
8.4. Resultados 295
8.4.1. Análise Descritiva 295
8.4.2. Análise da Estrutura Interna 299
8.4.2.1. Análise Fatorial Exploratória (AFE) 299
8.4.2.2. Análise Fatorial Confirmatória (AFC) 301
8.4.3. Análise da Fiabilidade 304
8.4.3.1. Análise da Consistência Interna 304
8.4.3.2. Análise da Estabilidade Temporal 305
8.4.4. Análise da Validade 306
8.4.4.1. Validade Convergente e Discriminante 306
8.4.4.2. Validade por Referência a Critério 307
8.4.5. Diferenças entre Grupos 308
8.5. Discussão 308

CAPÍTULO 9. ESTUDO 6. ESTUDO DO IMPACTO DE UMA AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO PARA A PREVENÇÃO DE ATOS SUICIDAS EM ADOLESCENTES 315

9.1. Introdução 315
9.2. Objetivos 324
9.3. Método 324
9.3.1. Caracterização da Ação de Sensibilização 324
9.3.2. Desenho da Investigação 326
9.3.3. Participantes 327
9.3.4. Instrumentos 329
9.3.4.1. Questionário de Dados Pessoais (QDP) 329
9.3.4.2. Inventário de Crenças sobre Atos Suicidas (ICAS) 329
9.3.4.3. Inventário de Sinais de Alerta para Atos Suicidas (ISAS) 329
9.3.4.4. Inventário de Atitudes em Relação à Prevenção dos Atos Suicidas (IAPS) 330
9.3.4.5. Questionário de Ideação Suicida (QIS) 330
9.3.4.6. Escala de Desesperança de Beck (BHS) 331
9.3.4.7. Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAVN) 332
9.3.4.8. Inventário de Razões para Viver para Adolescentes (RFL-A) 333

9.3.5. Hipótese 334
9.3.6. Procedimento de Recolha de Dados 334
9.3.7. Procedimento de Análise Estatística 336
9.4. Resultados 337
9.4.1. Análise Descritiva 337
9.4.2. Resultados Obtidos no Momento Pré-Teste (Análise Inter-Grupos) 341
9.4.3. Resultados Obtidos no Momento Pós-Teste Imediato (Análise Inter-Grupos) 342
9.4.4. Resultados Obtidos no Momento Pós-Teste de Seguimento (Análise Inter-Grupos) 343
9.4.5. Comparação dos Resultados entre os Três Momentos de Aplicação no Grupo Experimental e no Grupo de Controlo (Análise Intra-Grupos) 345
9.4.6. Diferenças nos Resultados Obtidos nas Falsas-Crenças (ICAS), Sinais de Alerta (ISAS) e Atitudes (IAPS) em Função das Variáveis Pessoais, Fatores de Risco e de Proteção 350
9.4.7. Comparação dos Resultados nas Variáveis Psicológicas Antes e Após a Ação de Sensibilização 355
9.5. Discussão 355
Conclusão 365
Referências Bibliográficas 373
Anexos 409

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Nomenclatura dos Pensamentos e Comportamentos Autolesivos (Versão Revista) (Silverman et al., 2007b, pp. 266-267) 25

Tabela 2. Fatores do RFL-A e Itens Correspondentes (Versão Original, N = 350) 110

Tabela 3. Análise Fatorial Confirmatória do RFL-A (Modelo Oblíquo de 5 Fatores) . 112

Tabela 4. Descrição Estatística dos Itens do RFL-A 124

Tabela 5. Análise Fatorial Exploratória do RFL-A: Método das Componentes Principais, com Rotação Oblíqua 127

Tabela 6. Índices de Ajustamento para os Modelos Testados 130

Tabela 7. Correlações (r) entre os Fatores do RFL-A 131

Tabela 8. Estrutura Fatorial do RFL-A: Coeficiente de Saturação Fatorial (Padronizado) e Indicadores Individuais de Fiabilidade (R^2) 132

Tabela 9. Consistência Interna das Subescalas e do Total do RFL-A da Versão Portuguesa e da Versão Original (Alfa de Cronbach) 134

Tabela 10. Estabilidade Temporal do RFL-A 135

Tabela 11. Variância Extraída Média (VEM) do RFL-A 136

Tabela 12. Variância Partilhada (r^2) entre os Fatores do RFL-A 137

Tabela 13. Correlação entre o RFL-A (Subescalas e Total), a BHS e o QIS 138

Tabela 14. Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e teste t de Student em Função do Sexo 138

Tabela 15. Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t de Student das Variáveis na Amostra Total e em Função do Sexo 158

Tabela 16. Correlações (r) entre os Fatores de Risco (AVN e Desesperança) e os Fatores de Proteção (Razões para Viver, Autoestima e Satisfação com o Suporte Social) para o Comportamento Suicida 161

Tabela 17. Correlação (r) entre os Fatores de Risco (Desesperança e AVN) e a Ideação Suicida na Amostra Total e em Função do Sexo 162

Tabela 18. Correlação (r) entre os Fatores de Proteção (Razões para Viver, Autoestima e Satisfação com o Suporte Social) e a Ideação Suicida na Amostra Total e em Função do Sexo 163

Tabela 19. Contributo Diferencial e Conjunto dos Fatores de Risco e dos Fatores Protetores na Explicação da Ideação Suicida (N = 344) 164

Tabela 20. Efeito dos Acontecimentos de Vida Negativos na Ideação Suicida dos Jovens: Análise do Estatuto Mediador de Fatores de Risco (Desesperança) e de Fatores Protetores (Razões para Viver, Autoestima e Satisfação com o Suporte Social) (N = 344).....166

Tabela 21. Formulação Inicial e Reformulação dos Itens do ICAS Após Análise do Painel de Juízes 192

Tabela 22. Dimensões Teóricas e Respetivos Itens do ICAS 194

Tabela 23. Descrição Estatística dos Itens do ICAS 200

Tabela 24. Análise Fatorial Exploratória do ICAS: Método das Componentes Principais, com Rotação Varimax (4 fatores, 24 itens).....207

Tabela 25. Análise Fatorial Exploratória do ICAS: Método das Componentes Principais, com Rotação Varimax (4 fatores, 22 itens).....210

Tabela 26. Índices de Ajustamento para os Modelos Testados (4 fatores).....212

Tabela 27. Estrutura Fatorial do ICAS (22 itens): Coeficiente de Saturação Fatorial (Padronizado) e Indicadores Individuais de Fiabilidade (R^2) 213

Tabela 28. Correlação entre os Fatores do ICAS (22 itens).....215

Tabela 29. Consistência Interna das Subescalas e do Total do ICAS (alfa de Cronbach) 216

Tabela 30. Estabilidade Temporal do ICAS (22 itens) 217

Tabela 31. Variância Extraída Média (VEM) do ICAS (22 itens).....218

Tabela 32. Variância Partilhada (r^2) entre os Fatores do ICAS 218

Tabela 33. Correlação entre o ICAS e a Predisposição para a Prevenção 219

Tabela 34. Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e teste t de Student em Função do Sexo 220

Tabela 35. Formulação Inicial e Reformulação dos Itens do ISAS após Análise do Painel de Juízes 238

Tabela 36. Itens do ISAS.....238

Tabela 37. Descrição Estatística dos Itens do ISAS.....244

Tabela 38. Análise Fatorial Exploratória do ISAS: Método das Componentes Principais (versão 26 itens,1 fator).....247

Tabela 39. Análise Fatorial Exploratória do ISAS: Método das Componentes Principais, com Rotação Oblíqua, 2 fatores (19 itens).....249

Tabela 40. Análise Fatorial Exploratória do ISAS: Método das Componentes Principais, com Rotação Oblíqua, 2 fatores (15 itens) 251

Tabela 41. Análise Fatorial Exploratória do ISAS: Método das Componentes Principais, com Rotação Oblíqua, 3 fatores (23 itens) 252

Tabela 42. Índices de Ajustamento para os Modelos Testados - ISAS 254

Tabela 43. Estrutura Fatorial do ISAS (1F, 26 itens): Coeficiente de Saturação Fatorial (Padronizado) e Indicadores Individuais de Fiabilidade (R^2) 256

Tabela 44. Estrutura Fatorial do ISAS (2F, 19 itens): Coeficiente de Saturação Fatorial (Padronizado) e Indicadores Individuais de Fiabilidade (R^2) 257

Tabela 45. Estrutura Fatorial do ISAS (2F, 15 itens): Coeficiente de Saturação Fatorial (Padronizado) e Indicadores Individuais de Fiabilidade (R^2) 258

Tabela 46. Estrutura Fatorial do ISAS (3F, 23 itens): Coeficiente de Saturação Fatorial (Padronizado) e Indicadores Individuais de Fiabilidade (R^2) 259

Tabela 47. Correlação entre os Fatores do ISAS 260

Tabela 48. Consistência Interna das Subescalas e do Total do ISAS (alfa de Cronbach) 261

Tabela 49. Estabilidade Temporal do ISAS (1F, 26 itens) 262

Tabela 50. Estabilidade Temporal do ISAS (2F, 19 itens) 262

Tabela 51. Estabilidade Temporal do ISAS (2F, 15 itens) 263

Tabela 52. Estabilidade Temporal do ISAS (3F, 23 itens) 263

Tabela 53. Variância Extraída Média (VEM) do ISAS 264

Tabela 54. Variância Partilhada (r^2) entre os Fatores do ISAS 265

Tabela 55. Correlação entre o ISAS e a Predisposição para a Prevenção 266

Tabela 56. Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e teste t de Student em Função do Sexo 266

Tabela 57. Formulação Inicial e Reformulação dos Itens do IAPS após Análise do Painel de Juízes 288

Tabela 58. Dimensões Teóricas e Respetivos Itens do IAPS 289

Tabela 59. Descrição Estatística dos Itens do IAPS 295

Tabela 60. Análise Fatorial Exploratória do IAPS: Método das Componentes Principais, com Rotação Oblíqua (2 fatores, 26 itens) 300

Tabela 61. Índices de Ajustamento para os Modelos Testados - IAPS 302

Tabela 62. Estrutura Fatorial do IPAS: Coeficiente de Saturação Fatorial (Padronizado) e Indicadores Individuais de Fiabilidade (R^2) (2 fatores, 26 itens).....303

Tabela 63. Correlação entre os Fatores do IAPS 304

Tabela 64. Consistência Interna das Subescalas do IAPS (alfa de Cronbach).....305

Tabela 65. Estabilidade Temporal do IAPS 305

Tabela 66. Variância Extraída Média (VEM) do IAPS 306

Tabela 67. Variância Partilhada (r^2) entre os Fatores do IAPS.....307

Tabela 68. Correlação entre o IAPS e a Predisposição para a Prevenção.....307

Tabela 69. Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t de Student em Função do Sexo.....308

Tabela 70. Médias, Desvios-Padrão nas Variáveis Falsas-Crenças (ICAS), Sinais de Alerta (ISAS) e Atitudes (IAPS) na Amostra Global, no Momento Pré-Teste.....338

Tabela 71. Comparação dos Resultados nas Falsas-Crenças (ICAS), Sinais de Alerta (ISAS) e Atitudes (IAPS) na Amostra Global em Função de Variáveis Pessoais 339

Tabela 72. Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t de Student em Função do Grupo (Experimental e de Controlo) no Momento Pré-Teste.....341

Tabela 73. Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t de Student em Função do Grupo (Experimental e de Controlo) no Momento Pós-Teste Imediato 342

Tabela 74. Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t de Student em Função do Grupo (Experimental e de Controlo) no Momento Pós-Teste de Seguimento 344

Tabela 75. Análise de Variância (ANOVAS) com Medições Repetidas entre os Três Momentos no Grupo Experimental (n = 212) 345

Tabela 76. Análise de Variância (ANOVAS) com Medições Repetidas entre os Três Momentos no Grupo de Controlo (n = 300).....346

Tabela 77. Análise da Influência das Variáveis Pessoais no Efeito da Ação de Sensibilização Sobre as Variáveis Falsas-Crenças (ICAS), Sinais de Alerta (ISAS) e Atitudes (IAPS) nos Três Momentos 350

Tabela 78. Análise da Influência dos Fatores de Risco e Protetores (QIS, EH, IAVN, RFL-A) no Efeito da Ação de Sensibilização sobre as Variáveis Falsas-Crenças (ICAS), Sinais de Alerta (ISAS) e Atitudes (IAPS) – Teste do Efeito da Interação Fator Within Subject * Covariável ANCOVAS com Medidas Repetidas e Respetiva Magnitude do Efeito 354

Tabela 79. Resultados nas Variáveis Psicológicas em Função dos Momentos Um e Três 355

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo Etiológico do Comportamento Suicida 42

Figura 2. Modelo Cognitivo da Conduta Suicida (Cruz, 2000, 2003, 2006) 43

Figura 3. Modelo Cognitivo do Comportamento Suicida (Wenzel & Beck, 2008) 45

Figura 4. Esquema genérico do modelo de mediação em estudo: relação entre AVN e Ideação suicida mediada pelos fatores psicológicos (de risco e de proteção). 166

Figura 5. Scree Plot para a solução de 22 itens. 209

Figura 6. Scree Plot para a solução de 19 itens. 249

Figura 7. Scree Plot para a solução de 23 itens 252

Figura 8. Análise de variância com medições repetidas entre os três momentos, em ambos os grupos, no ICAS 348

Figura 9. Análise de variância com medições repetidas entre os três momentos, em ambos os grupos, no ISAS 348

Figura 10. Análise de variância com medições repetidas entre os três momentos, em ambos os grupos, no IAPS 349

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A – Consentimento Informado 411
Anexo B – Questionário de Dados Pessoais 415
Anexo C – Inventário de Razões para Viver para Adolescentes (RFL-A) 419
Anexo D – Escala de Desesperança de Beck (BHS) 423
Anexo E – Questionário de Ideação Suicida (QIS) 427
Anexo F – Autorização da Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), do Ministério da Educação. 431
Anexo G – Ofício aos diretores dos estabelecimentos de ensino 435
Anexo H – Consentimento informado para os encarregados de educação (versões A e B) 439
Anexo I – Grelha de marcação de sessões 443
Anexo J – Carta de agradecimento aos estabelecimentos de ensino 447
Anexo K – Escala de Autoestima de Rosenberg (EA) 451
Anexo L – Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) 455
Anexo M – Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAVN) 459
Anexo N – Formulário entregue ao painel de juízes – Inventário de Crenças sobre Atos Suicidas (ICAS) 463
Anexo O – Inventário de Crenças sobre Atos Suicidas (ICAS) – versão 43 itens 471
Anexo P – Medidas de Resultado 475
Anexo Q – Inventário de Crenças sobre Atos Suicidas (ICAS) – versão 22 itens 479
Anexo R – Formulário entregue ao painel de juízes – Inventário de Sinais de Alerta para Atos Suicidas (ISAS) 483
Anexo S – Inventário de Sinais de Alerta para Atos Suicidas (ISAS) – versão 37 itens 489
Anexo T - Inventário de Sinais de Alerta para Atos Suicidas (ISAS) – versão 23 itens 493
Anexo U - Formulário entregue ao painel de juízes – Inventário de Atitudes em Relação à Prevenção dos Atos Suicidas (IAPS) 497
Anexo V – Inventário de Atitudes em Relação à Prevenção dos Atos Suicidas (IAPS) – versão 37 itens 505
Anexo W – Inventário de Atitudes em Relação à Prevenção dos Atos Suicidas (IAPS) – versão 26 itens 509
Anexo X – Ação de Sensibilização para a Prevenção dos Atos Suicidas em Adolescentes – Material de Apoio 513
Anexo Y – *Flyer* Informativo 523

"O suicídio é o mais misterioso ato do ser humano"
(Saraiva, 2006a, p. 15).

Introdução

A história dos atos suicidas é seguramente tão antiga quanto a história da própria Humanidade, embora as conceptualizações que lhe estão subjacentes tivessem evoluído ao longo dos séculos. Apesar do seu longínquo passado, os atos suicidas continuam a ser um problema atual que se reveste de elevado interesse social, científico e clínico.

Na sociedade contemporânea, o suicídio constitui um sério problema de saúde pública, quer a nível internacional, quer a nível nacional. A nível internacional, o número de suicídios é extremamente elevado na população com cerca de 1.1 milhão de suicídios anualmente assumindo particular relevância nas faixas etárias mais jovens, sendo a segunda causa de morte entre os 10 e os 24 anos (OMS, 2012, 2013b). Em Portugal, a taxa de suicídio, na população em geral, em 2011, foi de 10.3 por 100 mil habitantes (INE, 2012) e nos jovens, embora tenha sido mais baixa (inferior a 5 por 100 mil habitantes), reconhece-se que muito provavelmente estará subdimensionada (DGS, 2013).

Não obstante, estima-se que as tentativas de suicídio na população sejam cerca de vinte vezes mais frequentes do que os suicídios consumados (OMS, 2013b) e se considerarmos apenas os jovens, com idades entre os 15 e os 24 anos, esses números sobem para um intervalo de 100 e 200 tentativas (Bertolote & Fleischmann, 2009).

Os atos suicidas, fatais ou não, têm consequências negativas não só para quem os concretiza, mas também para os respetivos familiares, amigos e colegas, assim como para a sociedade em geral. Além disso, estas consequências perduram muito para além do momento em que os atos são consumados.

Estas noções sugerem que o fenómeno suicídio é um tema atual e que merece mais investigação, quer sobre os fatores de risco e de proteção, quer sobretudo sobre as estratégias de prevenção.

Durante largos anos, o estudo dos atos suicidas incidiu, maioritariamente, sobre as características dos indivíduos que os cometiam, no sentido de lhes proporcionar uma intervenção clínica mais eficaz. No entanto, nas últimas três décadas, tem existido uma maior sensibilização para a importância de uma política de prevenção primária, de modo a diminuir o número de ocorrências de atos suicidas.

O alerta para a prevenção dos atos suicidas emergiu, de forma mais proeminente, com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1989[1] (OMS, 1990), e das Nações Unidas, em 1996[2] (United Nations, 1996), para a formulação e implementação de programas de prevenção nos Estados Membros; ainda no mesmo sentido, recentemente destacam-se as recomendações constantes do *Public Health Action for the Prevention of Suicide*, também publicado pela OMS (OMS, 2012).

Atualmente, um elevado número de países tem já definidas estratégias nacionais de prevenção do suicídio, como é o caso recente de Portugal, cujo primeiro Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) foi publicado em 2013 (DGS, 2013).

No panorama internacional têm vindo a ser desenvolvidos vários programas de prevenção do suicídio com objetivos e públicos-alvo distintos, sobretudo dirigidos a populações consideradas de risco, de forma independente ou em parceria com outros países (e.g., Aseltine, James, Schilling, & Glanovsky, 2007; Portzky & van Heeringen, 2006; Wasserman et al., 2010).

Em Portugal, torna-se, também, cada vez mais premente um maior conhecimento do espectro dos atos suicidas, assim como de mais estratégias de prevenção, particularmente em zonas geográficas de maior risco (e.g., região sul) e em grupos mais vulneráveis (e.g., população adolescente, idosa e prisional). O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) identificou populações específicas que apresentam risco acrescido de suicídio, em que se incluem os adolescentes (DGS, 2013).

Os programas de prevenção dirigidos a adolescentes, em contexto escolar, quer no âmbito internacional (e.g., Aseltine et al., 2007; Ciffone, 2007), quer nacional (e.g., J. Santos, Erse, Façanha, Simões, & Marques, 2013), têm alcançado resultados bastante promissores.

Face ao exposto, a presente investigação procurará contribuir para o conhecimento dos atos suicidas dos adolescentes em duas áreas principais, no âmbito da vulnerabilidade e da prevenção. Nesse sentido, assume dois grandes objetivos: (a) analisar a influência de fatores de risco (e.g., desesperança) e de proteção (e.g., razões para viver) na explicação da ideação suicida numa amostra de adolescentes

[1] *Consultation on Strategies for Reducing Suicidal Behaviour in the European Region* (OMS, 1990)

[2] *Prevention of Suicide: Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies* (United Nations, 1996)

e (b) avaliar o impacto de uma ação de sensibilização para a prevenção dos atos suicidas dirigida a adolescentes. Para a prossecução destes objetivos foi imprescindível o desenvolvimento de alguns estudos prévios para a construção e adaptação de instrumentos psicométricos inexistentes no contexto nacional, como a seguir se explicará.

A estrutura deste trabalho integra duas partes: uma primeira, organizada em três capítulos, que consiste no enquadramento teórico e uma segunda, composta por seis capítulos correspondentes aos estudos empíricos desenvolvidos.

O enquadramento teórico procura documentar a principal literatura sobre os atos suicidas com relevância para a conceptualização e compreensão da presente investigação. Neste sentido, inclui um primeiro capítulo referente à contextualização histórica, conceptual e epidemiológica dos atos suicidas, um segundo que diz respeito à vulnerabilidade em relação aos mesmos e um terceiro respeitante à sua prevenção.

No primeiro capítulo, expõe-se a contextualização histórica do fenómeno suicídio, abordando a sua origem etimológica, a evolução da sua conceção ao longo dos diferentes períodos históricos – desde as Culturas Primitivas, Época da Antiguidade, Idade Média, Renascimento até à Época Contemporânea – as diferentes definições e classificações em torno dos atos suicidas e os principais dados epidemiológicos, no mundo e em Portugal.

No segundo capítulo, é desenvolvida uma revisão dos modelos explicativos da vulnerabilidade para o comportamento suicida, assim como uma explicitação dos fatores de risco e de proteção que contribuem para a eclosão desse mesmo comportamento.

No terceiro capítulo, são explorados os aspetos referentes à prevenção dos atos suicidas, nomeadamente a evolução histórica das atividades preventivas, os modelos conceptuais subjacentes à prevenção, as estratégias gerais de prevenção, sobretudo ao nível da prevenção primária, e, por último, a prevenção primária em meio escolar dirigida a jovens.

Os capítulos seguintes correspondem aos seis estudos empíricos. É de salientar que cada um apresenta a seguinte estrutura: introdução; objetivos; método; resultados e discussão.

Estes estudos estão também organizados em duas componentes. Uma primeira referente à avaliação da vulnerabilidade para atos suicidas (Estudos 1 e 2) e uma segunda respeitante à prevenção dos mesmos (Estudos 3, 4, 5 e 6).

Na primeira componente – avaliação da vulnerabilidade – é necessário desenvolver um estudo inicial sobre as propriedades psicométricas da versão portuguesa do Inventário de Razões para Viver para Adolescentes (RFL-A) de Osman et al. (1998) (Estudo 1), uma vez que o mesmo não está adaptado para a população portuguesa adolescente e é essencial para avaliar os fatores protetores dos atos suicidas no estudo seguinte.

O segundo estudo consiste em avaliar o contributo de diferentes fatores de risco e de proteção, isoladamente e em conjunto, na explicação dos níveis de ideação suicida nos adolescentes (Estudo 2).

Na segunda componente, procura-se desenvolver, implementar e avaliar o impacto de uma ação de sensibilização para a prevenção dos atos suicidas, destinada a jovens do ensino secundário. Para avaliar o impacto desta ação, é imprescindível criar instrumentos com propriedades psicométricas satisfatórias. Para o efeito, são desenvolvidos e estudados os seguintes inventários: (a) Inventário de Crenças sobre Atos Suicidas (Estudo 3); (b) Inventário de Sinais de Alerta para Atos Suicidas (Estudo 4) e (c) Inventário de Atitudes em Relação à Prevenção dos Atos Suicidas (Estudo 5).

Procede-se, por último, ao estudo do impacto da ação de sensibilização (Estudo 6), no qual se abordarão as falsas-crenças, os sinais de alerta e as atitudes em relação à prevenção dos atos suicidas. Os inventários previamente construídos serão aplicados a um grupo experimental (o único que irá participar na ação de sensibilização) e a um grupo de controlo (que não receberá qualquer intervenção), em três momentos distintos: antes da ação de sensibilização (pré-teste); imediatamente após a ação de sensibilização (pós-teste imediato) e um mês após a ação de sensibilização (pós-teste de seguimento).

Por fim, serão apresentadas as conclusões gerais. Nesta secção salientar-se-ão os principais resultados encontrados nos vários estudos empíricos, as limitações e as potencialidades da investigação no seu conjunto, bem como as implicações e sugestões para futuros estudos na área da vulnerabilidade e da prevenção dos atos suicidas.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. CONTEXTUALIZAÇÕES HISTÓRICA, CONCEPTUAL E EPIDEMIOLÓGICA DOS ATOS SUICIDAS

A longa história dos comportamentos suicidas cruza-se com múltiplas estórias de vida que ficaram notavelmente relatadas quer na literatura popular, quer na literatura científica, dando o seu contributo para a reflexão sobre a caracterização dos comportamentos suicidas. Nessa reflexão têm sido analisados potenciais critérios de classificação, tais como o desfecho do ato, o voluntarismo, a autoria, o objetivo ou a intenção de morrer, que continuam a suscitar interessantes questões.

Sabendo que o desfecho será a *própria morte*, poder-se-á considerar como suicídio o caso dos pacientes oncológicos ou em diálise que recusam os tratamentos imprescindíveis para a sua sobrevivência? Será suicídio quando os pacientes em fase terminal suplicam por doses de morfina, por vezes fatais, para aliviar as dores e o sofrimento?

Supondo que se trata de um *ato voluntário*, poder-se-á classificar como suicídio o caso das viúvas, na Índia, que se atiravam para a fogueira em que se cremava o seu esposo falecido, como demonstração do desejo de se juntar a ele, sendo este um ato socialmente instituído? E o caso do filósofo Sócrates, que preferiu ser executado pela ingestão do veneno de cicuta do que desistir de proclamar os seus ideais? E os soldados que avançam para o campo de batalha para dignificar a Pátria? Ou ainda os pilotos Kamikaze que perderam a sua vida para destruírem os navios de guerra?

Sendo um ato *autoinfligido* que resulta na própria morte, poder-se-á considerar como suicídio o caso de uma pessoa que dispara acidentalmente contra si própria enquanto limpa uma arma de caça? E o caso de uma pessoa que se despista a alta velocidade enquanto consulta o GPS ou envia uma mensagem no telemóvel? E se alguém toma uma dose excessiva de tranquilizantes apenas com o objetivo de descansar? Será suicídio quando um pai salta de uma ponte atrás do filho, que caiu acidentalmente, com o desesperado objetivo de o salvar?

Assumindo a existência de uma verdadeira *intenção de morrer*, poder-se-á entender como suicídio os casos de Sansão e do rei Saul, citados no Velho Testamento, que se mataram para não serem mortos pelos inimigos?

A resposta a estas problematizações nem sempre é simplista e depende tanto do contexto histórico, como da definição de suicídio que adotarmos. No presente capítulo, após uma breve referência à origem etimológica do termo suicídio, propomo-nos desenvolver uma revisão da conceção do suicídio nas principais épocas históricas e, posteriormente, uma análise das definições e classificações sugeridas para os pensamentos e comportamentos suicidas. Por último, apresentamos a contextualização epidemiológica que traduz a relevância social do suicídio.

1.1. Contextualização Histórica

1.1.1. Etimologia

A palavra suicídio deriva etimologicamente do latim de *sui* "de si" e de *caedĕre* "matar", ou seja, literalmente significa "matar-se a si mesmo" (Dicionário da Língua Portuguesa, 2011, p. 1545).

O termo suicídio surge pela primeira vez na obra *Religio Medici*, do inglês Sir Thomas Browne, redigida aproximadamente em 1636 e publicada em 1642. Em 1658, a palavra suicídio foi integrada no *Dictionnaire Générale*, por Edward Phillips, o que contribuiu para a sua vasta divulgação (Minois, 1995/1998).

Aproximadamente um século depois, em 1734, o termo suicídio surge referido, pela primeira vez na língua francesa, pelo abade Prévost num documento que publicou na sua revista *Le Pourbet le Contre*, após ter passado uma temporada em Inglaterra (Minois, 1995/1998). Em 1737, o termo volta a ser usado pelo padre jesuíta Desfontaines, a quem também é atribuída frequentemente a paternidade do vocábulo (Guillon & Bonniec, 1990). Foi também no século XVIII que o termo suicídio começou a ser usado na língua espanhola, italiana e portuguesa (Minois, 1995/1998).

Alguns escritos apontam, no entanto, que a origem deste vocábulo pode ser ainda mais remota, uma vez que a expressão *suicidium* já seria utilizada em ambientes eruditos e restritos desde o século XVI, apesar de a sua difusão só ter ocorrido nos séculos XVII e XVIII quando começou a ser adotado em substituição da expressão "morte voluntária" (Guillon & Bonniec, 1990; Minois, 1995/1998).

1.1.2. Conceção do Suicídio nas Diferentes Épocas Históricas

O suicídio existe, provavelmente, desde o início da espécie humana. Ao longo dos séculos tem-se vindo a assistir a um crescente interesse acerca dos atos suicidas, tendo as análises evoluído de perspetivas tendencialmente moralistas para as atuais abordagens informadas por modelos científicos. A sua conceptualização tem variado consoante os padrões socioculturais, religiosos, políticos e filosóficos e as escolas de pensamento vigentes em cada época. O fenómeno suicídio tem também sido alvo de interesse pelas mais diversas áreas de especialização afetas à saúde, à educação ou à sociedade, incluindo vertentes tão distintas como as Ciências Exatas e as Ciências Humanas e Sociais.

A síntese das sínteses escrita pelo filósofo Albert Camus (1942), no ensaio *Le Mythe de Sisyphe*, expressa bem a importância atribuída a este comportamento, pois "só existe um problema filosófico realmente sério: é o suicídio. Julgar se a vida merece ou não ser vivida é responder à questão fundamental da Filosofia. O resto, se o mundo tem três dimensões, se o espírito tem nove ou doze categorias, vem depois" (p. 12). É, pois, a partir de uma posição de concordância com este quadro de entendimento do suicídio – enquanto um fenómeno verdadeiramente essencial, não só da Filosofia, mas também de outras áreas, como da Psicologia ou das Ciências da Saúde – que nos propomos explorar a evolução histórica da sua conceção ao longo das principais épocas da história da Humanidade.

A evolução da história do suicídio pode equiparar-se à história da própria Humanidade, num sentido mais lato, e da saúde mental, num sentido mais restrito. Deste modo, é possível distinguirem-se cinco grandes épocas históricas, cada uma com conceções e ideologias relativamente homogéneas sobre o suicídio: (a) Culturas Primitivas; (b) Antiguidade; (c) Idade Média; (d) Idade Moderna ou Renascimento e (e) Época Contemporânea.

Na literatura existem relatos da ocorrência de suicídios desde que a população vivia organizada em tribos, ou seja, na época das Culturas Primitivas. Estudos antropológicos realizados em tribos permitem pressupor que o suicídio era encarado como um ato negativo, possivelmente resultado da influência de espíritos malignos dos antepassados. Predominava uma cultura mágico-religiosa que proibia ao suicida ter

direito aos rituais fúnebres tradicionais na época obrigando a sua família a realizar sacrifícios para acalmar a ira dos espíritos (Stengel, 1964/1980).

No entanto, na cultura ocidental, a procura de explicações teóricas e da compreensão global do fenómeno surge registada de forma mais proeminente na época seguinte, a Época da Antiguidade, principalmente nas Civilizações Grega e Romana. A Época da Antiguidade ficou caracterizada pela dualidade de posições de condenação *versus* aceitação do suicídio, variando desde a oposição categórica dos pitagóricos até à aprovação benevolente dos epicuristas e estoicos (Minois, 1995/1998).

Na Civilização Grega, o suicídio era entendido como um atentado contra a comunidade e condenado do ponto de vista político, jurídico e social. Salienta-se o contributo de Platão e Aristóteles, ambos com uma posição desfavorável em relação ao suicídio. Essa reprovação do suicídio justificava-se pelo facto de o indivíduo, enquanto ser social, possuir um conjunto de tarefas a desempenhar em prol da cidade onde residia, de acordo com Aristóteles, ou em relação à divindade que lhe cedeu essa posição, segundo Platão (Minois, 1995/1998). Platão considerava também que o suicídio era um ato desonrável e que nenhum cidadão tinha o direito de privar a sociedade da sua vida cívica sem a permissão de um magistrado (Zilboorg, 1996). Existia, porém, uma linha de pensamento alternativa – característica dos cirenaicos, cínicos, epicuristas e estoicos – que reconhecia a liberdade do indivíduo para terminar com a sua própria vida, se esta lhe trouxesse mais aspetos negativos do que positivos (Minois, 1995/1998).

Na Civilização Romana também não se reuniu consenso em relação à legitimidade do ato suicida, registando-se diferentes posições consoante as épocas, as classes sociais e o contexto sociopolítico; todavia, de um modo geral, esta civilização manifestava uma posição mais benevolente, justificada provavelmente pela importância atribuída ao estoicismo nas elites e ao elevado número de suicídios cometidos por figuras célebres. Uma vez que a vida não era considerada nem uma bênção dos deuses, nem um sopro sagrado, nem um direito humano. Os homens livres da Civilização Romana podiam decidir livremente sobre a sua vida, exceto os escravos e os soldados, por razões de ordem económica e patriótica, respetivamente (Minois, 1995/1998; Peixoto & Azenha, 2006; Stengel, 1964/1980).

Na Idade Média, o domínio da igreja católica sobre a sociedade em geral fez ressurgir as explicações místicas, típicas da época das Culturas Primitivas, e promoveu o entendimento dos atos suicidas como um pecado contra Deus e contra a Humanidade,

dado que o direito de dar e retirar a vida pertenceria exclusivamente a Deus (Peixoto & Azenha, 2006). Santo Agostinho, no século IV, caracteriza o suicídio como uma "perversão detestável e demoníaca" e esclarece que o 5.º mandamento de Deus, "Não Matarás", se dirige também ao próprio (Guillon & Bonniec, 1990).

O Direito Canónico do suicídio vai-se tornando progressivamente mais repressivo. No concílio de Arles, em 452 d.C., foi declarado que o suicídio era um ato do demónio, sendo que no Concílio de Orleães, em 533 d.C., foi proibido o funeral cristão aos suicidas. Em 1284, o concílio de Nimes, incluiu a condenação do suicídio na Lei Canónica. Existem provas escritas de que os bens dos suicidas eram confiscados e o corpo cadáver alvo de violência, como forma de libertação dos espíritos maléficos e como ilustração da repudiação da sociedade em relação ao suicídio (Guillon & Bonniec, 1990; Minois, 1995/1998; Stengel, 1964/1980).

Como exemplo desses atos de violência, pode referir-se que era comum o cadáver, em Londres, ser perfurado ao meio por um pau e deixado num cruzamento de estradas (Stengel, 1964/1980) e, em Paris, ser arrastado e pendurado – conforme ilustra a condenação de Pierre Crochet, em 1274, ditada pela abadia de *Saint-Maur-des-Fossés* – ou enforcado e arrastado pelas ruas puxado por um cavalo – de acordo com uma outra condenação, em 1288, ditada pela abadia de *Sainte-Geneviève* (Minois, 1995/1998). Apesar desta visão condenatória do suicídio na sociedade medieval, importa referir que em alguns casos excecionais, o suicídio podia ser interpretado como um ato corajoso de acordo com a ordem cavaleiresca ou como um símbolo de fé extrema (Minois, 1995/1998).

Na Idade Moderna ou Renascimento, o suicídio volta a ser objeto de um debate intelectual por parte de eruditos de diferentes áreas do conhecimento e por parte da população em geral – e não exclusivamente por parte do clero, como aconteceu durante a Idade Média –, tendo-se progredido em termos do conhecimento científico sobre o mesmo. A conceção demoníaca da loucura e do suicídio foi perdendo credibilidade, alguns contributos greco-romanos foram retomados e, progressivamente, o suicídio passou a ser entendido como o resultado de uma doença (Minois, 1995/1998; Peixoto & Azenha, 2006).

Nesta época, há a referenciar um dos textos mais célebres da literatura mundial. Shakespeare, em *Hamlet*, no início do século XVII, coloca o dilema de uma forma simples e direta "Ser ou não ser, é essa a questão, será mais nobre deixar que o espírito suporte os golpes e as setas da fortuna ultrajante ou erguer armas contra um mar de

angústias e, não aceitando, pôr-lhes termo? Morrer, dormir, dormir e talvez sonhar. Ai, mas aqui é que está o difícil – pois que sonhos surgirão nesse sono da morte quando tivermos despido o tumulto mortal?" (Shakespeare, 1987, p. 111), reiniciando a reflexão em torno da justificação do ato suicida perante uma vida com obstáculos, sofrimento e limitações inerentes à condição humana.

Há também a destacar as posições extremas adotadas sobretudo por Hume e Kant face à legitimidade do suicídio. Hume, em 1777, no seu ensaio *Of Suicide*, defendia que o suicídio é um ato legítimo, um direito individual e não uma transgressão contra Deus ou contra a sociedade (Hume, 1777/2007), à semelhança da posição de John Donne, em 1608, cujo livro póstumo, com o título *Biathanatos*, apelava à compreensão, não-julgamento e caridade para com os suicidas (Stengel, 1964/1980).

Kant, em 1784, na obra *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*[3], pelo contrário, considerava o suicídio como um atentado contra a comunidade, uma vez que esse ato privava a sociedade da contribuição individual (Kant, 1784/ 2011). William James corroborou a posição de Kant e acrescentou que a fé religiosa seria o fator protetor mais importante (Stengel, 1964/1980). O suicídio continuava a ser visto como um ato criminoso e é com esta conotação que, em 1788, é introduzido pela primeira vez na *Encyclopaedia Britannica*, já na 3.ª edição, sendo definido como "suicídio, o crime de autoassassinato" (Shneidman, 1998, p. 98).

Apesar das opiniões controversas e da consagração de tratados inteiros a favor ou contra o suicídio, a Idade Moderna termina com a conceção do suicídio como um ato de loucura (doença) que não deve ser condenado pela justiça (Peixoto & Azenha, 2006), ou seja, a discussão relativa à legitimidade dos atos suicidas, predominante até ao século XVII, passou a ser substituída pelo interesse sobre a génese e a etiologia desses atos nos séculos seguintes (Martins, 1990).

Para esta mudança de perspetiva deram o seu contributo, por exemplo, o médico Philippe Pinel (Minois, 1995/1998), a Revolução Francesa, os vários tratados que surgiram na segunda metade do século XVIII a reclamar a despenalização do suicídio e a formulação da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, em 1789 (Guillon & Bonniec, 1990; Minois, 1995/1998).

[3] Título original *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*.

O referido médico no seu *Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mentale ou la Manie*, publicado em 1801, considera o suicídio como uma doença equiparada a uma fraqueza de espírito que leva uma pessoa a exagerar os acontecimentos de vida negativos, propondo alguns procedimentos terapêuticos, embora sem qualquer eficácia comprovada (Minois, 1995/1998).

Naquela que pode ser considerada a última grande época da história do suicídio, a Época Contemporânea, é reconhecida a necessidade de estudar as causas dos atos suicidas pelas diferentes áreas do conhecimento – Medicina, Psicologia, Sociologia, Filosofia, Política – uma vez que a responsabilidade individual pelo ato é diluída, isto é, o indivíduo suicida passa a ser visto como uma vítima da sua fisiologia cerebral, das experiências de vida ou da organização social e política da sociedade que não é capaz de responder às suas necessidades. O desenvolvimento das Ciências Biológicas e Humanas vem reforçar a etiologia individual e social do suicídio (Peixoto & Azenha, 2006).

Desde o início desta época, foram sendo apresentadas inúmeras propostas sobre os fatores etiológicos do suicídio, através de vários autores que se pronunciaram sobre os seus mais diversos aspetos.

Esquirol teve um papel importante na teoria psiquiátrica do suicídio ao afirmar que este é um ato alienado, embora mais tarde também lhe atribuísse razões morais. Contudo, como marco histórico pode reportar-se o estudo sociológico de Durkheim no final do século XIX.

Em 1897, Durkheim, na obra *Le Suicide*, concebe o suicídio como o resultado da miséria moral da sociedade e demarca-se assim das perspetivas filosóficas e religiosas vigentes até à época ao apresentar o fenómeno sob uma perspetiva sociológica. Em função do grau de desintegração e regulação do indivíduo na sociedade, o autor distingue quatro tipos de suicídio: egoísta (caracterizado por baixa integração social, de que são exemplo os protestantes), altruísta (caracterizado por alta integração social, como sejam as viúvas hindus que se suicidavam quando os esposos pereciam), anómico (caracterizado por baixa regulação social, de que os desempregados podem ser exemplo) e o fatalista (caracterizado por alta regulação social, que pode ilustrar o suicídio dos reclusos). Embora Durkheim considere que a etiologia do suicídio "depende necessariamente das causas sociais e constitui, por si só, um fenómeno coletivo" (p.143), não exclui o contributo residual dos fatores individuais, nomeadamente a constituição orgânico-psíquica.

Também na sua definição de suicídio,[4] ao concebê-lo como um ato intencional praticado pelo próprio sujeito e influenciado por fatores pessoais, o autor não exclui a dimensão psicológica do fenómeno, embora como sociólogo defenda que a sua natureza é eminentemente social.

Como alguns autores reconhecem, as causas sociais são indubitavelmente importantes, mas insuficientes para compreender de forma cabal o processo suicida (e.g., Peixoto & Azenha, 2006; Shneidman, 1993).

A perspetiva psicológica do fenómeno é primeiramente legitimada por Freud, no congresso de Psicanálise em Viena, em 1910, e pelos seus seguidores, dos quais se destaca Menninger. A referência à teoria psicanalítica do suicídio surge posteriormente expressa na obra *Luto e Melancolia*[5] de Freud, em 1917, no decurso da explanação dos mecanismos psicodinâmicos da depressão grave e do impulso autodestrutivo, e mais tarde, em 1920, na obra *Para Além do Princípio do Prazer*[6] onde são conceptualizadas as pulsões de morte (*thanatos*) *versus* as pulsões de vida (*eros*). A Psicanálise sumariamente caracteriza o suicídio como a expressão de pulsões agressivas introjetadas que se direcionam para o próprio (Freud, 1917/2003).

Menninger, a partir da teoria psicanalítica de Freud, na obra *Man Against Himself*, em 1938, procurou explicar o suicídio a partir da tríade: desejo de matar (dominado pela vingança), o desejo de ser morto (caracterizado pela depressão e desesperança) e o desejo de morrer (dominado pela culpa) (Menninger, 1938, 1996).

Halbwachs, em 1930, na obra *As Causas do Suicídio*[7], apesar de ter iniciado a sua escrita com o objetivo único de atualizar os dados estatísticos de Durkheim, acaba por manifestar a sua discordância em relação à definição de suicídio proposta pelo autor no que diz respeito à clivagem entre as causas sociais e as causas individuais. Para Halbwachs, o suicídio tanto pode ser resultado de uma perturbação nervosa orgânica como de uma rutura do equilíbrio coletivo da sociedade ou de ambas (Halbwachs, 1930).

---

[4] "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" (Durkheim, 1897/2001, p.23).

5 Título original da obra *Traner und Melancholie*.

6 Título original da obra *Jenseits des Lustprinzips.*

[7] Título original da obra *Les Causes du Suicide.*

Murray (1938/2008), na célebre obra *Explorations in Personality*, classifica o suicídio como um ato claramente não-adaptativo e Albert Camus (1942), no ensaio *Le Mythe de Sisyphe*, destaca a influência do pensamento individual, pelo que ambos os autores contribuíram para a mudança de paradigma social-psicológico que estava em curso.

Integrado numa perspetiva psicológica, mas numa vertente mais construtivista, Kelly (1963), no âmbito da sua *Teoria dos Constructos Pessoais*, teoriza que cada indivíduo tem uma epistemologia única e idiossincrática de si próprio e do mundo, assente em constructos, sendo que o suicídio surge de um esforço do indivíduo para validar o seu constructo pessoal de forma a readquirir o controlo sentido como perdido.

Em 1964, Erwin Stengel começa o seu livro *Suicide and Attempted Suicide* afirmando que "o suicídio parece ser o ato mais pessoal que um indivíduo pode praticar, embora as relacionações sociais tenham papel importante nas suas causas, e o ato em si mesmo tenha um profundo efeito social" (Stengel, 1964/1980, p. 17), ou seja, conceptualiza o ato como individual, mas não negligencia a influência dos fatores sociais na sua etiologia bem como o impacto do mesmo na sociedade.

Para a perspetiva psicológica do fenómeno contribuíram ainda autores como Jack Douglas, em 1967, com o livro *The Social Meaning of Suicide*, que considera o suicídio uma conduta pessoal e humana que deve ser estudado com base nos casos individuais e não em estatísticas, categorizando o suicídio como um ato de apelo, vingança ou expiação; Jean Baechler, em 1975, com o livro *Les Suicides*, concorda com a conceção de suicídio do autor anterior, mas propõe como classificações de suicídio a fuga, a agressão, o sacrifício ou o jogo e Giddens, em 1971, defende a harmonia entre o egoísmo e a anomia assim como a importância da família na personalidade do suicida (cit in Minois, 1995/1998; Saraiva, 2006a).

Não obstante o contributo dos autores anteriores foi Shneidman – considerado "o pai" da Suicidologia – que caracterizou o suicídio como um fenómeno de natureza maioritariamente psicológica (Shneidman, 1993). Shneidman (1993) defende 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). Para este indivíduo, segundo o mesmo autor, o suicídio é percecionado como a melhor solução para resolver os seus atuais problemas. Os processos mentais envolvidos nesta tomada de decisão são, por isso, eminentemente psicológicos.

Shneidman (1993) reconhece, todavia, que a sua natureza é multidimensional, pois num ato suicida estão presentes elementos biológicos, culturais, sociológicos, interpessoais, intrapsíquicos e filosóficos, em diferentes graus. Ou seja, é um ato que deve necessariamente ser abordado numa perspetiva holística no que respeita à sua definição, classificação, comorbilidade sintomatológica, prevenção ou intervenção clínica.

Na atualidade, as condutas suicidas são oficialmente entendidas como um fenómeno multidimensional, cuja abordagem proficiente integra equipas multidisciplinares (OMS, 2012). Prevê-se que, no futuro, o suicídio continue a ser objeto de interesse social, clínico e científico particularmente pelas áreas da saúde e sociais, ao nível da prevenção e intervenção, na interface com os múltiplos contextos onde o indivíduo interage e nas diferentes faixas etárias.

Em suma, pode constatar-se que, nos últimos três séculos, a conceção de suicídio mudou drasticamente de um "crime" para uma perturbação mental (ou associada a) que merece uma abordagem diagnóstica e terapêutica (Shneidman, 1998, 2007).

Desta forma, qualquer estudo científico ou intervenção clínica que incida sobre o vasto espectro dos comportamentos suicidas exige uma delimitação conceptual adequada do suicídio e fenómenos relacionados (e.g., ideação ou tentativa de suicídio), sendo por isso essencial conhecer as respetivas definições e classificações tipológicas.

1.2. Contextualização Conceptual

A forma como os comportamentos suicidas são definidos é fundamental para facilitar a comunicação e aumentar o rigor terminológico na comunidade académica, clínica e científica, bem como para o registo estatístico do número de casos oficiais (Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll, & Joiner, 2007a).

As definições dos comportamentos suicidas propostas, ao longo do último século, têm variado sobretudo em função das orientações teóricas (e.g., psicológica, sociológica) e culturais (sistema de valores) dos respetivos autores (Silverman, 2006). Por conseguinte, essas definições têm problematizado diferentes aspetos inerentes aos comportamentos suicidas, como sejam a causalidade, a finalidade, a intencionalidade, o estado psicológico individual ou as condições do meio social.

Consoante os critérios subjacentes, apesar da especificidade do comportamento suicida, existe um conjunto de termos que surgem comummente associados ao mesmo, designadamente suicídio, tentativa de suicídio, para-suicídio, comportamentos autolesivos, ideação suicida, entre outros.

A inexistência de nomenclaturas estandardizadas, sistemas de classificação consensuais e taxonomias unânimes coloca dificuldades na comparação dos resultados de diferentes investigações (McKeon, 2009; Silverman, 2011), nos estudos epidemiológicos, na comparação das taxas em termos nacionais e internacionais, na divulgação da eficácia das intervenções clínicas e nas atividades de prevenção (Silverman, 2011).

Neste capítulo propomo-nos fazer uma revisão da evolução das definições dos comportamentos suicidas por parte dos autores mais influentes ou que representaram um contributo significativo, por ordem cronológica, salientando as novidades conceptuais acrescentadas pelos mesmos.

Durkheim (1897/2001) foi pioneiro na definição científica/formal de *suicídio*, considerando-o 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). Esta definição integra os elementos essenciais que caracterizam o suicídio, isto é, um ato positivo (que exemplifica com os casos de envenenamento) ou negativo (que ilustra com os casos de greve de fome), praticado pelo próprio indivíduo e que lhe provoca a morte de forma intencional. Stekel, em 1910, no simpósio da Sociedade Psicanalítica de Viena, corrobora a finalidade do ato autolesivo referida por Durkheim e acrescenta a possibilidade de uma dimensão heteroagressiva no ato suicida, ao explanar que "ninguém se mata se não desejar ao mesmo tempo matar um outro ou, pelo menos, se não desejar a sua morte" (Stekel, 1910, cit in Martins, 1990, p. 28).

Halbwachs (1930) salienta também a importância da intencionalidade de morrer através do ato autoprovocado e refuta a categoria de suicídio altruísta (suicídio como sacrifício por algo ou alguém) proposta por Durkheim (1897/2001), definindo o suicídio como "todo o caso de morte que resulta de um ato realizado pela vítima a si própria, com a intenção de se matar ou tendo em vista matar-se e que não é um sacrifício" (p.170).

Conforme refere o estudo de O'Carroll et al. (1998), aproximadamente em meados do século XX, autores como Raines, em 1950, Farrar, em 1951, Schmidt, O'Neal e

Robins, em 1954, e Dorpat e Boswell, em 1963, também se terão pronunciado pontualmente sobre o fenómeno suicídio.

A discussão em torno da definição de suicídio é reavivada por Stengel (1964) que entende o suicídio como "o ato de pôr termo à própria vida", sendo o suicida aquele que "morre por suas próprias mãos" ou que "tenta ou tem tendência para tentar o suicídio" (Stengel, 1964/1980, p. 18). Esta definição não se pronuncia sobre a intenção do indivíduo, o que não o permite distinguir, por exemplo, de uma morte acidental; no entanto, no decurso da sua obra, o autor assume que o único objetivo desse ato será a própria morte.

Nos anos seguintes, a comunidade científica registou um avanço determinante nesta matéria. Em 1972-73, o *National Institute of Mental Health Center for the Studies of Suicide Prevention* numa comissão presidida por Aaron Beck, nos Estados Unidos da América (EUA), propôs um esquema de classificação e nomenclatura para os comportamentos suicidas. Este sistema distinguia três grandes grupos: suicídio consumado, tentativa de suicídio e ideias de suicídio (preocupações, ameaças, intenções, planos), os quais, por sua vez, seriam especificados com base em cinco critérios: certeza do avaliador (0-100%), letalidade (zero, baixo, médio, alto), intenção (zero, baixo, médio, alto), circunstâncias mitigantes (zero, baixo, médio, alto) e método suicida (cit in Maris, 1992a; Saraiva, 1999)[8].

Este sistema foi, posteriormente, adotado e revisto por vários autores, sendo de notar a apreciação de Maris (1992a) que sistematiza como pontos positivos o facto de ser um sistema parcimonioso e diferenciar os principais tipos de comportamentos suicidas e como aspetos negativos a ausência de dados sobre as diferenças demográficas, a omissão de alguns comportamentos autolesivos indiretos e a inclusão da intenção como um dos critérios básicos, por considerar que a medição da mesma não é direta e dificulta a classificação dos atos.

Em 1975, Baechler, numa visão mais compreensiva, entende que o suicídio é percecionado como uma solução para os problemas do indivíduo e, por isso, para compreender um caso específico é necessário identificar o problema que o indivíduo está a tentar resolver (cit in Shneidman, 1992). O autor desenvolve quatro categorias de

[8] Beck foi também autor ou coautor de vários instrumentos psicométricos, como por exemplo a *Beck Suicide Ideation Scale* (Beck, Steer, & Ranieri, 1988), a *Beck Suicide Intent Scale* (Beck & Lester, 1976) ou a *Beck Hopelessness Scale* (Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974).

suicídio conforme o objetivo do mesmo: escapista (o objetivo é fugir de algo), agressivo (o objetivo é atingir alguém), oblativo (o objetivo é ser altruísta) e lúdico (o objetivo é testar prazerosamente os limites da vida) (cit in Saraiva, 2006a).

Jobes et al. (1987) focam-se unicamente na classificação dos suicídios consumados no âmbito dos certificados de morte médico-legais/autópsias e retomam a ideia de que o suicídio consumado deve ser caracterizado pela presença de intenção de morrer e que as ações que levam à morte devem ser protagonizadas pelo próprio de forma voluntária. Os autores estabelecem um conjunto de onze critérios para avaliar a intenção de morrer quando as evidências não são diretas (Jobes, Berman, & Josselson, 1987).

No início da década de 90, Jobes, Casey, Berman e Wright (1991) construíram um instrumento que permite ajudar os médicos-legistas a classificar as mortes por suicídio e, mais facilmente, discriminá-las das mortes por acidente, tendo em consideração as autolesões e a intenção.

Ellis (1988) propôs uma classificação do que designou por "dimensões do comportamento autodestrutivo". A classificação de Ellis engloba dimensões descritivas (e.g., suicídio, para-suicídio), situacionais (e.g., perdas, conflitos interpessoais), psicológicas/comportamentais (e.g., perturbações do humor, abuso de substâncias) e teleológicas (e.g., instrumentais, cessação). Estas dimensões, porém, são questionadas por autores como Maris (1992a), que as classifica como *causas* e não como *dimensões* do comportamento suicida.

Também em 1988, o *US Centers for Disease Control* publicou o documento *Operational Criteria for the Determination of Suicide* elaborado por um grupo de trabalho multidisciplinar, representativo das principais organizações interessadas no tema[9], com o objetivo de promover a eficácia, a consistência e a uniformidade nos certificados e relatórios de morte. A aplicação deste sistema destinava-se exclusivamente a profissionais treinados para determinar a causa de morte. Os autores definem o suicídio como uma "morte decorrente de um ato infligido sobre si próprio com a intenção de se matar" (M. L. Rosenberg et al., 1988, p. 1451). Desta definição

[9] *American Academy of Forensic Sciences* (AAFS), *American Association of Suicidology* (AAS), *Association of Vital Records and Health Statistics* (AVRHS), *Centers for Disease Control* (CDC), *International Association of Coroners and Medical Examiners* (IACME), *National Association of Counties* (NACO), *National Association of Medical Examiners* (NAME) e *National Center for Health Statistics* (NCHS).

derivam duas questões essenciais: (a) se a lesão foi ou não autoinfligida e (b) se o falecido tencionava ou não matar-se (M. L. Rosenberg et al., 1988). A validade de conteúdo destas questões foi considerada relativamente elevada; contudo, não se pode considerar que se trate de um sistema de classificação – apesar de a designação induzir nesse sentido – uma vez que os autores definem o suicídio, mas não o operacionalizam (Silverman, 2011).

O sistema de classificação de morte NASH, designação em formato de acrónimo, baseia-se na natureza da morte, categorizando-a em natural (não-intencional), acidental (não-intencional ou subintencional), suicídio (intencional) e homicídio (contra-intencional) (Shneidman, 1980, cit in Maris, 1992a).

Maris (1992a), inspirado no diagnóstico multiaxial estabelecido no *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* da *American Psychiatric Association*, desenvolve uma nomenclatura também multiaxial em três eixos: o eixo I referente ao tipo primário; o eixo II dirigido às características secundárias e o eixo III referente aos comportamentos autolesivos indiretos. No eixo I, o comportamento deve ser categorizado como suicídio consumado (código I), tentativa de suicídio não-fatal (código II), ideação suicida (código III), situações mistas ou incertas (código IV). Estes tipos de fenómenos suicidas devem, de seguida, ser subcategorizados como escape (A), vingança (B), altruísta (C), jogo/risco (D) ou um misto dos anteriores (E). No eixo II, o fenómeno suicida deve ser classificado de acordo com o grau de certeza (0-100%), letalidade, intenção, circunstâncias de mitigação, método, sexo, idade, raça, estatuto marital e profissão. No eixo III, deve assinalar-se os comportamentos autodestrutivos indiretos, como o alcoolismo, abuso de outras drogas, abuso de tabaco, automutilação, anorexia-bulimia, sobre ou subpeso, promiscuidade sexual, problemas de saúde, desportos arriscados, stresse, propensão para acidentes ou outros. Em cada eixo é atribuído um código de acordo com o comportamento suicida manifestado, o que permite obter um código final alfanumérico com todas as características descritivas (Maris, 1992a). Por exemplo, ao classificar-se um suicídio como escape atribuir-se-á o código IA.

Mayo (1992) adota uma postura didática e perante a questão “o que é o suicídio?” responde que “cometer suicídio é terminar com a sua própria vida intencionalmente” (p.88). De seguida, o autor complementa que qualquer definição de suicídio deve contemplar quatro componentes fundamentais: (a) a fatalidade do suicídio; (b) a

reflexividade do suicídio; (c) o facto de a agência do suicídio poder ser ativa ou passiva e (d) a questão da intencionalidade.

A componente de fatalidade estipula que só pode considerar-se suicídio se ocorrer a morte do indivíduo, pois caso contrário trata-se de uma tentativa de suicídio. A refletividade postula que a morte do sujeito tem obrigatoriamente que ser planeada e executada pelo próprio. A terceira componente, referente à atividade ou passividade do sujeito, diz respeito aos meios adotados pelo sujeito, i.e., o sujeito pode optar por realizar uma ação física (como disparar um tiro contra si próprio com uma arma de fogo) ou por adotar uma atitude passiva que, em circunstâncias especiais, conduzirá à morte (como colocar-se na linha de comboio aguardando que o mesmo o atropele, recusar tratamentos essenciais para continuar a viver). Em último lugar temos a intencionalidade que consiste no propósito do ato e, por isso, é a característica que permite distinguir as mortes autoprovocadas acidentais (como uma pessoa que dispara contra si própria enquanto está a limpar a arma ou que se despista a alta velocidade enquanto tenta sintonizar o rádio) das mortes por suicídio (Mayo, 1992).

Para Shneidman (1993), na cultura ocidental, um suicídio consiste num "ato consciente de aniquilação autoprovocada, percebido como o resultado de um mal-estar multidimensional num indivíduo carente que perceciona este ato como a melhor solução para o seu problema" (p. 4). O autor explana uma definição causal, procurando colocar-se no lugar do suicida e compila dez características comuns a todos os atos suicidas: (a) o objetivo é a procura de uma solução; (b) a finalidade é a cessação do estado de consciência; (c) o estímulo é uma dor psicológica insuportável; (d) o stressor é a frustração de necessidades psicológicas, consideradas como vitais; (e) a emoção prevalente é a desesperança/desespero; (f) o estado cognitivo é caracterizado pela ambivalência; (g) ao nível da perceção existe uma constrição da consciência, i.e., o suicida perceciona aquele ato como a única via disponível; (h) a ação cinge-se à egressão; (i) em termos interpessoais há a comunicação de uma intenção e, finalmente, (l) a consistência dos padrões de *coping* adotados ao longo da vida (Shneidman, 1993).

Com base nestas dez características, Shneidman (1992, 1993) propõe um modelo cúbico mais sucinto, composto por cento e vinte e cinco cubinhos, vinte e cinco em cada uma das três faces visíveis que representam (a) a dor psicológica provocada pela frustração das necessidades tidas como vitais, (b) a perturbação do estado normal, provocando constrição percetual e tendência para a autolesão e (c) a pressão negativa de condições ou acontecimentos que ameaçam, stressam ou prejudicam o indivíduo

contribuindo para o suicídio. Cada uma destas dimensões evolui gradualmente ao longo de diferentes cubinhos na face do grande cubo, sendo que apenas um dos cubinhos regista a medida máxima de cada dimensão. De acordo com este modelo, um suicídio ocorre no momento em que o sujeito atinge simultaneamente a medida máxima nos três cubinhos representativos do estado extremo de dor psicológica, pressão e perturbação (Shneidman, 1993, p. 43).

Em 1995-96, sob os auspícios do *National Institute of Mental Health* e da *American Association of Suicidology*, um grupo de especialistas propôs uma nomenclatura uniforme para os pensamentos e comportamentos autolesivos, na qual distinguem dois grupos principais: (a) pensamentos e comportamentos de tomada de risco (de risco imediato, como praticar *skydiving*, ou de risco remoto, como fumar) e (b) comportamentos e pensamentos relacionados com o suicídio (O'Carroll et al., 1998).

Neste segundo grupo, os autores incluem a ideação suicida, que pode ser casual ou contínua, e os comportamentos relacionados com o suicídio. Os comportamentos relacionados com o suicídio, por sua vez, são subdivididos em (1) comportamentos instrumentais relacionados com o suicídio (como a ameaça de suicídio, a morte acidental resultante de um comportamento instrumental e outros comportamentos instrumentais relacionados com o suicídio) e em (2) atos suicidas, nos quais se integram as tentativas de suicídio (com ou sem lesões) bem como o suicídio consumado (O'Carroll et al., 1998).

O'Carroll et al. (1998), baseados no documento *Operational Criteria for the Determination of Suicide* propostos pelo *US Centers for Disease Control* (M. L. Rosenberg et al., 1988), apresentam como definição de suicídio ou suicídio consumado, termos que assumem como sinónimos, a "morte resultante de lesões, envenenamento ou asfixia, na qual existe evidência (explícita ou implícita) de que o dano foi autoinfligido e de que o falecido tencionava matar-se a si próprio" (O'Carroll et al., 1998, p. 32).

A *American Psychiatric Association* (APA) reconheceu a utilidade desta nomenclatura adotando-a no âmbito do estudo do suicídio, à semelhança de outros autores, embora esta não tenha sido universalmente aceite, em parte devido à introdução de termos e definições pouco familiares (Silverman, 2011; Silverman et al., 2007a).

A Organização Mundial de Saúde, em 1998, refere que "para o ato de se matar a si próprio ser classificado como suicídio, este deve ser deliberadamente iniciado e desempenhado pela própria pessoa com pleno conhecimento, ou expectativa, do seu resultado fatal" (Organização Mundial de Saúde, 1998, p. 75).

Ao longo da história da Suicidologia, alguns autores têm constatado que, por um lado, existe uma elevada quantidade e diversidade de definições propostas para o termo suicídio (Shneidman, Farberow, & Litman, 1994) mas, por outro, notam a inexistência de nomenclaturas consensuais, definições operacionais, medidas da intenção, medidas da letalidade assim como de instrumentos para avaliar os diferentes tipos de comportamentos suicidas (Silverman, 2006), o que desfavorece a evolução desta área de estudos. A inexistência destes conteúdos pode levar a um discurso ambíguo e a interpretações erróneas entre os profissionais, colocando em causa a utilidade clínica e científica do conceito, alertando para a necessidade primordial de definir não só critérios operacionais mas também nomenclaturas (Kidd, 2003; Shneidman et al., 1994).

A constatação destas lacunas motiva Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll e Joiner (2007b) a formular uma nova nomenclatura, quer para os pensamentos, quer para os comportamentos suicidas (Tabela 1), tendo como base a nomenclatura anterior de O'Corroll et al., em 1996 (O'Carroll et al., 1998). A nova versão revista da nomenclatura proposta por Silverman et al. (2007b) mantém dois grandes grupos: (A) comportamentos e pensamentos de tomada de risco e (B) comportamentos e pensamentos relacionados com o suicídio. O primeiro grupo subdivide-se consoante o (1) risco imediato ou (2) remoto que, por sua vez, são categorizados consoante o resultado: (a) sem lesões; (b) com lesões ou (c) em morte.

O segundo grupo divide-se em (1) ideações relacionadas com o suicídio, (2) comunicações relacionadas com o suicídio e (3) comportamentos relacionados com o suicídio.

As ideações relacionadas com o suicídio são subcategorizadas de acordo com a intenção associada: (a) ausência de intenção; (b) grau indeterminado de intenção ou (c) presença de intenção.

As comunicações relacionadas com o suicídio, nova categoria proposta nesta versão revista, são classificadas de seguida com base na intenção: (a) ausência de intenção; (b) grau indeterminado de intenção ou (c) presença de intenção, as quais são, posteriormente, categorizadas em vários tipos, consoante a existência de (1) ameaça ou (2) plano suicidas.

Os comportamentos relacionados com o suicídio[10] são igualmente categorizados, numa primeira fase, de acordo com a intenção, nomeadamente a (a) ausência de intenção (comportamentos autolesivo), (b) grau indeterminado de intenção (comportamento relacionado com o suicídio indeterminado) ou (c) presença de intenção. Numa segunda fase, são classificados de acordo com a (1) ausência de lesões, (2) presença de lesões ou (3) com lesões fatais.

Na categoria dos comportamentos relacionados com o suicídio, em que existe intenção de morrer, podemos estar perante (1) uma tentativa de suicídio sem lesões (tipo I), (2) uma tentativa de suicídio com lesões (tipo II) ou (3) um suicídio consumado, se as lesões forem fatais (Silverman et al., 2007b).

Comparando com a nomenclatura de O'Corroll, Silverman et al. (2007b) propõem que se acrescente a categoria comunicações relacionadas com o suicídio que definem como "qualquer ato interpessoal de partilhar, expressar ou transmitir pensamentos, vontades, desejos ou intenções para os quais existe evidência (explícita ou implícita) de que o ato de comunicação não é por si só um comportamento autolesivo (Silverman et al., 2007b, p. 268).

Esta categoria engloba as ameaças suicidas e os planos suicidas. Uma ameaça suicida consiste em "qualquer ação interpessoal, verbal ou não-verbal, com uma componente autolesiva direta, que, de forma razoável, se pode interpretar como uma comunicação ou sugestão de que um comportamento suicida pode ocorrer num futuro próximo (Silverman et al., 2007b, p. 268). Um plano suicida consiste na realização de um projeto com uma proposta de método que pode levar a um resultado potencialmente autolesivo; uma formulação sistemática de um programa de ação que tem o potencial de resultar numa autolesão (Silverman et al., 2007b, p. 268).

Outro ponto inovador desta nomenclatura foi a introdução da categoria "indeterminado", a qual pode incluir, a título de exemplo, uma "morte autoinfligida com intenção indeterminada".

Os investigadores do MIRECC em Denver, tendo como modelo esta nomenclatura de Silverman et al. (2007a, 2007b), desenvolveram um sistema de

[10] Os comportamentos relacionados com o suicídio consistem num "comportamento autoinfligido, num comportamento lesivo para o qual existe evidência (explícita ou implícita) de que (a) a pessoa deseja aparentar a intenção de se matar de forma a conseguir outro fim ou (b) a pessoa tenta em algum grau matar-se" (Silverman et al., 2007b, p. 271).

classificação com utilidade clínica que está disponível no *US Department of Defense and the Veterans Administration Hospital*. Este sistema, atualmente, está a ser objeto de investigações (Silverman, 2011).

Tabela 1
Nomenclatura dos Pensamentos e Comportamentos Autolesivos (Versão Revista) (Silverman et al., 2007b, pp. 266-267)

Pensamentos e Comportamentos Autolesivos
A. Comportamentos e pensamentos de tomada de risco
1. Com risco imediato
a. Resultado sem lesões
b. Resultado com lesões
c. Resultado em morte
2. Com risco remoto
a. Resultado sem lesões
b. Resultado com lesões
c. Resultado em morte
B. Comportamentos e pensamentos relacionados com o suicídio
1. Ideações relacionadas com o suicídio
a. Sem intenção suicida
(1) Casual
(2) Transitória
(3) Passiva
(4) Ativa
(5) Persistente
b. Com um grau indeterminado de intenção suicida
(1) Casual
(2) Transitória
(3) Passiva
(4) Ativa
(5) Persistente
c. Com alguma intenção suicida
(1) Casual
(2) Transitória
(3) Passiva
(4) Ativa
(5) Persistente

2. Comunicações relacionadas com o suicídio
a. Sem intenção suicida
(1) Verbal ou não-verbal; passiva ou ativa (Ameaça Suicida, Tipo I)
(2) Escolha de um método suicida potencialmente autolesivo (Plano Suicida, Tipo I)
b. Com um grau indeterminado de intenção suicida
(1) Verbal ou não-verbal; passiva ou encoberta" (Ameaça Suicida, Tipo II)
(2) Escolha de um método suicida potencialmente autolesivo (Plano Suicida, Tipo II)
c. Com algum grau de intenção suicida
(1) Verbal ou não-verbal; passiva ou encoberta (Ameaça Suicida, Tipo III)
(2) Escolha de um método suicida potencialmente autolesivo (Plano Suicida, Tipo III)

3. Comportamentos relacionados com o suicídio
a. Sem intenção suicida
(1) Sem lesões (Autolesivo, Tipo I)
(2) Com lesões (Autolesivo, Tipo II)
(3) Com resultado fatal (Morte Intencional Autoinfligida)
b. Com um grau indeterminado de intenção suicida
(1) Sem lesões (Comportamento indeterminado relacionado com o suicídio, Tipo I)
(2) Com lesões (Comportamento indeterminado relacionado com o suicídio, Tipo II)
(3) Com resultado fatal (Morte autoinfligida com intenção indeterminada)

c. Com algum grau de intenção suicida
(1) Sem lesões (Tentativa de suicídio, Tipo I)
(2) Com lesões (Tentativa de suicídio, Tipo II)
(3) Com resultado fatal (Suicídio)

Também em 2007 foi publicado o resultado de um estudo realizado pelos suicidologistas da *Columbia University*, a pedido da *US Food and Drug Administration*, para identificarem os acontecimentos adversos inerentes ao consumo de medicamentos antidepressivos em crianças e adolescentes que estivessem relacionados com o comportamento suicida. Para tal, os suicidologistas descrevem um esquema de classificação da suicidalidade com uma nomenclatura de termos e definições – o *Columbia Classification Algorithm for Suicide Assessment* (C-CASA) – que levaria a uma avaliação mais sistemática da suicidalidade e à melhoria da identificação de grupos de alto risco para protocolos de investigação. O C-CASA distingue três tipos: acontecimentos suicidas; acontecimentos não-suicidas e potenciais atos suicidas ou indeterminados. O primeiro grupo – acontecimentos suicidas – inclui (a) o suicídio consumado, (b) a tentativa de suicídio, (c) atos preparatórios para um eminente suicídio e (d) ideação suicida. O segundo grupo – acontecimentos não-suicidas – abrange (a) comportamentos autolesivos sem intenção de morrer, (b) outros comportamentos sem atos autolesivos. O terceiro grupo – potenciais atos suicidas ou indeterminados – integra, por sua vez, (a) comportamentos autolesivos cuja intenção suicida é

desconhecida e (b) comportamentos cuja informação é insuficiente (Posner, Oquendo, Gould, Stanley, & Davies, 2007).

Este estudo levou à formulação do *Columbia Suicidality Severity Rating Scale* (C-SSRS) que mede o tipo e a intensidade da ideação suicida e o grau de letalidade dos atos.

A ideação suicida é medida numa escala de 1 a 5, desde o "desejo de morrer" até à "ideação suicida ativa com plano específico e intenção", passando pela "ideação suicida ativa não-específica", a "ideação suicida ativa com algum método sem intenção de agir" e pela "ideação suicida ativa com alguma intenção de agir, sem um plano específico". O grau de intensidade do ato é medido com base na frequência, duração, controlabilidade, impedimentos (e.g., religião) e razões para a ideação suicida. O comportamento suicida é também avaliado nas seguintes categorias: (a) tentativa real; (b) tentativa interrompida; (c) tentativa abortada/cancelada/desistência; (d) comportamento ou ato de preparação e (e) se o comportamento suicida estava presente durante o período de avaliação (Posner et al., 2011).

A análise do *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM-IV-TR) publicado pela *American Psychiatric Association*, na sua atual versão (4.ª edição revista) permite perceber que os pensamentos e comportamentos suicidas não são considerados um grupo ou condição de diagnóstico único, ou seja, não são considerados uma perturbação mental.

Os pensamentos e comportamentos relacionados com o suicídio surgem referenciados no DSM-IV-TR como uma das possíveis manifestações de algumas perturbações, como sejam o Episódio Depressivo Major (296.xx)[11] ou a Perturbação Estado Limite da Personalidade (301.83)[12]. A presença de ideação suicida é também um dos indicadores para a Avaliação do Funcionamento Global (Eixo V) como Sintomatologia Grave, que corresponde a um valor entre 41 e 50 (APA, 2002).

Na versão atual da *Classificação Internacional das Doenças*, 10.ª edição, de 2010, editada pela OMS, os pensamentos e comportamentos relacionados com o suicídio

[11] Critério 9: "Pensamentos recorrentes acerca da morte (não somente acerca do medo de morrer), ideação suicida recorrente sem planos específicos ou tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio" (APA, 2002, p. 356).

[12] Critério: 5: "Comportamentos, gestos ou ameaças recorrentes de suicídio ou de comportamento automutilante" (APA, 2002, p. 710)

surgem como sintomas de algumas perturbações. Contudo, no que respeita às causas de morte, o termo suicídio não surge como uma das possibilidades (OMS, 2010).

No capítulo V, por exemplo, "Perturbações Comportamentais e Mentais" e no subcapítulo "Perturbações do Humor (Afetivas)" surgem referências aos pensamentos e atos suicidas[13]" como um dos sintomas do Episódio Depressivo Severo Sem Sintomas Psicóticos [F32.2]. Também no subcapítulo "Perturbações da Personalidade e do Comportamento do Adulto" surge a "tendência para o comportamento autodestrutivo, incluindo gestos e tentativas de suicídio" como um dos sintomas da Perturbação da Personalidade Emocionalmente Instável" [F60.3] (OMS, 2010).

No capítulo XX, designado por "Causas externas de morbilidade e mortalidade", aparece como opção de classificação as mortes consequentes de "atos autolesivos intencionais" (X60-X84). Nesta subcategoria estão incluídos, por exemplo, os autoenvenenamentos intencionais pelas mais diversas substâncias químicas e as autolesões intencionais por enforcamento, arma de fogo, afogamento, fogo ou por saltos de lugares altos, entre outras (OMS, 2010).

Em Portugal, o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) definiu o suicídio consumado como "morte provocada por um ato levado a cabo pelo indivíduo com intenção de pôr termo à vida, incluindo a intencionalidade de natureza psicopatológica (DGS, 2013, p. 104). No mesmo documento, o suicídio consumado e as tentativas de suicídio foram agrupados sob a designação global de atos suicidas, que adotamos no âmbito do presente trabalho.

A revisão da literatura mostra inclusivamente que o interesse pela conceptualização do suicídio foi concomitante com o estudo de fenómenos limítrofes, como é o caso das *tentativas de suicídio*.

Durkheim (1897/2001) no seguimento da definição de suicídio que propõe "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). O autor acrescenta, ainda, o seguinte excerto sobre a tentativa de suicídio "mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado" (p.23). Em 1938, Esquirol transmite

[13] "Os pensamentos e atos suicidas são comuns (OMS, 2010).

uma estimativa inovadora para a época ao referir que por cada 100 tentativas de suicídio ocorrem 40 casos de suicídio (Saraiva, 2006a).

Stengel, em 1964, foi perentório ao afirmar que a tentativa de suicídio deve ser estudada como um fenómeno diferente do suicídio, pois enquanto o suicídio significa um ato fatal de autodestruição, a "tentativa de suicídio significa o mesmo ato não fatal, cometido com intenção mais ou menos consciente de destruir a própria vida, embora uma intenção vaga e ambígua" (Stengel, 1964/1980, p. 18). O autor reflete, ainda, sobre a importância da intencionalidade de morrer, do grau de perigo do ato para a vida e do conhecimento que o indivíduo possuía sobre o mesmo (Stengel, 1964/1980). Exemplificando com um caso da literatura, "o salto de Gloucester (cego) no Rei Lear daquilo que ele julgava serem as falésias de Dover, foi subjetivamente uma séria tentativa de suicídio, mas na realidade perfeitamente inofensiva" (Stengel, 1964/1980, p. 78).

Beck (1973, cit in Maris, 1992a) diferencia as tentativas de suicídio dos suicídios consumados com base exatamente nos mesmos critérios que estabeleceu para caracterizar os atos suicidas (cf. p. 18).

Segundo Maris (1992a), existem pelo menos tantos tipos de tentativas de suicídio como de suicídios consumados. Por exemplo, depois de controladas variáveis como o sexo, a idade e a raça, podem propor-se as seguintes distinções: (a) psicóticas *vs*. não-psicóticas; (b) orgânica *vs*. não-orgânica; (c) interpessoal *vs*. não-interpessoal; (d) intenção autodestruidora *vs*. intenção heterodestruidora; (e) desespero *vs*. procura de mudança; (f) altruísta *vs*. narcisista; (g) desejo de correr riscos *vs*. verdadeiro desejo de morrer e (h) única *vs*. múltiplas tentativas. Todas estas distinções precisam de ser devidamente especificadas quando se pretende avaliar ou predizer uma tentativa de suicídio.

Tendo como suporte o esquema de classificação de Mayo (1992), o que diferencia o suicídio das tentativas de suicídio é a componente de fatalidade, isto é, o ato é planeado e realizado pelo próprio com a intenção de morrer, mas o resultado do mesmo não é a morte.

As definições de tentativa de suicídio propostas por O'Carroll et al. (1998, p. 34) e por Silverman et al. (Silverman et al., 2007b, p. 273) são praticamente idênticas. Os autores definem uma tentativa de suicídio como um comportamento potencialmente autolesivo com um resultado não fatal, para o qual existe evidência (explícita ou implícita) de que a pessoa tinha alguma intenção (superior a zero) de se matar

(O'Carroll et al., 1998; Silverman et al., 2007b), sendo esta definição atualmente consensual na comunidade científica.

O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS), em Portugal, define tentativas de suicídio como um "ato levado a cabo por um indivíduo e que visa a sua morte, mas que, por razões diversas, geralmente alheias ao indivíduo, resulta frustrado" (DGS, 2013, p. 104).

O suicídio consumado e a tentativa de suicídio podem ser agrupados sob a designação *atos suicidas*, como já foi referido anteriormente (DGS, 2013; O'Carroll et al., 1998, p. 34).

Segundo O'Carroll et al. (1998, p. 34), os atos suicidas consistem num "comportamento potencialmente autolesivo para o qual existe evidência (explícita ou implícita) de que a pessoa tencionava em algum grau (não zero) matar-se a si própria" (p.34.). Um ato suicida pode resultar em morte (suicídio consumado), lesões ou mesmo ausência de lesões (tentativas de suicídio).

A análise das múltiplas definições de suicídio e de tentativa de suicídio permite encontrar como denominador comum os termos intenção, intencional ou intencionalmente, sendo esta característica qualificada como "a característica mais subtil da definição" (Mayo, 1992, p. 95).

A intenção refere-se ao objetivo, ao propósito do ato e, neste âmbito, tem inerente o desejo consciente de morrer (Silverman et al., 2007a). A existência de intenção de morrer requer, portanto, que o indivíduo conheça ou tenha presente na sua mente que aquele ato específico irá provavelmente resultar em morte (M. L. Rosenberg et al., 1988).

A intenção, apesar de figurar de forma proeminente na definição do suicídio e da tentativa de suicídio, é considerada de difícil avaliação por razões conceptuais e metodológicas (Mayo, 1992; M. L. Rosenberg et al., 1988; Silverman, 2006; Silverman et al., 2007a).

O termo pode ser considerado vago, na medida em que envolve questões de grau, e, insuficiente, pelo facto de num mesmo ato poderem coexistir diferentes intenções e/ou intenções ambivalentes (Mayo, 1992).

Nos casos de suicídio é particularmente complexo avaliar a intenção nas seguintes situações: (a) quando a morte não é imediata ou quando é uma consequência inesperada de um ato potencialmente autodestrutivo; (b) quando o corpo nunca é encontrado; (c)

quando se trata de afogamentos, quedas ou saltos sem testemunhas ou (d) quando se trata da morte de uma criança muito jovem que não tem capacidade para avaliar se as consequências de determinado ato seria a morte, como saltar de uma janela, engolir veneno ou atravessar-se na frente de um carro (M. L. Rosenberg et al., 1988).

Em casos menos excecionais, existem alguns aspetos que podem auxiliar na avaliação da intenção de morrer, como por exemplo, o desenvolvimento da autópsia psicológica[14], exames toxicológicos, o método utilizado e o conhecimento sobre o seu grau de letalidade, notas ou cartas de suicídio, precauções para que o seu plano suicida não fosse descoberto (M. L. Rosenberg et al., 1988). No caso das tentativas de suicídio, é ainda possível acrescentar a avaliação da intenção expressa pelo indivíduo após o ato suicida e as expressões verbais e não-verbais, diretas ou indiretas dessa intenção (Peixoto & Azenha, 2006; M. L. Rosenberg et al., 1988).

Apesar das várias limitações do conceito, "a intenção é uma componente essencial da definição de suicídio e tentativa de suicídio primariamente porque permite a distinção entre a morte acidental e a morte por suicídio" (Andriessen, 2006, p. 537). Nos casos em que o ato não é fatal, permite também a distinção entre os casos de tentativas de suicídio e os atos autolesivos (Silverman, 2006; Silverman et al., 2007b).

Estudos que usam escalas para medir a intenção suicida, identificam a intensidade da intenção de morrer como o melhor preditor de suicídio em pessoas que já realizaram tentativas de suicídio. A intensidade da intenção de morrer pode ser um importante indicador da probabilidade de uma próxima tentativa de suicídio ser fatal, pois sabe-se que existe uma tendência para a repetição/recorrência destes atos após a primeira tentativa (Suominen, Isometsa, Ostamo, & Lonnqvist, 2004).

Atualmente, é consensual usar a presença de intenção de morrer como critério de distinção entre as tentativas de suicídio e os *comportamentos autolesivos* (Silverman et al., 2007b); no entanto, a literatura mostra que os vários termos relacionados com os comportamentos autolesivos não-fatais têm sido usados indistintamente e alvos de

[14] Investigação retrospetiva dos fatores psicológicos e história de vida recente do indivíduo (Maris, 1992a).

várias designações, o que tem gerado alguma confusão clínica, teórica, operacional e linguística (Silverman, 2006).

Porém, já Kreitman, em 1969, tinha referido que o termo tentativa de suicídio não era o mais adequado para os atos em que, na verdade, as pessoas não tencionavam morrer (Silverman, 2006).

Kreitman propôs o termo *para-suicídio* para caracterizar os atos que simulam um gesto suicida, cometido deliberadamente pelo sujeito, mas que não têm a morte como objetivo. Nestes atos, o desejo e a intenção de morrer são questionáveis e, por isso, entende-se que os mesmos correspondem mais a um "grito ou choro por ajuda" (Bertolote & Wasserman, 2009).

Este termo foi adotado pela OMS, em 1986, e integrado na *Classificação Internacional das Doenças*, em 1992. Segundo a OMS (1986, p. 2), o para-suicídio consiste num "ato com um resultado não-fatal, em que um indivíduo deliberadamente inicia um comportamento não habitual que, sem a intervenção de outros, provoca autolesão ou ingere uma substância para além da dose prescrita ou reconhecida como terapêutica, o qual tem como objetivo alcançar mudanças que o próprio deseja por via da ocorrência do ato ou das consequências físicas expetáveis" (p. 2). Esta definição não refere sobre a intencionalidade do ato.

O termo para-suicídio foi usado até o *Multicentre Study on Suicide* da OMS ter substituído a terminologia de para-suicídio para tentativa de suicídio, englobando neste conceito todos os atos suicidas independentemente da intencionalidade ou da letalidade dos mesmos (Bille-Brahe et al., 1994, cit in Bertolote & Wasserman, 2009). No entanto, esta mudança deu origem a muitas imprecisões na utilização dos conceitos e despoletou uma grande controvérsia de opiniões entre os autores. Esta situação contribuiu para que vários autores, por um lado, continuassem a defender que o termo tentativas de suicídio fosse usado em exclusivo para os atos suicidas em que existe intenção clara de morrer e, por outro lado, sugerissem outros termos além do para-suicídio (e.g., O'Carroll et al., 1998; Silverman et al., 2007a, 2007b).

Devido às incongruências assinaladas na utilização dos termos, a nomenclatura inicial proposta pela OMS foi posteriormente analisada, tendo sido assinalados os componentes-chave da mesma, designadamente comportamento autoinfligido, com ou sem intenção de morre e o resultado. Foi adotado o termo comportamento suicida não-fatal, em substituição dos termos para-suicídio, tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo deliberado. Todavia, as críticas mantêm-se atuais pelo facto de o termo

comportamento suicida não-fatal poder ser aplicado com ou sem a presença de intenção de morrer (Silverman, 2011).

De acordo com Mayo (1992), por exemplo, após distinguir os termos suicídio e tentativa de suicídio, o autor propõe o termo gestos suicidas para definir os atos em que 'a intenção não é morrer, mas sim expressar desespero e desesperança ou para proferir um "grito por ajuda" na tentativa de melhorar a sua vida' (p. 96), ou seja, um comportamento equivalente ao que os autores anteriores designaram por para-suicídio. Para este autor não devem ser classificados como suicídio, mas sim como mortes acidentais, os casos letais de gestos suicidas quando o indivíduo não tinha a intenção de morrer, dado que os considera como atos acidentalmente fatais. Esta posição veio a ser corroborada mais tarde por Silverman et al. (2007b). Porém, reconhece que apesar de esta ser uma distinção conceptual essencial, na prática é muito difícil de avaliar (Mayo, 1992).

O'Carroll et al. (1998), autores de uma das principais nomenclaturas, propõem o termo comportamento relacionado com o suicídio de tipo instrumental para definir um comportamento potencialmente autolesivo para o qual existe evidência (implícita ou explícita) de que a pessoa: (a) não tinha intenção de se matar (i.e., tinha zero intenção de se matar) e (b) desejava aparentar a intenção de se matar para alcançar outros fins" (e.g., para procurar ajuda, para punir os outros, para receber atenção).

Outros autores têm considerado que esta designação pode ser mal entendida e propõem outros termos para o mesmo fim, tais como comportamento pseudosuicida, uma forma de comportamento suicida, meta-suicídio, comunicações relacionadas com o suicídio (Silverman et al., 2007a), autolesão deliberada, comportamentos autolesivos (Silverman et al., 2007a, 2007b) ou para-suicídio, como já foi referido anteriormente. Presentemente, apesar de continuarem a ser usados vários termos, a designação comportamentos autolesivos parece ser a mais consensual.

De acordo com a nomenclatura proposta por Silverman et al. (2007b) (cf. Tabela 1), os comportamentos autolesivos são definidos como "comportamentos potencialmente autolesivos para os quais existe evidência (implícita ou explícita) de que a pessoa não tinha intenção de se matar (i.e.,) não tinha intenção de morrer. As pessoas envolvem-se em comportamentos autolesivos quando desejam usar a aparência de se matar como forma de alcançar algum outro fim (e.g., procurar ajuda, punir os outros, receber atenção ou regular o humor negativo) (Silverman et al., 2007b, pp. 272-273).

Em Portugal, o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS), adotou igualmente o termo comportamentos autolesivos para se referir a qualquer "comportamento sem intencionalidade suicida, mas envolvendo atos autolesivos intencionais, como, por exemplo: cortar-se ou saltar de um local relativamente elevado; ingerir fármacos em doses superiores às posologias terapêuticas reconhecidas; ingerir uma droga ilícita ou substância psicoativa com propósito declaradamente autoagressivo; ingerir uma substância ou objeto não ingeríveis" (DGS, 2013, p. 104).

Qualquer um dos comportamentos relacionados com o suicídio tem como entidade complementar comum a *ideação suicida* (e.g., O'Carroll et al., 1998).

A ideação suicida consiste num conjunto de "pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida, que podem ser vistos como precursores de comportamentos autolesivos ou atos suicidas" (DGS, 2013).

A ideação suicida é entendida como um marco primário na identificação do risco de futuros comportamentos suicidas, podendo ser operacionalizada de forma hierárquica, desde pensamentos gerais sobre a morte até planificações mais concretas sobre como terminar com a vida. É um conjunto complexo de cognições que normalmente não se restringem ao próprio, englobando também pensamentos sobre a reação dos outros, após tomarem conhecimento da sua morte, e sobre o que escrever num bilhete de despedida (Ferreira & Castela, 1999; Reynolds, 1991).

A ideação suicida pode ser classificada em dois níveis, sendo um primeiro relacionado com a existência de intenção suicida e, um segundo, relacionado com a sua frequência (Silverman et al., 2007b). Assim, num primeiro nível, a ideação suicida pode ser classificada numa das três modalidades: (a) sem intenção suicida; (b) com um grau indeterminado de intenção suicida e (c) com alguma intenção suicida. Num segundo nível, a ideação suicida poderá ser classificada em função dos seguintes aspetos: (a) casual; (b) transitória; (c) passiva; (d) ativa e (e) persistente (Silverman et al., 2007b).

A existência de ideação suicida aumenta o risco de ocorrerem tentativas de suicídio e/ou suicídio consumado (Waldvogel, Rueter, & Oberg, 2008), sendo esse risco tanto mais elevado quanto mais organizado for o plano, em termos de "quando", "onde" e "como" realizar o suicídio (Ferreira & Castela, 1999; Reynolds, 1991), ou seja, quanto mais persistente for a intenção de morrer (Silverman et al., 2007b). Tem sido empiricamente demonstrado que a existência de planos específicos sobre a forma de

concretizar o ato suicida é a dimensão que melhor permite predizer a ocorrência e fatalidade do mesmo (T. E. Joiner et al., 2003).

A ideação suicida é portanto entendida como o início da trajetória que pode conduzir a um ato suicida, daí que características como a intensidade, duração e variabilidade sejam importantes fatores a estimar na sua avaliação. Estes três fatores encontram-se correlacionados de forma positiva e significativa com a realização de tentativas de suicídio, salientando-se o valor explicativo da variabilidade (Witte, Fitzpatrick, Joiner, & Schmidt, 2005).

A ideação suicida, sendo entendida como o fator mais importante de risco, deve ser avaliada nos programas de rastreio de risco suicida, e alguns autores sugerem que o instrumento Questionário de Ideação Suicida de Reynolds é bastante rigoroso e eficiente para esse efeito (Gutierrez & Osman, 2009).

Face ao que vem sendo exposto, mais precisamente a assunção de que a ideação suicida é um marco primário de futuros comportamentos suicidas e de que as tentativas de suicídio são frequentemente antecedentes de suicídios consumados, impõe-se a consolidação da conceção dos pensamentos e comportamentos suicidas como um processo.

O conceito de *processo suicida* foi proposto originalmente por Zubin, em 1974, ao afirmar que o suicídio é mais do que um ato isolado, é o produto final de um processo e, posteriormente, foi operacionalizado por O'Carroll et al. (1998). Estes autores procuraram formular o fenómeno suicida como um *continuum* que, em termos de ideação suicida, pode evoluir desde os pensamentos (“Eu penso sobre a possibilidade de me matar”), à intenção (“Eu quero morrer”) até ao plano (“Eu tenho um plano para me matar”). Além da progressão da ideação suicida, o processo pode progredir por comunicações relacionadas com o suicídio e por tentativas de suicídio. Estes diferentes pensamentos e atos do processo suicida não se excluem mutuamente, variam de intensidade ao longo do tempo, não ocorrendo pela mesma sequência em todos os indivíduos (Silverman et al., 2007a, 2007b).

É de notar que neste processo não podem ser negligenciados os comportamentos autolesivos, frequentemente também designados por para-suicídios, como já foi mencionado, pois embora não integrem a componente da intenção suicida, são bastante prevalentes, sustentados por esquemas mentais negativos e tendem a tornar-se progressivamente mais perigosos para o próprio (Saraiva, 2006a).

Em relação à prevalência, por exemplo, num estudo realizado nos EUA com indivíduos dos 15 aos 54 anos constatou-se que 47.3% dos que realizaram um ato suicida tinham antes levado a cabo um ato que podia ser classificado como um "grito/choro por ajuda", em que a intenção não era a de morrer (Kessler, Borges, & Walters, 1999).

Relativamente à evolução do grau de perigosidade, importa referir que estes atos podem, por um lado, tornar-se uma reação condicionada (ou seja, o indivíduo perante acontecimentos de vida stressantes adota comportamentos autolesivos repetitivos) e, por outro, tendem a ser realizados com métodos cada vez mais letais por duas razões principais: (a) o indivíduo apresenta-se cada vez mais desesperado e (b) pretende transmitir cada vez mais a ideia de um ato sério e dramático, de forma a conseguir uma resposta positiva por parte daqueles que lhe estão próximos (Maris, 1992b).

No que respeita aos esquemas mentais, estes são auto e/ou heterodirigidos, mas negativos em ambos os casos, como por exemplo, "vejam como eu sofro", "olhem como eu fui abandonado", "quero dormir", "apetece-me desaparecer", "vais-te arrepender", "vou ter com ele(a)" (Saraiva, 2006a).

Percebe-se assim que os comportamentos autolesivos (ou para-suicídios) integram facilmente o processo suicida e, mesmo sem intenção de morrer, o indivíduo encontra-se em sofrimento, carece de intervenção clínica e o resultado do seu ato pode ser fatal.

Outros autores alertam ainda para que as comunicações relacionadas com o suicídio também poderão localizar-se num ponto intermédio entre os pensamentos privados sobre o suicídio (cognições) e as ações autolesivas fatais (suicídio) (Silverman et al., 2007b), ou seja, poderão integrar o processo suicida.

Em suma, é relativamente consensual que os pensamentos e comportamentos suicidas devem ser entendidos ao longo de um processo contínuo que pode ir evoluindo dramaticamente até ao resultado fatal. Este entendimento das condutas suicidas, enquanto um processo, oferece a possibilidade de intervir em qualquer uma das fases prévias à consumação do ato, idealmente o mais precocemente possível, maximizando a possibilidade de prevenção do suicídio.

Apesar de todos os avanços e das várias definições e classificações propostas para o comportamento suicida, este campo ainda não está completamente clarificado. Permanece a necessidade de identificar, nomear e classificar todos os componentes do comportamento suicida, de forma a facilitar a partilha de informação e desenvolver ações eficazes para prevenir o início, reduzir a duração, a intensidade, a frequência e

para reduzir as recorrências de pensamentos e comportamentos suicidas (Silverman, 2011; Silverman et al., 2007b). O objetivo para o futuro passa por criar o mínimo possível de categorias e subcategorias para classificar alguém suicida, mas que simultaneamente permitam uma fina diferenciação entre as diferentes categorizações. A formulação de um sistema universal, consensual e consistente poderá ser desenvolvido através da criação de um grupo de trabalho internacional que resolva as diferenças entre os vários sistemas de classificação existentes atualmente (Silverman, 2011).

1.3. Contextualização Epidemiológica

No presente capítulo, apresentam-se os principais dados epidemiológicos do suicídio, no plano internacional, europeu e nacional.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013b), a taxa de suicídios no mundo aumentou em 60% nos últimos 50 anos, especialmente nos países em desenvolvimento. Estima-se que se suicidem cerca de 1.1 milhão de pessoas por ano, o que significa que morrem mais pessoas por suicídio do que devido a guerras e homicídios em conjunto.

A taxa de suicídio mundial é de 16 suicídios por 100 mil habitantes, sendo tradicionalmente mais elevada nos idosos, mas com uma acentuada tendência crescente nas faixas etárias mais jovens (OMS, 2013b). Atualmente, o suicídio está entre as três primeiras causas de morte na faixa etária dos 15 aos 44 anos e a segunda causa de morte dos 10 aos 24 anos (OMS, 2013b).

Em 1998, o suicídio representou 1.8% do total da carga global das doenças, valor que ascenderá a 2.4% em 2020, nos países com economia de mercado (OMS, 2012).

Na Europa regista-se uma taxa de suicídio global de 14.1 suicídios por 100 mil habitantes e, na faixa etária dos 15 aos 29 anos, a mesma taxa sobe para o valor de 19.9, segundo os últimos dados disponibilizados (OMS, 2013a).

Em Portugal, em 2011, ocorreram 1012 suicídios que correspondem a uma taxa de suicídio anual de 10.3 suicídios por 100 000 habitantes, registando-se uma maior ocorrência dos mesmos na região sul de Portugal (Alentejo e Algarve). A taxa de suicídio nos jovens (dos 15 aos 24 anos) em Portugal foi de 4.1 suicídios por 100 mil habitantes (INE, 2012).

Tais dados, porém, poderão estar subdimensionados e não refletir a verdadeira dimensão do problema, dado que em Portugal nem todas as mortes resultantes de suicídio têm sido registadas como tal (DGS, 2013; J. Santos, 2002; Veiga, 2006), à semelhança do que acontece a nível mundial (Bertolote & Fleischmann, 2009; Bertolote & Wasserman, 2009; Moscicki, 2001). Este défice nos registos conduz a dois grandes problemas de saúde pública: (a) a subestimação das taxas de suicídio leva a que a uma distorção da importância e magnitude do problema, limitando a sua compreensão e prevenção e (b) sobrestimação artificial de outros problemas de saúde substitutos (Bertolote & Fleischmann, 2009). De referir que em Portugal estão em curso medidas que visam melhorar o registo das causas de morte, perspetivando-se um conhecimento mais realista acerca do número de suicídios no futuro (DGS, 2013).

Em relação às tentativas de suicídio, estima-se que sejam 20 vezes mais frequentes do que os suicídios consumados na população geral (OMS, 2013b) e cerca de 100 a 200 vezes na população jovem (Bertolote & Fleischmann, 2009). No entanto, não existe um sistema de registo dos casos de tentativas de suicídio que permita monitorizar o número de ocorrências anuais (Silverman et al., 2007a).

Quer os suicídios, quer as tentativas de suicídio têm consequências negativas a nível pessoal, social e profissional, sendo que essas consequências perdurarão muito para além do momento em que o ato é consumado.

Estes dados evidenciam, de forma clara, que os atos suicidas são um sério problema de saúde pública, tanto no plano nacional, como internacional, que carece de medidas direcionadas à redução do seu número de ocorrências.

CAPÍTULO 2. VULNERABILIDADE EM RELAÇÃO AOS ATOS SUICIDAS

Nos últimos anos, autores de diferentes áreas do conhecimento têm proposto vários modelos explicativos do comportamento suicida ao mesmo tempo que têm sido estudados, de forma empírica, os diversos fatores que contribuem para o seu desenvolvimento. Assim, no presente capítulo, propomo-nos apresentar os principais modelos psicológicos explicativos do suicídio, bem como uma revisão dos fatores de risco e de proteção em relação ao mesmo.

2.1. Modelos Explicativos

Os modelos explicativos que têm sido propostos centram-se em aspetos particulares do comportamento suicida, consoante a área de especialização dos respetivos autores, não existindo, atualmente, um modelo global que integre todos os fatores de risco e de proteção, que seja conceptualmente adequado e empiricamente comprovado (A. Berman, Jobes, & Silverman, 2006; O'Connor, 2011).

Os modelos existentes podem ser agrupados de acordo com várias áreas do saber, sob a designação de modelos sociológicos, neurobiológicos, genéticos e psicológicos (A. Berman et al., 2006). A diversidade de modelos traduz a multidimensionalidade do comportamento suicida, uma vez que para este confluem aspetos biológicos, psicológicos, sociológicos, culturais, entre outros. Todavia, como referimos anteriormente, Shneidman (1993) defendeu que o elemento essencial de cada ato suicida é de natureza psicológica, embora não refute o contributo residual de todos os outros fatores. A compreensão do fenómeno suicida deve, neste sentido, privilegiar a componente psicológica.

Os modelos psicológicos integram classicamente a corrente psicanalítica que, de uma forma genérica, concebeu o suicídio como o resultado de uma hostilidade voltada contra si próprio (Freud, 1917/2003). No entanto, uma ampla multiplicidade de estudos com sujeitos deprimidos e suicidas tem falhado em demonstrar a validade da teoria da agressão internalizada (e.g., Beck, Kovacs, & Weissman, 1996; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997), defendendo-se antes uma perspetiva cognitiva do fenómeno.

Antes de especificar os modelos de índole cognitiva, importa referir alguns dos principais modelos que contribuíram para o conhecimento da etiologia e do desenvolvimento do comportamento suicida: (a) Modelo Cognitivo da Depressão e do Suicídio (Rush & Beck, 1978); (b) Modelo de Diastresse-Stresse Desesperança do Comportamento Suicida (Schotte & Clum, 1987); (c) Modelo do Suicídio como Escape para o *Self* (Baumeister, 1990); (d) Modelo Cúbico do Suicídio (Shneidman, 1992, 1993); (e) Modelo Etiológico do Comportamento Suicida (Yang & Clum, 1996); (f) Modelo Clínico do Comportamento Suicida (Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1999); (g) Modo Suicida como Modelo Cognitivo-Comportamental da Suicidalidade (Rudd et al., 2001); (h) Modelo Cognitivo do Comportamento Suicida (Cruz, 2000, 2003, 2006); (i) Modelo Psicológico Interpessoal (T. E. Joiner, 2009); (j) Modelo de Avaliação Esquemática do Suicídio (J. Johnson, Gooding, & Tarrier, 2008); (k) Modelo Cognitivo do Comportamento Suicida (Wenzel & Beck, 2008); (l) Teoria de Ativação Diferencial da Suicidalidade (Williams, Van der Does, Barnhofer, Crane, & Segal, 2008) e (m) Modelo Integrado Motivacional-Volitivo do Comportamento Suicida (O'Connor, 2011).

2.1.1. Modelo Cognitivo da Depressão e do Suicídio (Rush & Beck, 1978)

Aaron Beck foi o autor mais influente na compreensão cognitivista das condutas suicidas. No Modelo Cognitivo da Depressão e do Suicídio, Rush e Beck (1978) preconizaram três conceitos fundamentais para explicar o substrato psicológico da depressão, nomeadamente a tríade cognitiva, os esquemas mentais e as distorções cognitivas.

A tríade cognitiva consiste em três padrões cognitivos que induzem o sujeito a apresentar uma visão idiossincrática e negativa de si próprio, do mundo e do futuro. A visão negativa do futuro prende-se com a desesperança, ou seja, com a perceção de que o sofrimento e os problemas atuais são eternos e que nada de positivo poderá advir com o perpassar do tempo. O suicídio é, então, percecionado como o único meio para lidar com os problemas considerados "irresolúveis" (Rush & Beck, 1978). Embora, inicialmente, o cerne explicativo do suicídio se centrasse na depressão, investigações posteriores têm sugerido que a desesperança constitui um melhor preditor da conduta suicida do que a depressão (Beck et al., 1996).

Os esquemas mentais consistem em estruturas cognitivas relativamente estáveis que se formam com base em experiências pessoais precoces e que assimilam as interpretações construídas para tais experiências. Estes esquemas podem permanecer inativos por tempo indeterminado, mas são ativados sempre que ocorrem acontecimentos de vida similares àqueles que lhes deram origem no passado, o que conduz a interpretações e emoções da mesma natureza das anteriores. Quando os esquemas mentais ativados são disfuncionais conduzem a distorções cognitivas, as quais, por seu turno, acentuam a interpretação negativa dos acontecimentos (Beck et al., 1997; Rush & Beck, 1978).

As distorções cognitivas mais comuns nos pacientes deprimidos e suicidas são a inferência arbitrária, a abstração seletiva, a hipergeneralização, a magnificação e a minimização, a personalização (Beck et al., 1997; Rush & Beck, 1978) e o pensamento dicotómico (Beck et al., 1997).

2.1.2. Modelo Etiológico da Conduta Suicida (Yang & Clum, 1996)

O Modelo Etiológico do Comportamento Suicida teorizado por Yang e Clum (1996) concebeu o suicídio como o resultado final de um conjunto de acontecimentos de vida negativos – vivenciados sobretudo numa fase precoce do desenvolvimento – e dos subsequentes défices cognitivos (Figura 1).

Os autores consideraram que a vivência de experiências negativas, como a psicopatologia familiar, os maus-tratos infantis, a instabilidade familiar, o ambiente familiar globalmente carenciado e as relações negativas com os pares, quer diretamente – por consistirem em acontecimentos intrinsecamente stressantes – quer indiretamente – por mediação dos défices que provocam nas variáveis cognitivas – contribuem para a eclosão da conduta suicida.

Os défices cognitivos considerados são designadamente a baixa autoestima, o *locus* de controlo externo, a dependência da rede social, a desesperança e a baixa capacidade de resolução de problemas, os quais também podem ter um contributo preditivo independente para a conduta suicida (Yang & Clum, 1996).

O efeito dos acontecimentos negativos no funcionamento cognitivo é cumulativo, isto é, os indivíduos que vivenciaram diferentes tipos de acontecimentos negativos têm maior disfuncionamento cognitivo. O efeito do disfuncionamento cognitivo no

comportamento suicida também é cumulativo, ou seja, os indivíduos com diferentes tipos de défices cognitivos são mais suscetíveis de cometerem atos suicidas. Os autores hipotetizaram, por conseguinte, que os indivíduos que vivenciam mais acontecimentos negativos estão mais predispostos a cometerem atos suicidas (Yang & Clum, 1996).

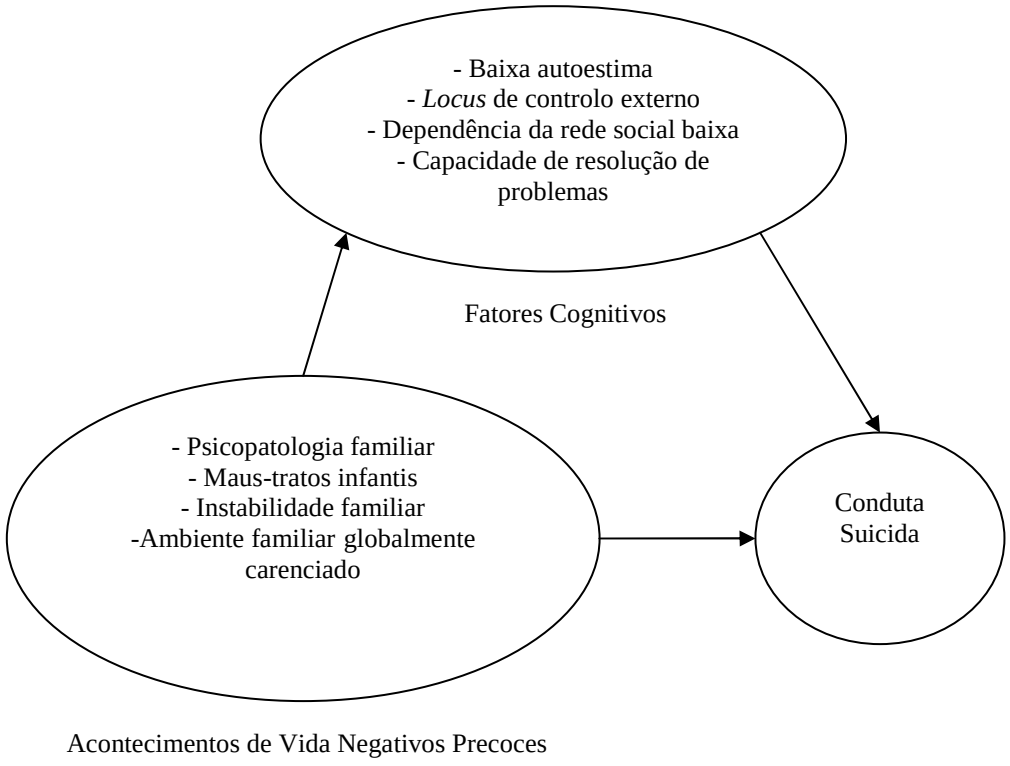


Figura 1. Modelo Etiológico do Comportamento Suicida

O presente modelo foi empiricamente testado pelos próprios autores, em adolescentes com e sem comportamentos suicidas. Os resultados indicam que os acontecimentos negativos têm um efeito ligeiro sobre os comportamentos suicidas, mas um forte impacto sobre o funcionamento cognitivo, o qual por sua vez tem um forte impacto sobre o comportamento suicida. Este estudo empírico permitiu assim concluir que o funcionamento cognitivo funciona como fator mediador entre os acontecimentos de vida negativos e o comportamento suicida (Yang & Clum, 2000).

2.1.3. Modelo Cognitivo da Conduta Suicida (Cruz, 2000, 2006)

O Modelo Cognitivo da Conduta Suicida proposto e testado por Cruz (2000, 2003, 2006) conceptualiza três conjuntos de fatores determinantes na conduta suicida, designadamente fatores de vulnerabilidade, fatores de predisposição e fatores precipitantes (Figura 2).

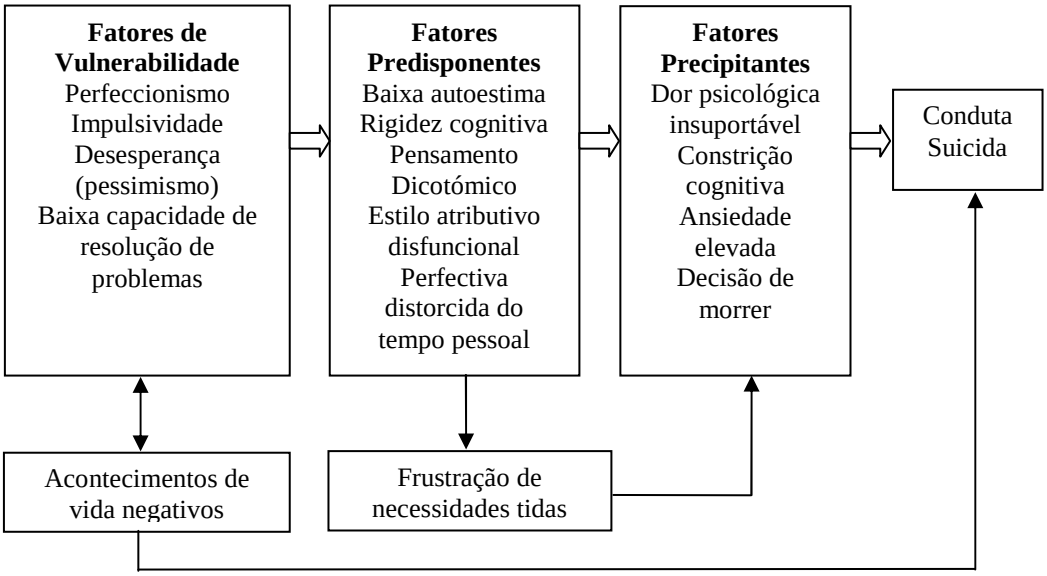


Figura 2. Modelo Cognitivo da Conduta Suicida (Cruz, 2000, 2003, 2006)

Segundo Cruz (2000, 2003, 2006), os fatores de vulnerabilidade constituem a base sobre a qual se funda, desenvolve e instala a crise suicida. Dada a sua natureza estável, desempenham o papel de moderadores e exercem uma influência pervasiva a longo-prazo na forma como o sujeito se relaciona com as suas experiências. Estes fatores integram a vivência de acontecimentos traumáticos e de características de personalidade, como o perfeccionismo, a impulsividade, a desesperança e a baixa capacidade de resolução de problemas.

Os fatores de predisposição, cuja presença acentua o risco de suicídio, funcionam como mediadores entre os acontecimentos de vida e a conduta suicida. Incluem modos cognitivos e comportamentais específicos, como a baixa autoestima, o estilo atributivo disfuncional, o pensamento dicotómico e a perceção distorcida do tempo pessoal.

Os fatores precipitantes consistem nos motivos atuais que determinam o momento e a forma que adota a conduta suicida. Neste grupo, o autor enunciou a dor psicológica insuportável, o desespero, a constrição cognitiva e afetiva, a frustração de necessidades consideradas vitais e a decisão de morrer como a única solução viável para os problemas experienciados.

Desta forma, para que ocorra uma conduta suicida é preciso a combinação de acontecimentos de vida negativos precoces com determinadas características de personalidade, estilos cognitivos disfuncionais e a vivência de acontecimentos atuais considerados intoleráveis, dos quais emerge a dor psicológica que determina a decisão suicida (Cruz, 2000, 2003, 2006).

2.1.4. Modelo Cognitivo do Suicídio (Wenzel & Beck, 2008)

Mais recentemente, um outro Modelo Cognitivo do Comportamento Suicida foi preconizado por Wenzel e Beck (2008). Tendo por base uma perspetiva cognitiva, este modelo assume a existência de três constructos subjacentes ao comportamento suicida, tais como fatores de vulnerabilidade disposicional, processos cognitivos associados a perturbações psiquiátricas e processos cognitivos associados aos atos suicidas (Figura 3).

Os fatores de vulnerabilidade disposicional são entendidos como variáveis-traço, relativamente estáveis, que conferem um risco não específico para perturbações psiquiátricas e para o comportamento suicida. Estes fatores consistem em características psicológicas que aumentam a probabilidade da pessoa se envolver em comportamentos suicidas. Neste grupo de fatores são incluídos: (a) impulsividade e constructos relacionados (e.g., agressividade e hostilidade); (b) défice na capacidade de resolução de problemas; (c) estilo de memória sobre generalizada; (d) estilo cognitivo mal-adaptativo (e.g., pensamento dicotómico e magnificação) e (e) personalidade (e.g., o perfeccionismo e o neuroticíssimo).

Os processos cognitivos associados a perturbações psiquiátricas são conteúdos cognitivos mal-adaptativos e vieses no processamento da informação (o que pensam e como pensam, respetivamente) que estão associados a diferentes perturbações psicológicas.

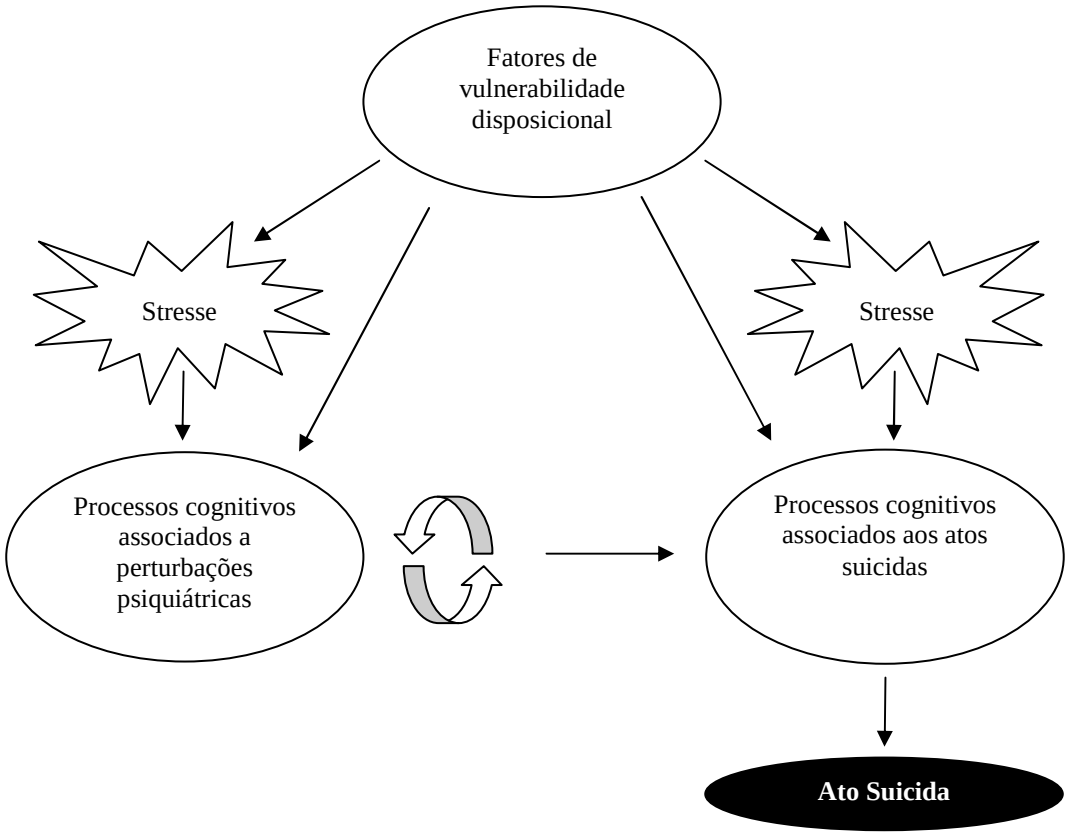


Figura 3. Modelo Cognitivo do Comportamento Suicida (Wenzel & Beck, 2008)

Segundo o modelo cognitivo das perturbações psiquiátricas, os acontecimentos externos e os estímulos internos são processados de forma enviesada, conduzindo a uma integração distorcida das experiências pessoais e a erros cognitivos. O tipo de enviesamento cognitivo e o seu conteúdo depende da natureza dos esquemas mentais dos sujeitos. Os sujeitos deprimidos têm esquemas mentais que os induzem, por exemplo, a hipervalorizar as situações negativas em detrimento das positivas. Estes esquemas podem permanecer inativos durante longos períodos de tempo até que sejam ativados pela ocorrência de acontecimentos de vida stressantes. Uma vez ativados, numa situação específica, determinam diretamente o modo como a pessoa irá responder.

Uma grande parte dos suicídios surge associada a perturbações psicológicas, o que significa que estão presentes esquemas típicos das perturbações psicológicas. No entanto, os autores sugerem que além destes esquemas, os sujeitos suicidas têm esquemas específicos que os conduzem ao comportamento suicida.

Este modelo propõe que os processos cognitivos associados às perturbações psicológicas podem ativar o desenvolvimento dos processos cognitivos associados à

conduta suicida. Quanto maior for a frequência, a intensidade e/ou a duração das cognições associadas às perturbações psiquiátricas, maior é a probabilidade de os esquemas suicidas serem ativados, facilitando, por sua vez, o surgimento do processo cognitivo específico do suicídio.

Os processos cognitivos associados aos atos suicidas têm estado centrados na desesperança, quer por ser a característica que melhor discrimina os sujeitos suicidas daqueles que têm outras perturbações, quer por ser o melhor preditor de futuras condutas suicidas. Neste modelo, a desesperança-traço é encarada como um esquema mental suicida que, quando ativado por determinados stressores ambientais, promove o surgimento da desesperança-estado.

Todavia, apesar da forte associação entre a desesperança e a conduta suicida, nem sempre a desesperança assume o papel determinante neste tipo de condutas. A desesperança parece ser mais influente nos sujeitos que realizam atos suicidas com efetiva intenção de morrer, do que naqueles sujeitos que têm baixa intenção de morrer e que pretendem chamar a atenção ou comunicar o seu mal-estar aos outros.

Assim, este modelo considera que existem dois esquemas suicidas, uns que são caracterizados pela desesperança crónica e outros que são caracterizados pela desesperança-estado (a situação atual é percecionada como intolerável e insuportável). Quando a desesperança-estado aumenta, crescem também os níveis de ideação suicida, o que torna mais provável o ato suicida.

O estado de desesperança em conjunto com o processamento enviesado da informação promove o desenvolvimento de ideação suicida e aumenta o risco de suicídio. Os sujeitos antes de cometerem uma tentativa de suicídio revelam uma atenção focada nesse ato, estado de desorientação cognitiva, rapidez de pensamentos, “visão em túnel” ou constrição cognitiva, que os leva a perceber o ato suicida como a única solução para os problemas.

Assim, os processos cognitivos associados à conduta suicida podem ser despoletados quando um esquema cognitivo é ativado. Estes esquemas cognitivos suicidas podem, por sua vez, ser ativados por três conjuntos de variáveis, nomeadamente fatores de vulnerabilidade disposicionais, frequência, intensidade e/ou duração das cognições associadas às perturbações psicológicas e por acontecimentos de vida stressantes.

Nos sujeitos que realizam condutas suicidas sem terem uma perturbação psicológica específica, os esquemas suicidas são ativados por influência dos fatores de vulnerabilidade disposicional ou por acontecimentos de vida extremamente negativos.

Em suma, existem duas vias principais que conduzem à eclosão da conduta suicida: (a) fatores de vulnerabilidade disposicional que conduzem a perturbações psicológicas com cognições específicas e estas, por sua vez, despoletam cognições típicas da conduta suicida, perante a ocorrência de acontecimentos stressantes e (b) fatores de vulnerabilidade disposicional altamente desenvolvidos que, em conjunto com a ocorrência de acontecimentos stressantes, desencadeiam cognições suicidas, sem a interferência de perturbações psicológicas.

Este processo desenvolve-se progressivamente até que a pessoa não consegue tolerar mais o desespero que sente, resultante do seu estado cognitivo emocional, e adota a conduta suicida (Wenzel & Beck, 2008).

A análise dos diferentes modelos psicológicos do comportamento suicida permite identificar um conjunto de fatores comuns com relevância no desenvolvimento do comportamento suicida. De salientar a influência da vivência de acontecimentos de vida negativos na infância, que funcionam como fatores de vulnerabilidade a longo-prazo; o desenvolvimento de determinadas características psicológicas, de que são exemplo a desesperança e a baixa autoestima, as quais aumentam a probabilidade de ocorrência de um comportamento suicida e, por último, a interação entre a vulnerabilidade prévia, as características psicológicas e a vivência de acontecimentos stressantes atuais, percecionados como intoleráveis e insuportáveis, que podem despoletar a crise suicida.

2.2. Fatores de Risco

A revisão da literatura identifica vários fatores de risco e de proteção em relação ao suicídio. No entanto, é importante salientar que nem a presença de fatores de risco conduz garantidamente a um comportamento suicida, nem a existência de fatores protetores impede a ocorrência dos mesmos. Além disso, para que ocorra um comportamento suicida não é necessário a presença de todos os fatores de risco em todos os indivíduos.

Os *fatores de risco* consistem em características ou variáveis que aumentam a probabilidade dos indivíduos desenvolverem ideação suicida ou adotarem condutas suicidas (M. L. Rosenberg et al., 1988). Um fator de risco pode tornar mais provável a ocorrência de um ato suicida, mas não é necessariamente um fator causal. Um historial de suicídio na família, por exemplo, é um fator de risco, mas não um indicador implícito da futura ocorrência do ato (M. L. Rosenberg et al., 1988).

Os fatores de risco podem ser organizados em níveis de risco ou em categorias.

O nível de risco em relação ao suicídio pode ser classificado da seguinte forma: (a) risco baixo; (b) risco moderado ou (c) risco alto. Os adolescentes com baixo risco de suicídio podem, por exemplo, ocasionalmente sentir mal-estar psicológico, mas não têm problemas sérios em casa, nem na escola, não têm história de depressão, não têm problemas emocionais graves, têm bom suporte social e geralmente querem ajuda para resolver os seus problemas. Aqueles adolescentes com moderado risco têm, a título de exemplo, ideação suicida decorrente de problemas familiares e/ou escolares sérios, sintomatologia depressiva, dificuldades de controlo, pais separados e abuso pontual de bebidas alcoólicas. Por último, os adolescentes com alto risco de suicídio não têm geralmente objetivos de futuro, odeiam os seus pais e a escola, acreditam que a vida pode ser melhor se eles estiverem mortos, foram expulsos de casa pelos pais devido ao abuso de drogas, abandonaram ou têm vontade de abandonar a casa, perderam o melhor amigo por acidente, terminaram a relação com a namorada, reprovaram repetidamente na escola, têm fácil acesso a armas e abusam de álcool e drogas (Committee on Adolescence, 2000).

A categorização dos fatores de risco, por sua vez, pode variar em função dos critérios utilizados, como a perspetiva epidemiológica ou a natureza do fator de risco.

De acordo com a perspetiva epidemiológica, os fatores de risco podem ser distinguidos em distais e proximais (Moscicki, 2001).

Os fatores distais são aqueles que estão na base do desenvolvimento do comportamento suicida (Moscicki, 2001). Estes fatores podem não ser específicos para o suicídio, na medida em que também podem facilitar o aparecimento de outros problemas psicológicos.

Os fatores proximais são antecedentes mais imediatos do ato suicida (Moscicki, 2001) (Moscicki, 2001). A interação entre os fatores distais e os fatores proximais pode representar um efeito cumulativo de aspetos ambientais e/ou individuais que conduzem à eclosão do suicídio. Todavia, deve-se salientar que devido ao efeito dos fatores

protetores, os sujeitos podem ser expostos a um ou mais fatores de risco e não se suicidarem (Meadows, Kaslow, Thompson, & Jurkovic, 2005; Moscicki, 2001).

De acordo com a natureza, os fatores de risco podem ser classificados em biológicos, psicológicos ou sociais e associados ao indivíduo, à família ou ao ambiente (U.S. Public Health Service, 2001). Outros autores classificam-nos em individuais, familiares, sociodemográficos e acontecimentos stressores (Waldvogel et al., 2008).

Conjugando ambas as categorizações, os fatores distais tanto podem incluir experiências de natureza individual (e.g., experiência passada de abuso físico) como ambiental (e.g., meio familiar disfuncional). Do mesmo modo, os fatores proximais podem corresponder a acontecimentos extremamente stressantes de natureza individual (e.g., discussão com o namorado) ou ambiental (e.g., perda da casa devido a um incêndio) (Moscicki, 2001).

Os fatores de risco mais comuns para o comportamento suicida são a história de suicídio na família, a história de suicídio do próprio, vivência de acontecimentos de vida negativos, algumas características de personalidade, padrões de vinculação inseguros e a associação com a psicopatologia.

Um dos fatores de risco frequentemente associado à conduta suicida é a história de suicídio na família (Goodwin, Beautrais, & Fergusson, 2004; Mittendorfer-Rutz, Rasmussen, & Wasserman, 2008; Sampaio, 2000). Num estudo realizado por Roy (2004) verificou-se que 27.9% dos indivíduos que cometeram suicídio tinham este tipo de comportamentos na história familiar e num outro estudo, de Sperb e Werlang (2004), 56.3% alegaram ter parentes de primeiro ou segundo grau que haviam cometido suicídio. Estes resultados parecem indicar que há uma certa transmissão familiar das condutas suicidas para os descendentes, havendo várias hipóteses em estudo atualmente, desde a influência genética aos modelos de aprendizagem e imitação.

As famílias dos indivíduos com comportamentos suicidas apresentam geralmente relações afetivas disfuncionais (Mittendorfer-Rutz et al., 2008; Roy, 2004; J. Santos, 2006), poucas competências sociais, fracas redes de suporte, baixos níveis socioeconómicos, hábitos de violência e negligência (Mittendorfer-Rutz et al., 2008; Roy, 2004). O ato suicida pode também ser percecionado como uma forma de resolver ou evitar os problemas, à semelhança (ou por modelagem/imitação) do estilo de *coping* utilizado por outro(s) membro(s) da família (Mittendorfer-Rutz et al., 2008).

A história de tentativas de suicídio parece ser também um dos principais fatores de risco. Uma revisão da literatura mostra que aproximadamente 10% a 15% dos

indivíduos que realizam tentativas de suicídio acabam por morrer devido a atos suicidas e, numa outra perspetiva, 30% a 40% dos que morrem por suicídio têm uma história prévia de tentativas de suicídio (A. Berman et al., 2006).

O melhor preditor de futuras condutas suicidas é a história de comportamentos suicidas (Gutierrez & Osman, 2008). Portanto, um dos grandes desafios será identificar os adolescentes que estão em risco antes da ocorrência dos atos suicidas, o que permitirá reduzir a incidência dos mesmos (Gutierrez & Osman, 2008).

A vivência de determinados acontecimentos de vida negativos, pela sua frequência e/ou impacto, parecem aumentar a vulnerabilidade para a adoção de futuros comportamentos suicidas. Entre os acontecimentos de natureza negativa que têm sido mais comummente associados à manifestação de ideação suicida e/ou comportamento suicida pode enunciar-se os abusos físicos (A. L. Beautrais, 2000; Brodsky, Malone, Ellis, Dulit, & Mann, 1997; Brodsky et al., 2001; Brodsky & Stanley, 2001; Dieserud, Forsén, Braverman, & Røysamb, 2002; Langhinrichsen-Rohling, Monson, Meyer, Caster, & Sanders, 1998; Saraiva, 1999; Ystgaard, Hestetun, Loeb, & Mehlum, 2004), os abusos psicológicos (Dieserud et al., 2002; Langhinrichsen-Rohling et al., 1998), os abusos sexuais (Barker-Collo, 2001; A. L. Beautrais, 2000; Brodsky et al., 1997; Brodsky et al., 2001; Brodsky & Stanley, 2001; Dieserud et al., 2002; Langhinrichsen-Rohling et al., 1998; Martin, Bergen, Richardson, Roeger, & Allison, 2004; Saraiva, 1999; Swanston, Nunn, Oates, Tebbutt, & O'Toole, 1999; Tyler, 2002; Ullman, 2004; Ystgaard et al., 2004), as perdas (Bowlby, 1979/1990, 1980; Dieserud et al., 2002; Sampaio, 2000; Saraiva, 1999; Ystgaard et al., 2004) e os problemas de saúde física ou psicológica do próprio ou de membros da família nuclear (Mittendorfer-Rutz et al., 2008; OMS, 2000b; Vilhjalmsson, Kristjansdottir, & Sveinbjarnardottir, 1998).

Outro tipo de acontecimentos stressantes na vida dos adolescentes e que pode despoletar um ato suicida são os problemas académicos, os relacionamentos problemáticos com os pares, o abuso de álcool ou drogas (Waldvogel et al., 2008), os problemas familiares (Waldvogel et al., 2008; Walker, Ashby, Hoskins, & Greene, 2009) e o baixo estatuto económico (Walker et al., 2009).

As características de personalidade mais associadas ao desenvolvimento de ideação suicida são a desesperança (Beck et al., 1996; Beck et al., 1997; Wilson, Deane, Marshall, & Dalley, 2010), o perfeccionismo (Cruz, 2006; Hewitt, Flett, & Turnbulldonovan, 1992; Hewitt, Flett, & Weber, 1994; Hewitt, Newton, Flett, & Callander, 1997; Roxborough et al., 2012), a baixa capacidade de resolução de

problemas (Chang, 2002; Wenzel & Beck, 2008; Yang & Clum, 1996), a impulsividade (Brodsky et al., 1997; Brodsky et al., 2001; Corruble, Damy, & Guelfi, 1999) e o neuroticismo (Chioqueta & Stiles, 2005; Kerby, 2003). A presença e persistência destas características tornam os sujeitos mais vulneráveis à adoção de condutas suicidas perante as adversidades da vida.

Também os padrões de vinculação de tipo inseguros – formados a partir de relações não promotoras de confiança, proteção e afeto – tendem a permanecer estáveis nas diferentes relações significativas ao longo da vida, influenciando os pensamentos e comportamentos sobre si e sobre os outros. Estes padrões de vinculação insegura – especialmente os preocupados e receosos – são normalmente identificados nos sujeitos com níveis de ideação suicida mais elevados, ou seja, a ideação suicida parece estar associada a uma autoimagem negativa (Ledgerwood, 1999; Lessard & Moretti, 1998).

A existência de psicopatologia parece ser um dos fatores de risco mais importantes. A realização de autópsias psicológicas a óbitos por suicídio revela que em aproximadamente 90% dos casos existia uma psicopatologia prévia à realização do ato, sendo as mais comuns as perturbações do humor, perturbações pela utilização de substâncias e perturbações disruptivas do comportamento (Fleischmann, Bertolote, Belfer, & Beautrais, 2005).

A Perturbação Depressiva é indubitavelmente a entidade nosológica mais associada às condutas suicidas (Arsenault-Lapierre, Kim, & Turecki, 2004; De Leo & Evans, 2004; Fleischmann et al., 2005; McKeon, 2009; Mousavi & Tallaei, 2004; Rihmer, 2011; Saraiva, 2006b). Outras perturbações também frequentemente relacionadas com a realização de atos suicidas são o Abuso de (Arsenault-Lapierre et al., 2004; De Leo & Evans, 2004; McKeon, 2009), as Perturbações Disruptivas do Comportamento (Fleischmann et al., 2005), a Esquizofrenia (McKeon, 2009), as Perturbações de Personalidade (Arsenault-Lapierre et al., 2004; McKeon, 2009) e as Perturbações de Pós-Stresse Traumático (Ben-Ya'acov & Amir, 2004; Harper, Stalker, Palmer, & Gadbois, 2008; M. P. Thompson et al., 1999).

Os adolescentes que cometem atos suicidas têm vários problemas psicológicos, ou seja, podemos falar da presença de uma comorbilidade de perturbações psiquiátricas que tornam mais provável a ocorrência de atos suicidas (T. R. Miller & Taylor, 2005).

Apesar de se estabelecer com frequência esta associação entre a doença mental – sobretudo da perturbação depressiva e do abuso de substâncias – e o suicídio, a maioria das pessoas com estas perturbações não comete atos suicidas (McKeon, 2009). Além

disso, é de sublinhar que em determinados casos o suicídio pode ser cometido na ausência de perturbações mentais específicas, pois a desesperança, as distorções do pensamento, a constrição cognitiva e emocional ou a impulsividade emergem como precipitantes/facilitadores do ato (Cruz, 2006; Shneidman, 1993; Wenzel & Beck, 2008).

Importa referir que cada fator de risco aumenta potencialmente o risco de um adolescente tentar ou cometer suicídio (Waldvogel et al., 2008), ou seja, parece existir um efeito cumulativo dos mesmos. Vários estudos empíricos demonstram, efetivamente, que os adolescentes que cometeram atos suicidas apresentavam múltiplos fatores de risco.

Num estudo desenvolvido com 187 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos, a maioria (66%) tinha sérias dificuldades em casa e na escola e os problemas de comportamento e a depressão foram os problemas de saúde mental mais comuns. Quinze porcento dos suicídios resultaram do abuso de drogas ou álcool e 14% resultaram de acontecimentos de vida stressantes (Sankey & Lawrence, 2005).

Shaffer et al. (1996) desenvolveram um estudo sobre a prevalência de perturbações psiquiátricas através do estudo de 120 autópsias psicológicas de jovens com menos de 20 anos que cometeram suicídio. Os resultados mostram que 90% dos jovens apresentavam pelo menos uma perturbação psiquiátrica do DSM e 70% duas perturbações, sendo as mais comuns as perturbações do humor (61%), perturbações disruptivas (50%) e perturbações de abuso de substâncias (35%). Os fatores de risco mais importantes foram a presença de uma perturbação psicopatológica, conflitos com os pais, presença de uma arma em casa e a realização de uma tentativa de suicídio anterior.

Gould, Fisher, Parides, Flory e Shaffer (1996) analisaram 120 autópsias psicológicas de jovens que cometeram suicídio (dos quais 101 com idades entre os 15 e os 19 anos) com o objetivo de avaliar a influência dos fatores familiares, sociais e ambientais. Os autores concluíram que os fatores psicossociais têm um impacto significativo no risco de suicídio, independentemente da existência de alguma perturbação psiquiátrica. Os fatores psicossociais de maior risco para os adolescentes foram a pobre comunicação com os seus pais, pai com problemas com a justiça, história familiar de comportamento suicida, crises de indisciplina, perdas recentes (para os rapazes) e problemas escolares ou profissionais (M. S. Gould et al., 1996).

Um outro estudo realizado com jovens com idade inferior a 25 anos comparou três grupos: (a) grupo de indivíduos que cometeram suicídio; (b) grupo que realizou tentativa de suicídio grave e (c) grupo de tentativas de suicídio. Os resultados mostram que os grupos (a) e (b) apresentam como fatores de risco comuns a existência de perturbação do humor, baixas qualificações escolares, história de cuidados de saúde mental e exposição a acontecimentos de vida stressantes, sendo o sexo masculino um fator de risco característico apenas do grupo que morreu devido a suicídio (A. L. Beautrais, 2003b).

Esta abordagem aos fatores que fundamentam a adoção de condutas suicidas permite constatar a complexidade do percurso cognitivo, comportamental e emocional que conduz à eclosão destas condutas, reforçando a convicção consensual acerca da complexidade do fenómeno.

2.3. Fatores de Proteção

Os *fatores protetores* têm sido definidos como "fatores biológicos, psicológicos ou sociais do indivíduo, da família e do ambiente" que "tornam menos provável que os indivíduos desenvolvam uma perturbação" (U.S. Public Health Service, 2001, p. 201).

Durante muitos anos, assumiu-se que os fatores protetores teriam simplesmente esta função de proteger os indivíduos de perturbações psicopatológicas e do envolvimento em comportamentos suicidas. Corresponderiam, portanto, de um ponto de vista lógico à ausência de fatores de risco. No entanto, mais recentemente têm sido desenvolvidos estudos que atribuem funções adicionais aos fatores protetores (A. Berman et al., 2006).

Estes fatores moderam também a ocorrência de comportamentos problemáticos mesmo em indivíduos que acumulam vários fatores de risco (Kalafat, 2003), ou seja, mitigam o efeito da exposição aos fatores de risco e diminuem a probabilidade de comportamentos suicidas (A. L. Beautrais, 2003a). Este facto explica o por quê de entre os indivíduos expostos a vários fatores de risco, apenas uma parte cometa tentativas de suicídio (A. L. Beautrais, 2003a).

Os fatores protetores podem incluir as razões para viver (Pompili, Innamorati, Girardi, Tatarelli, & Lester, 2011), as crenças religiosas (Pompili et al., 2011), a capacidade de resolução de problemas (A. Berman et al., 2006; Chang, 2002; Kalafat,

2003; Wenzel & Beck, 2008; Yang & Clum, 1996), as boas competências sociais (Pompili et al., 2011), o suporte social satisfatório (Pompili et al., 2011), o temperamento flexível (A. L. Beautrais, 2003a), o *locus* de controlo interno (A. L. Beautrais, 2003a), boa autoestima, experiências positivas na escola e na família (A. L. Beautrais, 2003a), como seja a oportunidade para participar nas decisões e dar contributos (Kalafat, 2003), bons padrões familiares (Pompili et al., 2011), boas relações emocionais pelo menos com uma pessoa na família (A. L. Beautrais, 2003b) e o contacto com adultos cuidadores (Kalafat, 2003).

O contributo independente dos fatores protetores é um promissor campo de investigação que poderá permitir explicar o que diferencia os indivíduos que, perante fatores de risco similares, se envolvem em comportamentos suicidas daqueles que não apresentam tendência para este tipo de comportamentos (A. Berman et al., 2006).

CAPÍTULO 3. PREVENÇÃO DOS ATOS SUICIDAS

A literatura expressa a importância que tem sido atribuída aos diferentes aspetos do comportamento suicida ao longo dos séculos. Enquanto a reflexão em torno da aceitabilidade moral do suicídio e das conceptualizações teóricas acompanham a história da própria Humanidade e as intervenções clínicas têm representado uma preocupação crescente no decurso do século passado, o interesse acentuado nas estratégias preventivas é novidade sobretudo das últimas três décadas.

Os estudos internacionais e nacionais começaram a aperceber-se do papel fundamental que a prevenção do suicídio poderia desempenhar na qualidade da saúde mental dos indivíduos mais propensos para tais comportamentos, bem como daqueles que, não tendo essas tendências, convivem ou se relacionam com esses indivíduos. Além destas vantagens diretas, a prevenção poderia, igualmente, representar uma poupança económica com os dias de trabalho perdidos e com os cuidados de saúde física e psicológica associados a tentativas de suicídio, quer do próprio, quer dos familiares envolvidos.

Face ao exposto no presente capítulo, é nosso intuito apresentar uma breve revisão da história das atividades de prevenção do suicídio, os modelos conceptuais de enquadramento das atividades de prevenção, das atividades de prevenção primária em geral e em particular, em meio escolar, dirigidas a adolescentes, em contexto internacional e nacional.

3.1. Evolução Histórica

Há autores que atribuem a Durkheim a primeira ideia de prevenção do suicídio, na medida em que o autor pressupõe que promovendo o equilíbrio dos fatores integração social e regulação social se poderia evitar o suicídio (Jenkins & Singh, 2000). Esta ideia resulta da explicação teórica do fenómeno, porém a intenção e a atividade do autor não consistiam em implementar estratégias de prevenção.

As primeiras iniciativas de prevenção do suicídio tiveram como objetivo resgatar indivíduos num período de crise suicida. A primeira organização com este propósito foi,

em 1893, a *Lemberg Volunteer Rescue Society* (1893-1906) (Pompili, 2011). No ano de 1906, em Londres, *The Salvation Army* inaugurou o *Suicide Prevention Department*, e, em Nova York, foi fundada a *National Save-A-Life League* que era uma organização com princípios religiosos (De Leo, 2011; Pompili, 2011).

Em 1947, foi formada uma equipa especializada em prevenção do suicídio na Clínica Neuropsiquiatra da Universidade de Viena. Em 1953, na *Central London Church*, o Rev. Chad Varah começou a prestar ajuda a pessoas desesperadas e com ideias suicidas, o que mais tarde deu origem à instituição *The Samaritans*, que continua ainda a exercer um papel fundamental nesta área (Pompili, 2011).

Em 1958, abriu o *Los Angeles Suicide Prevention Center*, fundado pelo Serviço de Saúde Pública dos EUA (Reed & Silverman, 2009). Em 1965, no *National Institutes of Mental Health* em Washington, DC, foi fundado o *Center for Studies of Suicide Prevention* (CSSP), tendo como diretor Edwin Shneidman. Uma das primeiras atividades deste centro foi entrevistar mais de cinquenta investigadores e estudantes na área da prevenção do suicídio com o intuito de formar uma *Task Force* para identificar prioridades e estabelecer atividades. A *Task Force* reuniu em 1970, em Phoenix, para definir um conjunto de atividades extremamente pertinentes e ambiciosas, mas algumas ainda não foram concretizadas, apesar de a sua importância se manter atual (A. L. Berman, 2011).

A primeira cooperação da OMS em estudos na área da prevenção do suicídio foi estabelecida em 1986, num encontro em Nova York, promovido pela *WHO Regional Office for Europe*, em Copenhaga, e coordenado pelo Dr. John Henderson. Em 1888, o *WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide* (renomeado como *WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour*, em 1999, em Atenas) começou a sua atividade no terreno com treze países envolvidos e terminou oficialmente em 2001 com trinta e cinco centros inscritos (De Leo, 2011).

Entretanto, em 1989, a OMS recomendou que os estados membros desenvolvessem programas de prevenção nacionais, se possível em articulação com as políticas de saúde pública, e estabelecessem comités de coordenação nacional. Essa abordagem seria baseada na identificação de grupos de risco e na restrição ao acesso a métodos de suicídio (OMS, 1990).

No mesmo ano, em 1989, nos EUA, o *U.S. Department of Health and Human Services* publica quatro volumes sobre o suicídio juvenil, nos quais inclui um

capítulo inteiro sobre a temática da prevenção do suicídio nos jovens – "*Strategies for the Prevention of Youth Suicide"* (A. Berman et al., 2006).

A década de 90 ficou marcada pelo desenvolvimento do estudo do comportamento suicida e da prevenção do suicídio ao longo da vida, especialmente nos adolescentes e jovens-adultos. As abordagens variaram desde estratégias nacionais direcionadas a programas desenvolvidos na escola até intervenções específicas com jovens de alto-risco (A. Berman et al., 2006).

De notar que alguns países foram pioneiros e serviram de exemplo e de incentivo para o desenvolvimento da prevenção noutros países.

A Finlândia foi o primeiro país a desenvolver uma estratégia nacional de prevenção do suicídio, a partir de meados de 1980. A Noruega, em 1994, começou a desenvolver o *National Plan for Suicide Prevention*, com o apoio financeiro do governo e sob a responsabilidade do *Norwegian Board of Health*. Na Austrália, em 1995, o *National Youth Suicide Prevention Strategy* foi publicado pelo *Commonwealth Department of Health and Aged Care* como resultado da sua colaboração com vários organismos governamentais e não-governamentais. Na Nova Zelândia, a *Youth Suicide Prevention Strategy* foi publicada em 1998, após ter sido desenvolvida em conjunto pelo *Ministry of Youth Affairs*, o *Ministry of Maori Development* e o *Ministry of Health*. A Suécia, em 1993, criou o *National Council for Suicide Prevention* que ficou responsável por iniciar, monitorizar e avaliar o programa nacional para a prevenção do suicídio elaborado nos dois anos seguintes (Leo & Evans, 2004).

Na mesma década, Taylor, Kingdom e Jenkins (1997) fizeram uma revisão das estratégias e programas de prevenção do suicídio desenvolvidos em vários países, a partir de uma pesquisa em bases de dados internacionais. Concluíram que apenas cinco países tinham uma estratégia compreensiva nacional para a prevenção do suicídio, entendido como um conjunto de atividades integradas e multifacetadas; outros cinco países tinham o que designou por "programas de prevenção", considerados como uma ou mais atividades dirigidas à prevenção do suicídio sem coordenação entre as mesmas. No primeiro grupo encontravam-se a Finlândia, a Noruega, a Austrália, a Nova Zelândia e a Suécia e no segundo grupo a Holanda, a Inglaterra, os Estados Unidos da América, a França e a Estónia (Taylor et al., 1997).

Taylor et al. (1997), na sua revisão da literatura, sistematiza que apesar dos objetivos e conteúdos das atividades incluídas nestes planos de prevenção serem muito similares, a organização e os métodos de intervenção são diferentes.

No entanto, a partir da data deste estudo as abordagens de prevenção evoluíram substancialmente, em número e qualidade nos referidos países e estendeu-se também a outros países.

Apesar das várias iniciativas de prevenção do suicídio que foram sendo desenvolvidas – referenciadas anteriormente – a OMS foi desempenhando um papel pouco ativo, devido sobretudo à falta de informação fiável sobre a dimensão epidemiológica do suicídio (De Leo, 2011).

O primeiro grande compromisso da OMS com a prevenção do suicídio surgiu apenas em 1996, quando as Nações Unidas publicaram o documento intitulado *Prevention of Suicide: Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies*. Este documento incentivou os países a desenvolverem estratégias nacionais de prevenção através das suas próprias estruturas institucionais responsáveis pelo bem-estar individual, familiar e comunitário, de forma a reduzirem a mortalidade, a morbilidade e outras consequências do comportamento suicida. Referiram também que, para aumentar a eficácia dos programas de prevenção, é importante ter presente um conjunto de elementos, a saber: (a) suporte por parte da política de governação; (b) um modelo conceptual; (c) objetivos e metas bem estabelecidos; (d) objetivos mensuráveis; (e) identificação de organismos capazes de implementar esses objetivos e (f) avaliação e monitorização contínuas (United Nations, 1996).

Este documento propõe ainda um conjunto de objetivos e atividades que devem ser integradas na estratégia nacional de prevenção do suicídio: (a) promover a identificação precoce, avaliação, tratamento e referenciação das pessoas em risco de comportamentos suicidas para os profissionais de saúde; (b) aumentar o acesso à informação sobre todos os aspetos da prevenção do suicídio por parte dos profissionais e do público em geral; (c) apoiar o estabelecimento de um sistema integrado de recolha de informação, o qual servirá para identificar grupos, indivíduos e situações de risco; (d) promover a consciência pública em relação às questões do bem-estar mental, do comportamento suicida, das consequências do stresse e da gestão de situações de crise; (e) manter um programa de treino compreensivo para os parceiros sociais identificados (e.g., polícia, professores,

profissionais de saúde mental, entre outros); (f) adotar protocolos apropriados culturalmente para noticiar ao público os comportamentos suicidas; (g) promover o acesso a serviços de saúde por parte daqueles que estão em risco ou que cometeram comportamentos suicidas; (h) prestar serviços de reabilitação e de apoio a pessoas afetadas por comportamentos suicidas; (i) reduzir a disponibilidade, acessibilidade e a atratividade dos meios para a realização do suicídio e (j) estabelecer instituições ou agências para promover e coordenar a investigação, a formação e os serviços clínicos na área dos comportamentos suicidas (United Nations, 1996).

Entretanto, em 1999, a OMS publicou o relatório técnico intitulado *Figures and Facts about Suicide* no qual apresenta a epidemiologia e as tendências do suicídio a nível mundial. No mesmo ano, a OMS lançou a iniciativa SUPRE (SUicide PREvention) que tinha três grandes objetivos gerais: (a) diminuir a frequência dos comportamentos suicidas, especialmente nos países em desenvolvimento e nos países em transições económicas e sociais; (b) identificar, avaliar e eliminar, tão precocemente quanto possível, fatores que possam resultar no suicídio de jovens e (c) aumentar a consciência geral sobre o suicídio, prestando suporte psicossocial às pessoas com comportamentos suicidas ou tentativas de suicídio assim como às pessoas próximas dos mesmos e aos enlutados por mortes por suicídio (OMS, 2002).

Desde esse ano, as atividades da OMS têm estado relacionadas com o registo das mortes por suicídio (esta informação é regularmente atualizada no site WHO-SUPRE), com a produção e disseminação de informação, com o suporte técnico a diferentes países, com a prevenção do suicídio e com o *Multisite Intervention Study on Suicide Behaviours* – SUPRE-MISS. Além disso, no âmbito deste programa SUPRE, a OMS tem publicado vários livros de suporte à educação e consciencialização sobre a prevenção do suicídio, existindo em versões portuguesas os seguintes títulos: *Prevenção do Suicídio: um Manual para Médicos Clínicos Gerais* (OMS, 2000b); *Prevenção do Suicídio: um Manual para Profissionais da Mídia* (OMS, 2000d), atualizado em 2008 (OMS, 2008a); *Prevenção do Suicídio: um Manual para Professores e Educadores* (OMS, 2000c); *Prevenção do Suicídio: um Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária* (OMS, 2000e); *Prevenção do Suicídio: um Recurso para Conselheiros* (OMS, 2006b). Os outros manuais publicados pela OMS em relação à prevenção do suicídio não se encontram traduzidos para português: *Preventing Suicide: a Resource for Prison Officers* (OMS, 2000a), atualizado em 2007 para *Preventing Suicide in Jails and Prisions* (OMS, 2007); *Preventing Suicide: How to Start a*

Survivors' Group atualizado em 2008 (OMS, 2008b); *Preventing Suicide at Work* (OMS, 2006a); *Preventing Suicide: a Resource for Police, Firefighters and Other First Line Responders* (OMS, 2009); *Preventing Suicide: a Resource for Suicide Case Registration* (OMS, 2011).

Em 2001 terminou oficialmente o projeto *WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour*, tal como foi referido anteriormente, e do mesmo resultaram mais de duzentas e cinquenta publicações científicas, a nível internacional e nacional, incluindo três livros internacionais e três relatórios técnicos. Este projeto também estimulou a criação do *European Symposia on Suicide and Suicidal Behavior*, bianual, que se tornou um ponto de referência para apresentações da investigação científica de alta qualidade realizada em todo o mundo (o primeiro encontro foi em Munich, em 1986 (De Leo, 2011), e mais recentemente, entre 3 e 6 de Setembro de 2012, em Tel Aviv, Israel, sendo que o próximo, na décima quinta edição, está agendado para Tallinn, Estónia, em 2014.

O *Multicentre Study on Suicidal Behaviour* foi mais tarde transformado em *WHO/EURO Network for Suicide Prevention*, tendo estabelecido o seguinte conjunto de estratégias na área da prevenção do suicídio: (a) identificar e reduzir a disponibilidade e o acesso aos meios de suicídio; (b) melhorar os serviços de saúde mental e promover suporte e reabilitação; (c) melhorar os procedimentos de diagnósticos e subsequentes tratamentos; (d) melhorar a formação dos profissionais de saúde, da comunicação social e do público em geral e (e) promover investigação sobre a prevenção do suicídio, entre outros (OMS, 2005).

Em 2002, o *Department of Violence and Injury Prevention* da OMS publicou o *World Report on Violence and Health*) em que o capítulo VII aborda a violência autodirigida (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002). Esta publicação permitiu aumentar a visibilidade mundial do problema do suicídio devido às circunstâncias em que este relatório foi apresentado, em Bruxelas, no Palácio Real, na presença de distintas individualidades e organizações (De Leo, 2011).

Este facto contribuiu para que o presidente da *International Association for Suicide Prevention* promovesse a realização do *World Suicide Prevention Day*, que foi oficialmente instituído pela primeira vez em 10 de Setembro de 2003 (De Leo, 2011; Mehlum, 2009). Desde aí, anualmente a OMS tem assinalado este dia em mais de 70 países (De Leo, 2011). Em Portugal (Coimbra) assinalou-se, pela primeira vez de forma oficial, em 2011, e repetiu-se a iniciativa em 2012, em Santiago do Cacém, e em 2013,

em Castelo Branco. Nos três anos, as atividades integraram a agenda oficial da IASP e da OMS (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2013).

Nos últimos anos, as políticas de saúde mental na Europa que integram o objetivo de prevenir o suicídio têm sido desenvolvidas em grande parte com base em dois documentos: *The Mental Health Declaration* da OMS e o *Green Paper* da *European Commission*, ambos publicados em 2005 e que, por sua vez, estiveram na base do *European Mental Health Pact* (Wasserman, Martensson, & Wasserman, 2009). Na Declaração da OMS, assinada pelos Ministros da Saúde dos 52 estados-membros, é claramente identificada, no parâmetro das ações no ponto V, a necessidade de "desenvolver e implementar medidas para reduzir as causas preveníveis dos problemas de saúde mental, comorbilidade e suicídio (OMS, 2005, p. 12).

A *European Commission* através da publicação *Green Paper: Improving the Mental Health for Population: Towards a Strategy on Mental Health for the European Union*, com o objetivo de melhorar a comunicação e cooperação entre os estados-membros e suportar as ações inerentes às políticas de saúde pública e dos cuidados de saúde (European Commission, 2005).

Em 2008 foi estabelecido o *European Pact for Mental Health and Well-Being* na sequência da conferência *Together for Mental Health and Well-Being*, tendo como um dos principais objetivos assegurar as colaborações na área da prevenção da depressão e do suicídio (European Commission, 2008). Em 2012, a OMS publica o livro *Public Health Action for the Prevention Suicide: a Framework*, no qual salienta a necessidade de desenvolver uma estratégia consertada de prevenção do suicídio, os procedimentos que devem ser adotados e as componentes-chave que devem integrar os planos nacionais de prevenção (OMS, 2012).

As estratégias de prevenção são múltiplas e em constante evolução, no entanto, procuramos apresentar uma breve análise dos principais marcos nos vários continentes, começando pela América (que tem contribuído de forma significativa para evolução desta área), a Oceânia, a Ásia, a África e, por último, a Europa.

Na América do Norte, mais precisamente nos Estados Unidos da América, em 1998, foi criado o primeiro centro de investigação sobre a prevenção do suicídio – *Suicide Prevention Research Center* – pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (A. Berman et al., 2006). No mesmo ano, em 1998, os participantes na *National Suicide Prevention Conference*, em Reno, elaboraram uma lista de oitenta e uma

recomendações para atividades na área da prevenção do suicídio. Esta conferência serviu de ímpeto para que o médico Dr. David Satcher do *U.S. Public Health Service* emitisse o documento *The Surgeon General's Call To Action To Prevent Suicide*, em Julho de 1999 (U.S. Public Health Service, 1999), considerando o suicídio como um sério problema de saúde pública, destacando da conferência de Reno quinze recomendações – selecionadas com base na evidência científica, viabilidade e apoio da comunidade – às quais adicionou os objetivos e estratégias de implementação (A. Berman et al., 2006).

Resultado evidente desse esforço surge um documento do mesmo ano, 1999, intitulado *Mental Health: A Report of the Surgeon General*, e a agenda de saúde pública nacional *Healthy People 2010* integra objetivos dirigidos à prevenção do suicídio (A. Berman et al., 2006).

No início do ano 2000, a secretaria do *U.S. Department of Health and Human Services* estabeleceu oficialmente um grupo de trabalho para desenvolver uma Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, o que culminou com a publicação da *National Strategy for Suicide Prevention (NSSP): Goals and Objectives for Action* (A. Berman et al., 2006; U.S. Public Health Service, 2001). A Estratégia Nacional para a Prevenção do Suicídio foi a primeira tentativa dos EUA para prevenir o suicídio através de uma abordagem coordenada entre os sectores públicos e privados e entre profissionais de diferentes especialidades[15] (A. Berman et al., 2006).

A NSSP incluí onze metas e sessenta e oito objetivos como parte de uma estratégia de saúde pública compreensiva para reduzir o suicídio e as tentativas de suicídio. A NSSP contemplou objetivos dirigidos à melhoria da prevenção do suicídio, do tratamento e monitorização das pessoas em risco suicida e também a formação e treino de profissionais e estudantes nestas áreas específicas do suicídio (McKeon, 2009).

Apesar de o *The Surgeon General's National Strategy for Suicide Prevention*, publicado em 2001, estabelecer objetivos a cinco anos para o desenvolvimento de uma agenda de investigação nacional, o aumento dos fundos públicos e privados

[15] É de destacar o papel de algumas organizações, como a *American Association of Suicidology* – AAS, a *American Foundation for Suicide Prevention* – AFSP e a *Suicide Prevention Action Network* – SPAN-USA, bem como de alguns departamentos federais, especialmente o *U.S. Department of Health and Human Services* (A. Berman et al., 2006).

para a prevenção do suicídio e a tradução do conhecimento científico em atividades práticas, entre outros. Esses objetivos ainda se encontram muito aquém do esperado, pois ainda não há uma agenda nacional, uma vez que os sítios que receberam um aumento dos fundos não os destinaram nem à investigação nem aos programas de prevenção direcionados aos indivíduos que estão em maior risco de suicídio (A. L. Berman, 2011).

Em 2002, foi fundado o primeiro centro de recursos técnicos sobre a prevenção do suicídio nacional pela *Abuse, Mental Health Services Administration* (SAMHSA). Também em 2002, o *Centers for Disease Control and Prevention* publicou um relatório, elaborado por especialistas, intitulado "*School Health Guidelines to Prevent Unintentional Injury and Violence*" que integra oito recomendações para a prevenção destes problemas dirigidas a diferentes áreas, tais como o ambiente social, o ambiente físico, a educação para a saúde, programas de atividade e educação física, serviços de saúde, resposta em crise, família e comunidade e membros do *staff* escolar (A. Berman et al., 2006).

Esta estratégia foi atualizada, em 2003, passando a integrar seis objetivos e dezanove recomendações (A. Berman et al., 2006). Em 2004, foi fundado o *National Suicide Prevention Lifeline* pelo *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA). Em 2006, o SAMHSA introduziu a prevenção do suicídio nas suas prioridades. Em 2007, foram implementadas medidas para prevenir o suicídio entre os veteranos de guerra (Reed & Silverman, 2009). Em 2009, reuniram-se membros representativos dos sectores públicos, privados e filantrópicos para concentrarem esforços no desenvolvimento dos objetivos definidos na Estratégia Nacional para a Prevenção do Suicídio (Reed & Silverman, 2009).

Presentemente em alguns estados dos EUA, já existem programas de prevenção do suicídio, especificamente para os jovens (como no estado de Oregon) e noutros ainda estão em desenvolvimento (A. Berman et al., 2006).

No Canadá, apesar das várias iniciativas levadas a cabo, sobretudo desde o ano 2000, o governo canadiano ainda não implementou uma estratégia nacional para prevenção do suicídio; em 2006, foi dado um grande passo nesse sentido com o relatório da *Canada's Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology* intitulado "*Out of the Shadows"*, juntamente com as atividades de várias organizações não-governamentais. Importa, no entanto, referir que algumas regiões têm desenvolvido programas nesse sentido (Turecki & Séguin, 2009).

Na América Central e do Sul, as iniciativas na área da prevenção do suicídio estão em preparação (Alterwain et al., 2009; Anderson & Jenkins, 2009). De forma a melhorar o conhecimento das especificidades culturais de cada região ao nível do comportamento suicida foram criadas redes de cooperação e de informação através da criação, em 2000, da *The Suicidology Network for Latin America and the Caribbean*, a qual está associada a organizações internacionais (Alterwain et al., 2009) . Na Argentina têm sido desenvolvidas múltiplas atividades para a prevenção do suicídio, nas últimas décadas, através de diferentes organizações, sendo de destacar o projeto *Multisectorial Programme with Varied Scope* desenvolvido pela *Argentine Association of Suicide Prevention* (Martínez, 2009). O Brasil participou no programa SUPRE-MISS da OMS e, em 2006, o Ministério da Saúde estabeleceu a estratégia nacional para a prevenção do suicídio, destacando numa primeira fase a importância de estratégias de prevenção do suicídio adaptadas ao contexto local, a deteção precoce e o tratamento apropriado das perturbações psiquiátricas e a melhoria das condições psicossociais associadas ao suicídio; numa segunda fase, o treino dos profissionais de saúde, restrição ao acesso a meios letais, redução do estigma associado às doenças mentais e às tentativas de suicídio, entre outros (Botega, D'Oliveira, & Bertolote, 2009). No Chile, o Ministério da Saúde em 2008 estabeleceu uma estratégia de saúde pública onde incluiu vários objetivos relevantes para a prevenção do suicídio (Ferrada-Noli, Alvarado, & Florenzano, 2009). Cuba tem representação nas organizações mundiais de prevenção do suicídio mais relevantes e, desde 1989, através do *National Program for Suicide Prevention* (Barrero, 2009). No Peru são desenvolvidas atividades como a educação dos meios de comunicação social, as linhas de atendimento telefónico e o diagnóstico e tratamento de pessoas com ideação suicida, de acordo com o modelo SAFE da *American Psychiatric Association Practice Guidelines for Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors* (Pettersén & Vasquez, 2009). No Uruguay a prevenção do suicídio é realizada sobretudo através do programa *Ultimo Recurso* criado em 2002 e da *Latin American and Caribbean Suicidology Association*, desde 2000 (Remigio, 2009).

Na *Oceânia*, a Austrália foi dos primeiros países a introduzir uma estratégia nacional para a prevenção do suicídio. O programa inicial foi implementado em 1995-99 e, em 2000, foi-lhe dado continuidade através do programa *Living is For Everyone Framework (LIFE)* estabelecido pelo *Commonwealth Department of Health and Aged Care*, o qual fornece as orientações estruturais e conceptuais para as iniciativas e

programas locais e nacionais (De Leo & Krysinska, 2009). Este programa engloba as seguintes seis áreas de ação: (a) promover o bem-estar, a resiliência e a capacidade da comunidade da Austrália; (b) fortalecer os fatores protetores e reduzir os fatores de risco para o suicídio e as automutilações; (c) criar serviços e suporte dentro da comunidade para os grupos de risco; (d) criar serviços para indivíduos de alto risco; (e) criar parcerias com grupos minoritários, como os aborígenes e (f) melhorar a base de evidência para a prevenção do suicídio e para uma boa prática (Anderson & Jenkins, 2009; De Leo & Krysinska, 2009). Este programa foi avaliado e recomeçou em 2008 com uma reformulação dos seus objetivos, sob a designação *Life is for Living* (De Leo & Krysinska, 2009).

Na Nova Zelândia, a estratégia nacional de prevenção do suicídio foi desenvolvida inicialmente em 1998 (A. Beautrais & Larkin, 2009) e reatualizada, posteriormente, para o período 2006-2016, tendo como principal objetivo proporcionar uma abordagem de prevenção do suicídio a pessoas de todas as faixas etárias (Anderson & Jenkins, 2009; A. Beautrais & Larkin, 2009).

Na Ásia, segundo Anderson e Jenkins (2009), no Sri Lanka foi formulado um plano nacional de prevenção do suicídio que promove o reconhecimento das necessidades na área da saúde mental, o desencorajamento do suicídio, políticas direcionadas à redução dos pesticidas e desenvolvimento de competências nas escolas. Na China, sobretudo em Beijing, com a criação do *Suicide Research and Prevention Centre*, em 2002, foram desenvolvidos um conjunto significativo de estratégias de prevenção, como a criação de uma linha de apoio telefónica e criados núcleos de trabalho vocacionados para o desenvolvimento de um plano de prevenção do suicídio. Em Setembro de 2011, Beijing na China, foi o local escolhido pela IASP para realizar o 26.º Congresso Mundial de Prevenção do Suicídio (Anderson & Jenkins, 2009). Em Hong Kong, o governo, organizações não-governamentais e os centros de investigação na universidade têm desempenhado diferentes papéis na prevenção do suicídio (Yip, 2009b).

No Japão também estão em desenvolvimento políticas de prevenção do suicídio (Anderson & Jenkins, 2009). Em 2002, o *Ministry of Health, Labour and Welfare* (MHLW) formou uma comissão especial para desenvolver estratégias de prevenção do suicídio, que foram lançadas em 2006 sob a designação *The Japanese Multimodal Intervention Trials for Suicide Prevention* (inclui um projeto baseado na comunidade e outro na monitorização dos casos após tentativas de suicídio). Em 2007, foi lançado um

esboço das medidas nacionais para a prevenção do suicídio, as quais têm sido suportadas e implementadas em diversas regiões japonesas pelo MHLW. A prevenção do suicídio nas crianças e nos adolescentes tem sido uma prioridade no Japão e várias estratégias foram adotadas, em 2008, também pelo MHLW para esse efeito (Kawanishi & Yoshihiro, 2009).

No Irão (Médio Oriente) tem sido implementado um programa de saúde mental nacional nas áreas rurais, em que os profissionais trabalham os casos de depressão, doença mental severa e prevenção do suicídio (Anderson & Jenkins, 2009).

Na Índia prevalecem problemas de saúde (e.g., doenças infeciosas, má-nutrição) considerados mais graves e prioritários do que o suicídio, pelo que os serviços e recursos ao nível da saúde mental são insuficientes. No entanto, as necessidades especiais do país contribuíram para que surgisse uma organização não-governamental direcionada à prevenção do suicídio e, em 2004, a organização SNEHA procurou reduzir o risco de depressão e suicídio após o *tsunami*. Chennai, na India, participou no programa SUPRE-MISS da OMS, mas a prevenção do suicídio na India está ainda numa fase embrionária (Vijayakumar, 2009).

No Paquistão, nos últimos anos, o suicídio tornou-se um problema preocupante que carece de medidas de prevenção urgentes e a vários níveis. No entanto, dadas as características particulares em termos culturais e religiosos, a implementação de medidas de prevenção do suicídio constitui um grande desafio para as entidades responsáveis (Khan, 2009). Em Singapura, apesar de não existir uma estratégia oficial de prevenção do suicídio a nível nacional, o sistema de saúde é bastante desenvolvido e os serviços de saúde mental estão sensibilizados para a intervenção necessária junto de indivíduos em risco de suicídio. Para além disso, existem várias organizações não-governamentais, como os *Samaritan of Singapore*, por exemplo, que prestam assistência contínua a indivíduos ou grupos de indivíduos em risco (Hock, 2009). No Vietnam, ainda não existe uma estratégia nacional de prevenção do suicídio, nem um sistema para monitorizar as causas de morte. Todavia, existe a suspeita de que o número de suicídios é mais elevado do que o registado. Em 2000, o Vietname participou no estudo SUPRE-MISS da OMS. Em relação às estratégias de prevenção necessárias para o futuro, estas terão de ter em consideração as especificidades culturais e religiosas (Thanh & Minh).

Na África, apesar de não se conhecer a verdadeira magnitude do comportamento suicida, os dados existentes apontam que se trata de um problema de saúde pública significativo. Atualmente, não está estabelecido um plano nacional

de prevenção do suicídio, existem apenas algumas iniciativas pontuais a nível local ou regional. No entanto, é prioritário conhecer a real dimensão do problema, a sua etiologia e os fatores comórbidos nas diferentes regiões da África, consoante os contextos e as culturas (Burrows & Schlebusch, 2009).

A África do Sul e o Uganda são os países do continente africano com mais atividades na área da Suicidologia (Burrows & Schlebusch, 2009; Ovuga & Boardman, 2009).

Na África do Sul estão a ser desenvolvidas algumas atividades ao nível da recolha de dados e de investigação no âmbito dos seguintes programas: (a) *National Injury Mortality Surveillance System* (NIMSS); (b) S*uicide Prevention Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours* (SUPRE-MISS) e (c) *Durban Parasuicide Study* (DPS) (Burrows & Schlebusch, 2009).

No Uganda, onde a taxa de suicídio foi de 49.6 suicídios por 100 mil habitantes em 2004, foi constituído um grupo para coordenar as atividades ao nível da saúde, política e comunidade para combater quer os problemas do suicídio, quer do abuso do álcool. Foram desenvolvidas múltiplas iniciativas nos cuidados de saúde primários (e.g., formação de parceiros sociais), nas instituições de educação, junto da comunidade (e.g., materiais para a promoção da saúde mental), entre outras. Os resultados apesar de preliminares têm sido positivos (Ovuga & Boardman, 2009).

Na Europa, como já foi referido, vários governos têm desenvolvido estratégias nacionais para a prevenção do suicídio, como é o caso da Finlândia, da Suécia, da Noruega, da Eslovénia, da Hungria e da Polónia (Anderson & Jenkins, 2009). Outros governos europeus têm implementado iniciativas pontuais ou através de organizações não-governamentais.

Vários países também se têm reunido no sentido de desenvolver atividades consertadas/homogéneas e empiricamente validadas na área da prevenção do suicídio. Uma das iniciativas nesse âmbito consiste na *European Alliance Against Depression* (EAAD), fundada em 2004, que tem como principal objetivo melhorar os cuidados a pacientes com depressão e prevenir o suicídio, tendo como países participantes: a Alemanha, a Áustria, a Bélgica, a Espanha, a Estónia, a Holanda, a Itália, a Irlanda, o Liechtenstein, Portugal e o Chile (América do Sul). A EAAD intervém em quatro níveis diferentes, mas complementares entre si: (1) cooperação com os cuidados de saúde primários (e.g., treino avançado/especializado,

workshops interativos com programas educacionais dirigidos aos médicos de clínica geral, vídeos para os médicos assistirem sobre o diagnóstico e tratamento dos sintomas deprimidos); (2) desenvolvimento de relações públicas, informação para o público em geral (e.g., posters em locais públicos, panfletos, atividades para o público geral); (3) formação de porteiros sociais (e.g., *workshops* especiais para facilitadores/mediadores dentro da comunidade, nomeadamente professores, psicólogos, padres, enfermeiros, polícias, farmacêuticos, entre outros) e (4) prestação de ajuda a grupos de alto risco (pacientes e respetivos familiares). Foi dado um cartão de emergência aos pacientes que estavam a ser tratados para a depressão após terem realizado uma tentativa de suicídio, indicando um número de telefone que estava disponível com ajuda especializada. Foram também desenvolvidas atividades de autoajuda e de suporte (Hegerl, Dietrich, Pfeiffer-Gerschel, Wittenburg, & Althaus, 2009; Hegerl & Pfeiffer-Gerschel, 2006; Hegerl, Wittenburg, & Depressi, 2009; Hegerl et al., 2008).

Na Estónia foi criado, pela primeira vez, em 1988, o *Suicide Research Group* pela *Estonian Medical Association*, responsável pelo desenvolvimento de atividades bastante significativas, sobretudo a partir de 1993, quando passou a estar inserido no Instituto de Suicidiologia, na área da formação em Suicidologia e na consciencialização da sociedade. As atividades deste grupo alertaram para a necessidade de um plano de ação nacional para a prevenção do suicídio que começou a ser delineado em 2001. Hoje em dia, o grupo mantém contatos com o *National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health* (NASP), a OMS e pertence à EAAD, o que lhe permite adquirir e transmitir conhecimentos na área da prevenção do suicídio (Blodgett, Anderson, Brink, & Johnson, 1969; Värnik & Wasserman, 2009).

Na Finlândia, a primeira comissão parlamentar sobre o suicídio ocorreu na década de 1970; em 1986 foi lançado um projeto de prevenção nacional do comportamento suicida; em 1993, foi desenvolvido o programa nacional de prevenção *Suicide Can Be Prevent* e, ao longo dos últimos anos, a Finlândia tem tido um papel extremamente ativo na prevenção do suicídio em múltiplos níveis de ação. Em 2001, desenvolveu uma nova política de saúde designada *Government Resolution on the Health 2015 Public Program*, que se encontra atualmente em vigor (Lönnqvist, 2009).

Em França, o primeiro grupo destinado à prevenção do suicídio *Groupement d'Etude et de Prevention du Suicide* foi criado em 1969 e, desde aí, têm sido desenvolvidas várias atividades neste âmbito. Em 2000, foi criada a *Union Nationale pour la Prévention du Suicide*, resultado da união de várias associações dedicadas à prevenção do suicídio, o que permitiu alargar e diversificar o leque de atividades a diferentes regiões francesas (Narboni & Soubrier, 2009).

Na Alemanha, as principais atividades estão agregadas no plano nacional de prevenção do suicídio (*Nationales Suizidpräventionsprogramm, NaSPro*) que foi uma iniciativa da *German Association for Suicide Prevention*. No âmbito deste programa são desenvolvidas diversas atividades (e.g., restrição ao acesso a meios letais, iniciativas junto dos media), junto de diferentes públicos-alvo (e.g., adolescentes, idosos) e em cooperação com diferentes tipos de instituições (e.g., políticas, religiosas) (Etzersdorfer, 2009).

Em Itália ainda não existe uma estratégia coordenada de prevenção do suicídio e as principais atividades desta índole têm sido desenvolvidas por organizações não-governamentais. De referir, no entanto, que, neste país, o problema do suicídio é mais saliente nos jovens e as atividades implementadas têm-nos como principal grupo-alvo (Sarchiapone, 2009).

Em Israel, tem sido desenvolvido um conjunto de iniciativas para a criação de um plano nacional de prevenção do suicídio por parte de várias organizações governamentais e não-governamentais instituídas pelo *Interministerial Committee for Suicide Prevention, Path to Life*, e pelos Ministérios da Saúde, Bem-estar e Educação (Apter & Bursztein, 2009).

Na Suécia, em 1993, o parlamento afirmou a necessidade de desenvolver ações de prevenção do suicídio e, em 1995, foi elaborado o primeiro plano nacional de prevenção do suicídio, o que contribuiu para que as atividades de intervenção e de investigação na Suécia sejam bastante ativas há muitos anos. Em 1994 foi criado o (NASP) no *National Institute for Psychosocial Medicine* do *Karolinska Institute*, em Estocolmo, onde se têm desenvolvido atividades de prevenção do suicídio em articulação com outros organismos nacionais e se tem estabelecido redes de cooperação com diferentes regiões da Suécia e também com outros países. Em 2008, foi criado o segundo programa nacional de prevenção do suicídio, seguindo as diretrizes da *WHO Mental Health Declaration* em 2005, o qual inclui nove estratégias principais. Na Suécia, a eficácia das atividades de prevenção do suicídio

são avaliadas, do ponto de vista processual e epidemiológico. Importa ainda referir que o governo sueco também estabeleceu o programa *Vision Zero* que procura responsabilizar todas as pessoas pela prevenção do suicídio e prestar formação a todos os cidadãos para ajudarem alguém com ideação ou comportamentos suicidas (Wasserman, Nordenskiöld, Ramberg, & Wasserman, 2009).

Na Escócia, desde 2002, está implementada uma estratégia nacional complexa para melhorar a saúde mental e o bem-estar e para prevenir o suicídio – *Choose Life*, com objetivos multifacetados, cuja concretização é avaliada por uma comissão independente (J. Gordon & Henderson, 2009; Hegerl, Dietrich, et al., 2009). Apesar de existirem várias atividades direcionadas à prevenção do suicídio, na Ucrânia (Rozanov & Mokhovikov, 2009), na Rússia (Krasnov & Voitsekh, 2009) e na Roménia (Cozman, 2009) ainda não existe um plano nacional de prevenção do suicídio.

Em Portugal, na década de 70 e 80, tiveram início os primeiros esforços visíveis para a prevenção do suicídio em Portugal, com a criação das linhas de atendimento telefónico de apoio em situações de crise suicida, como é o caso da SOS Voz Amiga, em 1978, em Lisboa, o Telefone da Amizade, em 1982, no Porto, e, quatro anos mais tarde, o Telefone Amigo de Coimbra, em 1986 (Saraiva, 2010).

Em 1987, foi fundado o Núcleo de Estudos do Suicídio, no serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, em Lisboa (Núcleo de Estudos do Suicídio, 2012) e, em 1992, é criada a Consulta de Prevenção do Suicídio na Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra (Z. Santos, Freitas, & Saraiva, 2006; Saraiva, 2006a).

Em 1996 tiveram início as primeiras Jornadas sobre Comportamentos Suicidários organizadas pela Consulta de Prevenção do Suicídio dos Hospitais da Universidade de Coimbra (Saraiva, 2010), que assinalaram a 9.ª edição em Setembro de 2012, no Luso.

Em 2000, foi fundada a Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS). A SPS tem tido um papel fundamental na prevenção do suicídio através das suas múltiplas atividades, das quais se destaca a organização anual de um simpósio científico temático em diferentes regiões do país. Em 2013, assinalou a sua XII edição na cidade de Bragança, subordinado ao tema: Comunidade e Comportamentos suicidários (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2013).

Nos últimos anos têm sido desenvolvidas múltiplas atividades na área da prevenção do suicídio por parte de diferentes grupos clínicos e de investigação. A título

de exemplo pode referir-se a Consulta de Prevenção do Suicídio dos Hospitais da Universidade de Coimbra (Consulta de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, 2012); o Núcleo de Estudos sobre o Suicídio (Núcleo de Estudos do Suicídio, 2012) e o Programa +Contig☺ (J. Santos et al., 2013; J. C. Santos, Façanha, Erse, Simões, & Amélia, 2009).

Salienta-se que, de acordo com os objetivos do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008), no ano 2013, foi publicado o primeiro Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS), elaborado por uma comissão de peritos, coordenada pelo Dr. Álvaro de Carvalho (Diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental) (DGS, 2013), que será certamente um marco histórico nesta área.

3.2. Modelos Conceptuais

Ao longo da segunda metade do século XX, tal como foi referenciado no capítulo precedente, surgiram os primeiros modelos conceptuais da prevenção do suicídio.

Por *prevenção do suicídio* entendem-se as estratégias ou abordagens que reduzem o risco de aparecimento de pensamentos ou comportamentos suicidas, retardam o início de problemas de saúde mental ou reduzem o perigo dessas condições ou comportamentos, em conjunto com o fortalecimento dos fatores protetores associados ao comportamento suicida (U.S. Public Health Service, 2001).

Os modelos de prevenção são projetados para alcançar estas metas, numa perspetiva de continuidade, através de determinadas atividades a curto e/ou a longo-prazo, a nível individual ou da população em geral (Wasserman & Durkee, 2009).

Hoje em dia existem vários modelos conceptuais para a prevenção do suicídio que apresentam estas características, tais como o modelo da Prevenção Primária, Secundária e Terciária (Caplan, 1964), o modelo da Prevenção Universal, Seletiva e Indicada (R. Gordon, 1983), o modelo do *Irish Department of Health and Children* adotado na Irlanda, o modelo do *National Council for Suicide Prevention* desenvolvido na Suécia e o Modelo de Controlo da Doença de Haddon: pré-doença, doença e pós-

doença. Destes modelos, os dois primeiros têm sido os mais comummente referenciados a nível internacional.

3.2.1. Modelo de Prevenção: Primária, Secundária e Terciária

Inicialmente, os modelos de prevenção do suicídio, à semelhança dos modelos da saúde pública, desenvolveram-se assentes em dois pilares básicos: a prevenção da doença e a promoção da saúde (A. Berman et al., 2006). Desta forma, o modelo clássico na prevenção do suicídio adotou a categorização da prevenção da saúde em geral, i.e., o modelo tripartido proposto por Gerald Caplan, em 1964 (Caplan, 1964). Este modelo classifica a prevenção do suicídio em Prevenção Primária, Prevenção Secundária e Prevenção Terciária, consoante os objetivos, a população-alvo e as estratégias de intervenção.

A *prevenção primária* tem por objetivos reduzir a incidência do comportamento suicida na população, ou seja, o aparecimento de novos casos de risco, diminuir os fatores de risco e fortalecer os fatores protetores (A. Berman et al., 2006; Wasserman & Durkee, 2009). Assim, este tipo de prevenção tem como destinatários toda a população ou um grupo populacional específico mas sem qualquer rastreio prévio (Anderson & Jenkins, 2009; A. Berman et al., 2006; Waldvogel et al., 2008; Wasserman & Durkee, 2009), como por exemplo, todos os adolescentes de uma escola ou todos os cuidadores desses adolescentes (Waldvogel et al., 2008).

As estratégias utilizadas no âmbito da prevenção primária são psicoeducacionais (A. Berman et al., 2006; D. N. Miller, Eckert, & Mazza, 2009), i.e., focam-se sobretudo na informação, na educação e na aquisição de competências psicológicas para lidar com eventuais problemas (A. Berman et al., 2006; D. N. Miller et al., 2009).

As atividades mais comuns desenvolvidas neste âmbito consistem, por exemplo, no aumento da consciencialização e ensino do público em geral sobre o problema do suicídio (Anderson & Jenkins, 2009; A. Berman et al., 2006; Waldvogel et al., 2008; Wasserman & Durkee, 2009), o desenvolvimento e treino de competências para lidar com problemas emocionais, comportamentais ou académicos (como a capacidade de resolução de problemas) (Anderson & Jenkins, 2009; D. N. Miller et al., 2009; Waldvogel et al., 2008; Wasserman & Durkee, 2009), a restrição ao acesso a meios letais (Anderson & Jenkins, 2009; Waldvogel et al., 2008; Wasserman & Durkee, 2009)

ou o ensino sobre os sinais de risco suicida no próprio ou nos outros (Aseltine & DeMartino, 2004; Aseltine et al., 2007).

Pelas suas características, a prevenção primária pode englobar profissionais de diferentes áreas, como legisladores, jornalistas, entre outros, não descurando, porém, a intervenção dos profissionais de saúde mental que são imprescindíveis (Wasserman & Durkee, 2009). Portanto do mesmo modo pode ser desenvolvida em locais mais amplos, como um centro comunitário, ou em locais mais específicos, como a escola ou a prisão (Anderson & Jenkins, 2009). No caso, por exemplo, de uma atividade de prevenção primária numa escola esta poderá consistir numa campanha de informação e educação dirigida a uma turma completa (sem qualquer seleção de alunos) que se centre na promoção da saúde, na prevenção da doença, na redução do stresse e no desenvolvimento de estratégias de *coping* adequadas (A. Berman et al., 2006).

Segundo Berman et al. (2006, p. 320), as estratégias de prevenção primária são provavelmente "*the most effective and probably the most cost-effective*" na prevenção do suicídio nas escolas, embora seja importante serem desenvolvidas dentro de um panorama economicamente viável (Anderson & Jenkins, 2009).

A *prevenção secundária* tem como principal propósito reduzir a prevalência do suicídio através de um diagnóstico precoce e encaminhamento para intervenção clínica, ou seja, procura identificar os indivíduos que apresentam sinais de risco de suicídio no sentido de os encaminhar para intervenção apropriada capaz de reduzir ou eliminar esse risco (A. Berman et al., 2006; Waldvogel et al., 2008). Os destinatários da prevenção secundária são, portanto, os indivíduos que apresentam sinais de risco implícito ou explícito para o comportamento suicida ou que estão ponderando seriamente realizar uma tentativa de suicídio (Waldvogel et al., 2008; Wasserman & Durkee, 2009).

A prevenção secundária pode incluir atividades como o rastreio de sinais de suicídio ou de sintomatologia associada a determinadas perturbações mentais, o que é fundamental para identificar indivíduos em risco (Waldvogel et al., 2008; Wasserman & Durkee, 2009) e treino de parceiros sociais, que pode ser desenvolvido na escola, na comunidade ou nos serviços de saúde ao nível dos cuidados primários ou de saúde mental (Waldvogel et al., 2008; Wasserman & Durkee, 2009). O rastreio dos indivíduos em risco de suicídio é tradicionalmente desenvolvido através de um conjunto de instrumentos apresentados em formato de papel, porém mais recentemente este rastreio tem sido também desenvolvido em formato digital através de plataformas na Internet (e.g., Haas et al., 2008).

Uma vez que envolve conhecimento de técnicas de avaliação psicológica, formação em saúde mental e saber lidar com indivíduos com problemas psicológicos, este tipo de prevenção implica necessariamente a intervenção de profissionais de saúde mental (A. Berman et al., 2006). No caso de se tratar de uma ação de prevenção secundária numa escola, esta deverá consistir na identificação dos jovens em risco de suicídio, avaliação e intervenção junto dos mesmos por parte de um especialista em saúde mental, geralmente através de uma abordagem individualizada e não em grupo (A. Berman et al., 2006).

A *prevenção terciária* procura minimizar o risco de recaídas, ou seja, evitar episódios recorrentes de comportamentos suicidas (A. Berman et al., 2006; D. N. Miller et al., 2009). É uma abordagem que se destina a indivíduos que receberam tratamento para a ideação suicida e/ou comportamentos suicidas e estão num período de seguimento (D. N. Miller et al., 2009).

As atividades desenvolvidas neste âmbito procuram promover os recursos que ajudem os indivíduos a superar o risco de suicídio remanescente e encontrar formas de lidar com o reaparecimento de ideação suicida. Algumas atividades que podem ter um papel fundamental, além das consultas de seguimento, são as intervenções em crise, as linhas de telefone e a disponibilidade dos profissionais de saúde (Waldvogel et al., 2008).

A prevenção terciária, além da atividade dos profissionais de saúde mental (A. Berman et al., 2006), requer serviços multidisciplinares que facilitem o acesso, a continuidade e a reabilitação dos cuidados de saúde; promovam a reintegração do indivíduo na sociedade; proporcionem oportunidades educacionais, vocacionais e laborais e envolvam ativamente a família no processo de recuperação (Wasserman & Durkee, 2009). A prevenção terciária, por exemplo, diz respeito à fase seguinte de intervenção clínica com um adolescente que concretizou uma tentativa de suicídio no sentido de evitar que este repita o ato e, simultaneamente, recupere o nível de funcionamento prévio saudável nas diferentes áreas do seu desenvolvimento (A. Berman et al., 2006).

Em síntese, pode observar-se que este modelo proposto por Caplan (1964) se baseia em critérios relacionados com o momento da evolução do problema em que a estratégia é implementada, ou seja, prevalece uma caracterização temporal do surgimento do problema (antes, durante e depois) designada por categorização epidemiológica (Wasserman & Durkee, 2009). Katschnig e Schrank (2004) referem que

a prevenção primária é comparável à prevenção entendida pelo senso comum, enquanto a prevenção secundária e terciária correspondem, respetivamente, ao tratamento e reabilitação (Katschnig & Schrank, 2004).

Contudo, segundo Gordon (1983) esta tríade clássica ajusta-se mais às doenças físicas (pré-patogénese e pós-patogénese) e, por isso, sugeriu uma nova conceptualização que classifica a prevenção em universal, seletiva e indicada (R. Gordon, 1983). A adaptação desta classificação para as estratégias de prevenção do suicídio, em particular, foi proposta pelo Instituto de Medicina, em Washington, em 1994 (Mrazek & Haggerty, 1994) em estreito relacionamento com comportamentos saudáveis e comportamentos de risco em determinadas populações (Wasserman & Durkee, 2009).

3.2.2. Modelo de Prevenção: Universal, Seletiva e Indicada

A *prevenção universal* destina-se a todos os indivíduos de uma determinada população, independentemente do seu grau de risco para o suicídio (R. Gordon, 1983), ou seja, dirige-se a populações e não a indivíduos em particular (Kimokeo, 2006). Com efeito, esta abordagem engloba indivíduos assintomáticos e de baixo risco (Wasserman & Durkee, 2009), embora também possa incluir não-intencionalmente indivíduos em risco.

As atividades de prevenção universal podem desenvolver-se em locais como um serviço de saúde, uma escola ou uma comunidade (R. Gordon, 1983). As atividades desta índole prendem-se, por exemplo, com a educação sobre os sinais de risco, a restrição ao acesso a meios letais, como sejam os produtos tóxicos (Bertolote, 2004), promoção de medidas de bem-estar pessoal, social, educacional, político, programas de promoção do suporte social (Yip, 2005), desmistificação de mitos (Zenere & Lazarus, 2009), entre outras.

Os modelos de prevenção universal do suicídio baseados na escola procuram aumentar a probabilidade dos parceiros sociais e dos pares poderem identificar rapidamente os jovens que estão em risco de suicídio de forma a prestar uma resposta de ajuda inicial efetiva e a saberem indicar como podem obter ajuda especializada (Kalafat, 2003).

Estes modelos podem incluir a formação de parceiros sociais na comunidade escolar, a formação dos pais, a formação da comunidade local e os programas dirigidos aos próprios jovens, geralmente aos grupos-turma (Kalafat, 2003).

A título de exemplo deste tipo de programas pode referir-se o *Lifelines* (Kalafat & Elias, 1994).

A *prevenção seletiva* dirige-se a subgrupos de indivíduos que podem estar assintomáticos, mas que apresentam um risco superior de suicídio, em comparação com o risco médio da população geral, devido às suas características biológicas ou sociais, como sejam o sexo, a idade, a ocupação ou a história familiar, entre outros (R. Gordon, 1983; Wasserman & Durkee, 2009).

A título de exemplo, pode referir-se, como abordagens de prevenção selectiva, o tratamento de pessoas com perturbações mentais, perturbações relacionadas com o uso de substâncias, apoio psicológico para pessoas com problemas de saúde física ou em situações de crise (Bertolote, 2004).

Podem ainda referir-se intervenções com pais deprimidos ou vítimas de abuso físico ou sexual (Yip, 2005) ou intervenções centradas em vítimas de guerra, violência ou luto (Wasserman & Durkee, 2009).

O exemplo de um programa de prevenção seletiva é o *Reconnecting Youth* (Eggert, Thompson, Herting, & Nicholas, 1995).

A *prevenção indicada* destina-se a indivíduos que apresentam sinais significativos de risco de suicídio e perturbação psicológica, mas que ainda não cumprem os critérios de diagnóstico (J. M. Burns & Patton, 2000; Kimokeo, 2006; Yip, 2005).

As atividades de prevenção indicada consistem, por exemplo, em efetuar a intervenção clínica e seguimento de indivíduos com perturbações do humor, perturbações psicóticas ou que realizaram tentativas de suicídio (Bertolote, 2004; Yip, 2005), bem como programas para pais de crianças com altos níveis de agressividade e distúrbios do comportamento (Wasserman & Durkee, 2009).

Podemos referir o *C-CARE/CAST*[16], como exemplo para este tipo de prevenção (E. A. Thompson et al., 2001).

[16]O programa C-CARE/CAST apresenta características e procedimentos que o permitem classificar como prevenção selectiva e prevenção indicada (E. A. Thompson, Eggert, Randell, & Pike, 2001).

Após as descrições apresentadas, poder-se-á afirmar que existem algumas semelhanças e dissemelhanças entre as duas classificações apresentadas anteriormente. A primeira classificação baseia-se, sobretudo, numa perspetiva temporal relacionada com o surgimento e evolução da doença, enquanto que a segunda classificação, além da perspetiva temporal, integra a perspetiva da população-alvo, i.e., o grau de risco dos indivíduos ou grupos em relação a determinado problema (A. Berman et al., 2006; Katschnig & Schrank, 2004).

Comparando os dois modelos, a prevenção universal corresponde à prevenção primária. A prevenção seletiva corresponde à prevenção secundária e, em alguns casos, à prevenção primária. A prevenção indicada é comparável à prevenção secundária (Katschnig & Schrank, 2004). A prevenção terciária não tem correspondência ao segundo modelo. Importa, todavia, salientar que estas categorizações não se contrariam nem competem entre si, mas são antes parcialmente correspondentes e complementares, principalmente no primeiro nível de atividade.

Face ao exposto, uma vez que se pretende desenvolver a presente investigação no âmbito da primeira categoria de ambas as categorizações (primária; universal) e, a esse nível, existe uma correspondência total de princípios, objetivos, população-alvo, estratégias e metodologias, pode empregar-se uma ou outra terminologia para a mesma área de atuação. Tratando-se somente de uma questão de terminologia, opta-se pela designação prevenção primária pela sua maior consistência, divulgação e unanimidade entre a comunidade científica, numa dimensão multidisciplinar. O esquema clássico de classificação da prevenção em primária, secundária e terciária tem sido, efetivamente, o mais utilizado por ter um *design* simples e atrativo direcionado aos fatores de risco associados ao suicídio a curto e a longo-prazo (Wasserman & Durkee, 2009).

3.3. Prevenção Primária[17]

A prevenção primária ou universal dos comportamentos suicidas dirige-se a todos os indivíduos de uma dada população, independentemente do seu grau de risco e pode

[17] Uma versão parcial deste documento será publicada em 2014 com a seguinte referência: Brás, M., Cruz, J. P., & Saraiva, C. B. (*in press*). Estratégias gerais de prevenção dos atos suicidas. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Eds). *Suicídio e comportamentos autolesivos*. Lisboa: LIDEL.

incluir uma grande variedade de estratégias, tal como já foi, anteriormente referido. As estratégias mais comummente desenvolvidas neste âmbito são as seguintes: (a) restrição ao acesso a meios letais; (b) serviços de intervenção em crise; (c) formação de profissionais de saúde; (d) formação de profissionais da área da comunicação social; (e) formação dirigida à comunidade e (f) formação dirigida a potenciais grupos de risco. Para cada uma destas estratégias são explanados os seguintes parâmetros: caracterização, procedimentos de implementação e estudos que avaliam a sua eficácia na prevenção do suicídio.

3.3.1. Restrição ao Acesso a Meios Letais

A restrição ao acesso a meios letais tem sido uma das principais estratégias implementadas no âmbito da prevenção primária do comportamento suicida. Esta estratégia consiste na limitação da disponibilidade de objetos e/ou do acesso a locais potencialmente ameaçadores para a vida humana (D. N. Miller, 2011).

A seleção do método de suicídio tem uma influência vital no desfecho dos atos suicidas e pode variar em função de múltiplos fatores, que seguidamente se enunciam:

(a) as características individuais (e.g., o sexo, dado que os homens tendem a usar métodos mais letais, como as armas de fogo, e as mulheres métodos menos letais, como a sobredosagem medicamentosa) (Hawton, 2010; Krug et al., 2002; Varnik et al., 2008); (b) a intencionalidade do ato (se a intenção é morrer tendem a selecionar um método mais letal, como uma arma de fogo, ou um método menos letal, mas de forma infalível, como a sobredosagem de certas substâncias tóxicas) (Hawton, 2010; Mann & Currier, 2011a); (c) a legalidade do método (os métodos disponíveis numa sociedade são, provavelmente, percecionados como um meio de suicídio mais aceite, o que pode ser exemplificado com a legalização das armas de fogo nos EUA) (Hawton, 2010); (d) o espaço geográfico onde o sujeito se encontra (Ajdacic-Gross et al., 2008) (e.g., as armas de fogo são o método mais usado nos EUA; o envenenamento por pesticidas é mais comum nos países da Ásia e da América do Sul; o envenenamento por drogas é mais frequente nos Países Nórdicos e no Reino Unido; o enforcamento é mais comum na Europa Oriental; e a precipitação de locais altos é mais frequente na China (Hong

Kong) (Ajdacic-Gross et al., 2008). Na Europa[18], os métodos mais comuns são o enforcamento (49.5%), o envenenamento por drogas (12.7%), a precipitação de locais altos (9.5%), as armas de fogo (7.6%), o envenenamento por outros meios (exceto drogas) (5.1%), pular ou deitar-se para a frente de objetos em movimento (5.0%), afogamento (4.2%), entre outros métodos (6.3%) (Varnik et al., 2008); nos jovens europeus, dos 15 aos 24 anos, o enforcamento é também o método mais utilizado em ambos sexos, seguido da precipitação de locais altos e de pular ou deitar-se para a frente de objetos em movimento para o sexo masculino e da precipitação em altura e do envenenamento por drogas para o sexo feminino (Varnik et al., 2009). Em Portugal, os métodos mais comuns são o enforcamento e o envenenamento por meios diversos (exceto drogas) em ambos os sexos, seguido das armas de fogo no sexo masculino e do afogamento no sexo feminino (Varnik et al., 2008).

(e) o acesso físico, a familiaridade, as competências técnicas e o planeamento requerido para utilizar determinado método (Chen & Yip, 2009). Ou seja, a seleção do método pode ser fortemente determinada pela disponibilidade do mesmo, como demonstra uma recente revisão da literatura desenvolvida por Sarchiapone et al. (2011).

Em relação à acessibilidade dos métodos, por exemplo, os sobreviventes de tentativas de suicídio, após sobredosagem medicamentosa (Sarchiapone et al., 2011) e com arma de fogo (Hawton, 2010), assumiram que a escolha dos respetivos métodos foi motivada pela sua disponibilidade na residência.

A disponibilidade dos meios pode desempenhar um papel decisivo quer no momento da concretização dos atos suicidas, quer no seu desfecho, embora a restrição ao acesso a meios letais possa ser mais eficaz sobretudo na prevenção de suicídios impulsivos (Hawton, 2001, 2010; Mann & Currier, 2011a).

Em relação ao momento da concretização do ato, sabe-se que a intenção suicida varia de intensidade (a) ao longo do tempo e (b) em diferentes contextos (Hawton, 2010; Shneidman, 1993). Quanto à variabilidade temporal, a fase de crise suicida é aquela em que o risco é maior, mas raramente tem uma duração superior a algumas horas ou, ocasionalmente, a alguns dias (Hawton, 2010). Se os meios de suicídio não

[18] O projeto *European Alliance Against Depression* (EAAD) analisou os métodos de suicídio mais utilizados, entre 2000 e 2004/2005, em 16 países, nomeadamente Inglaterra, Bélgica, Estónia, Finlândia, Alemanha, Hungria, Islândia, Itália, Luxemburgo, Países Baixos, Portugal, Escócia, Eslovénia, Espanha, Suécia e Irlanda.

estiverem disponíveis durante essa fase crítica, a probabilidade de sobrevivência aumenta (Hawton, 2010; McKeon, 2009). Inclusive os suicídios não-impulsivos – preparados com antecedência – podem ocorrer antecipadamente, se os meios letais estiverem disponíveis (Jenkins & Singh, 2000). Além disso, na grande maioria dos casos de suicídio – impulsivos ou não – está presente alguma ambivalência entre o desejo de viver e o desejo de morrer, pelo que a indisponibilidade dos meios pode contribuir para a decisão pela vida (McKeon, 2009).

Relativamente aos contextos, uma vez que uma parte significativa dos suicídios sucede como resposta impulsiva a uma crise interpessoal – geralmente com um familiar – é importante que meios de suicídio altamente letais não estejam facilmente disponíveis nos locais mais críticos, como a residência (Hawton, 2010). Este cuidado deve também ser redobrado nos contextos frequentados por indivíduos vulneráveis, como é o caso das infraestruturas dos serviços de saúde mental (e.g., janelas do internamento) ou dos utensílios que facilitam os métodos mais usados pelos pacientes internados (enforcamento e precipitação) (Jenkins & Singh, 2000).

No que respeita ao desfecho dos atos suicidas, este depende da natureza do método disponível (Hawton, 2010). Se o método selecionado tem uma alta letalidade (e.g., arma de fogo) existe uma maior probabilidade de o ato resultar em morte, do que se o método for de baixa letalidade (e.g., certos agentes psicotrópicos) (Hawton, 2010). Assim, a restrição deve incidir primariamente sobre os meios mais letais, já que a indisponibilidade destes meios pode obrigar à opção por outros menos letais, aumentando o potencial de sobrevivência (Mann & Currier, 2011a).

Em síntese, a seleção do método é significativamente determinada pela sua disponibilidade (Sarchiapone et al., 2011), principalmente em indivíduos desesperados (Hawton, 2010); o método escolhido, por sua vez, tem uma influência vital no desfecho dos atos suicidas (Hawton, 2010).

Os meios suicidas que merecem medidas de restrição mais rigorosas são os seguintes: (a) armas de fogo; (b) determinados fármacos; (c) locais altos que permitam a precipitação; (d) tóxicos necessários em determinadas atividades profissionais, sobretudo agrícolas; (e) tóxicos disponíveis no meio ambiente; (f) locais que permitam a trucidação nas linhas de comboio e metro; (g) condução perigosa intencional de veículos e (h) consumo de bebidas alcoólicas.

As armas de fogo são um dos métodos mais letais (A. Leenaars, 2009; McKeon, 2009) e cujo processo dificilmente pode ser interrompido depois de ter início, ao contrário do que poderá suceder com uma sobredosagem medicamentosa (McKeon, 2009). O acesso fácil a armas de fogo e a sua existência na residência aumenta de forma substancial o risco de suicídio, inclusivamente em adolescentes (A. Berman et al., 2006). Por isso, quando se identifica um indivíduo com um elevado risco de suicídio é necessário instruir os amigos e a família para reduzirem ou eliminarem o acesso a este tipo de métodos (McKeon, 2009), pois parece ser uma das medidas mais eficazes na prevenção do suicídio (e.g., A. Leenaars, 2009).

Não obstante é particularmente importante a criação de legislação criteriosa na concessão de licenças para uso e porte de arma; formação técnica e cívica obrigatória aquando da concessão de licença; regulamentação de um período de intervalo entre a autorização e a aquisição; armazenamento de armas em segurança, de forma a evitar o uso por terceiros (A. Berman et al., 2006; Jenkins & Singh, 2000; A. Leenaars, 2009; Lester, 2011a; Wasserman & Durkee, 2009).

Em Portugal, a legislação para obtenção de licença para uso e porte de arma de fogo da classe mais básica exige que o indivíduo seja maior de 18 anos, se encontre em pleno uso de todos os direitos civis, demonstre carecer da licença por razões profissionais ou circunstância de defesa pessoal ou de propriedade, seja idóneo, seja portador de certificado médico e de um certificado de aprovação para o uso e porte de arma. As licenças para armas mais avançadas ou destinadas a fins específicos exigem ainda a frequência de cursos de formação técnica e cívica, ministrados pela Polícia de Segurança Pública. O exame médico para este efeito deve avaliar se o requerente está na posse das faculdades físicas e psíquicas e "sem historial clínico que deixe suspeitar poder vir a atentar contra a sua integridade física ou de terceiros" (Lei n.º5/2006 de 23 de Fevereiro, p. 1470). Esta exigência inerente aos exames médicos, aos exames de aptidão e à exigência de renovações periódicas, sujeitas à reavaliação dos requisitos para a obtenção de licenças, parecem ser uma forma de salvaguardar que o uso e porte de armas de fogo fiquem restritos aos indivíduos com faculdades psíquicas para tal e que, em princípio, não serão vulneráveis a atos suicidas (Lei n.º5/2006 de 23 de Fevereiro).

No entanto, segundo Saraiva (2006a), o facto de Portugal ter cerca de 500 mil caçadores legalizados e, provavelmente, outros tantos ilegais na posse de armas de fogo, reforça a importância de restringir e vigiar o acesso a este meio, a nível nacional.

A utilização de fármacos em atos suicidas é bastante frequente, sobretudo no sexo feminino (e.g., Hawton, 2010). O acesso a quantidades nocivas de fármacos tóxicos (como os antidepressivos tricíclicos, os analgésicos e os barbitúricos, frequentemente utilizados em tentativas de suicídio) pode ser controlado através da implementação de um conjunto de medidas e de esforços por parte de vários agentes. Os governos podem ter um papel importante na promoção da cooperação internacional, na concordância de normas entre as empresas farmacêuticas, os serviços de saúde nacional e as associações médicas (A. Leenaars et al., 2009). As indústrias farmacêuticas têm uma função determinante na embalagem da medicação, sendo importante que cumpram normas sobre o limite da quantidade de determinados medicamentos por caixa. Os farmacêuticos e técnicos de farmácia são os responsáveis pela disponibilização da medicação e devem cumprir o limite que cada paciente pode adquirir, sobretudo sem receita médica. Ou seja, é importante cumprir medidas transversais, desde a conceção, embalagem, prescrição e distribuição da medicação, que têm mostrado ser eficazes na prevenção do suicídio (A. Berman et al., 2006; Hawton, 2010; Jenkins & Singh, 2000; McKeon, 2009). De referir ainda que os profissionais de saúde, e principalmente os médicos, têm um papel determinante não só no controlo da prescrição de fármacos, como na educação para o seu uso adequado (A. Leenaars et al., 2009). Em Portugal, numa amostra clínica de 52 adolescentes que realizaram uma tentativa de suicídio, o método mais utilizado foi a sobredosagem medicamentosa com fármacos existentes na residência ou adquiridos pelos próprios antes da concretização do ato suicida (Sampaio, 1986, 2002).

A precipitação de locais altos é outro meio disponível para realizar suicídio, apesar de ser menos frequentemente utilizado do que os anteriores (A. Berman et al., 2006). Os locais para tentativas de suicídio são geralmente pontes, viadutos, arranha-céus públicos, edifícios institucionais ou empresariais (hotéis, hospitais psiquiátricos), falésias (A. Beautrais & Gibb, 2009) e residências, sobretudo em áreas muito urbanizadas (A. Beautrais & Gibb, 2009; Chen & Yip, 2009). Alguns locais, ao longo do tempo, parece que se foram tornando locais de "culto suicida" (A. Beautrais & Gibb, 2009), como é o caso da célebre *Golden Gate Bridge,* em São Francisco, na Califórnia (Lester, 2011a), da *Tsing Ma Bridge,* em Hong Kong, a *Grafton Bridge,* na Nova Zelândia, do *Bern Muenster Terrace,* na Suíça, da *Clifton Suspension Bridge,* em

Bristol, na Inglaterra (A. Beautrais & Gibb, 2009), da falésia do sítio da Nazaré ou do Cabo Mondego, na Figueira da Foz, em Portugal (Saraiva, 2006a).

Quando se percebe que determinados locais adquiriram algum significado simbólico de locais de "culto suicida" ou que determinadas características do meio físico ou social facilitam ou incentivam o comportamento suicida, devem tomar-se medidas para restringir o acesso ao mesmo (A. Beautrais & Gibb, 2009; Lester, 2011a).

Essas medidas poderão passar, mais radicalmente, por instalar barreiras protetoras e/ou redes de segurança para restringir o acesso a locais específicos (A. Beautrais & Gibb, 2009; A. Berman et al., 2006; Lester, 2011a). No entanto, outras medidas podem também ajudar a reduzir o suicídio por este método como, por exemplo, colocar mensagens preventivas nesses locais com os números de telefone SOS disponíveis em situação de crise suicida (A. Beautrais & Gibb, 2009; Saraiva, 2006a), instalar circuitos de câmaras de vigilância ou patrulhamento por equipas oficiais ou voluntários (A. Beautrais & Gibb, 2009), planear, eficientemente, a construção de infraestruturas, principalmente estabelecimentos prisionais, centros de detenção ou acolhimento residencial de jovens (A. Beautrais & Gibb, 2009), arranha-céus construídos para residências (A. Beautrais & Gibb, 2009; Chen & Yip, 2009) e hospitais (os métodos de suicídio mais frequentes em doentes internados são o enforcamento e a precipitação de um local alto) (Appleby, 2000; Jenkins & Singh, 2000). Em Portugal, alguns hospitais (e.g., Hospitais da Universidade de Coimbra, Hospital de Santa Maria em Lisboa) têm estruturas de proteção contra tentativas de suicídio por precipitação (Saraiva, 2006a). Além destas estratégias preventivas, é essencial que os meios de comunicação social façam uma cobertura prudente dos suicídios por precipitações de locais altos, sobretudo de locais públicos ou emblemáticos, de forma a evitar o efeito de contágio (A. Beautrais & Gibb, 2009; Chen & Yip, 2009) (cf. p. 90).

Os tóxicos necessários a determinadas atividades profissionais, como as atividades agrícolas (e.g., os pesticidas) são também muitas vezes usados como método de suicídio, principalmente em áreas rurais (Jenkins & Singh, 2000; Phillips & Gunnell, 2009; Wasserman & Durkee, 2009). A ingestão de pesticidas, principalmente os organofosfatos, é responsável por cerca de um terço (cerca de 300 mil suicídios) de todos os suicídios cometidos anualmente a nível mundial (Phillips & Gunnell, 2009). A limitação e controlo do acesso a este tipo de produtos poderá também ser uma medida

eficaz na prevenção do suicídio (Hawton, 2010; Lester, 2011a; Phillips & Gunnell, 2009).

Alguns autores propõem um conjunto de estratégias para diminuir o suicídio pela ingestão intencional de pesticidas que passam, sobretudo, por (a) reduzir a disponibilidade de pesticidas com componentes mais tóxicos, (b) proibir a venda de pesticidas fatais quando ingeridos por seres humanos, (c) diminuir a diversidade de tóxicos disponíveis de forma a criar uma lista mais reduzida dos mesmos, (d) aplicar uma taxa superior aos pesticidas mais tóxicos e subsidiar ou reduzir os custos dos pesticidas menos letais, (e) promover um armazenamento seguro dos mesmos em casa, nos campos ou em locais centralizados da comunidade acessíveis apenas a pessoas autorizadas, (f) implementar programas de gestão de pesticidas que incluam a limitação do número de pesticidas por zonas geográficas e a indivíduos licenciados e que assegurem o retorno aos vendedores do remanescente dos produtos após a sua aplicação, (g) reduzir a utilização de pesticidas altamente tóxicos na agricultura, por exemplo através da implementação de outros métodos de controlo de pestes, (h) desenvolver campanhas de sensibilização e educação relativamente aos perigos da ingestão de pesticidas e melhorar os rótulos dos produtos com informação sobre os perigos, necessidade de armazenamento num local seguro e de rápida intervenção médica em caso de ingestão, (i) prestar formação aos vendedores de pesticidas para reconhecerem indivíduos em risco suicida, (j) modificar as características dos pesticidas, ou seja, reduzir a toxicidade dos pesticidas em caso de ingestão através da adição de agentes eméticos em todos os produtos; mudar as composições químicas dos mesmos, torná-los desagradáveis ao sabor e ao olfato e desenvolver investigação para produzir produtos que não sejam tóxicos para os seres humanos, (k) melhorar a capacidade de resposta perante um envenenamento por ingestão de pesticidas, i.e., garantir que em todas as comunidades existem *kits* de primeiros socorros, por exemplo, com eméticos, (l) capacitar a resposta dos bombeiros e do pessoal dos hospitais para atuar nestes casos (Gunnell & Eddleston, 2003; Phillips & Gunnell, 2009).

Outra forma comum de suicídio é a inalação de tóxicos disponíveis no meio ambiente, como é o caso do monóxido de carbono emitido pelos carros a gasolina ou gasóleo, dos carros com combustão a gás ou do gás doméstico (A. L. Beautrais, 2001; Jenkins & Singh, 2000; Lester, 2011a). Alguns autores alertam ainda para um método de suicídio mais recente que usa a queima de carvão em ambientes fechados,

geralmente em lareiras das próprias residências. Uma das medidas que tem sido ponderada passa por colocar barreiras ao acesso de carvão em locais onde este está facilmente disponível, como ter de o solicitar aos funcionários dos supermercados para o poder adquirir (Yip, 2009a).

Durante muitos anos, o gás doméstico era o gás carbonífero que tinha altas concentrações de monóxido de carbono provocando a morte de forma rápida e infalível. No entanto, alguns países substituíram este gás doméstico tóxico por gás natural, reduzindo desta forma a toxicidade do mesmo (Lester, 2011a).

Os suicídios por trucidamentos nas linhas de comboio ou do metro, apesar de menos frequentes, requerem igualmente a adoção de estratégias de prevenção, quer pelas trágicas consequências do ato para o próprio indivíduo, quer pelo impacto negativo que o mesmo tem na saúde mental dos outros passageiros assim como do *staff* do funcionamento das linhas férreas ou elétricas, para além das consequências no próprio sistema de transportes (Ladwig, Ruf, Baumert, & Erazo, 2009).

A prevenção do suicídio, por este meio, pode passar por medidas mais estruturais, como a criação de margens de segurança, colocação de barreiras ao longo das linhas, dificultando o acesso às mesmas (Ladwig et al., 2009; Lester, 2011a). Devem também ser implementadas medidas de comunicação e educação, evitando-se coberturas mediáticas que exponham este meio de suicídio, assim como a formação de porteiros sociais capazes de reconhecerem e intervirem de forma adequada nas estações e linhas de comboio ou metro (Ladwig et al., 2009).

A condução perigosa intencional de veículos resulta, por vezes, em acidentes autoprovoados com intenção de morrer, o que corresponde a suicídio. Podem ser tomadas algumas medidas para tentar reduzir a probabilidade da ocorrência destes atos, tais como promover a educação e a sensibilização dos automobilistas, legislar no sentido de diminuir os limites de velocidade ou os níveis de alcoolémia no sangue permitidos durante a condução (Jenkins & Singh, 2000).

A restrição ao consumo de álcool é uma estratégia adicional de prevenção do suicídio, independentemente da atividade de condução, uma vez que o abuso do álcool facilita a consumação do ato suicida. Vários estudos têm mostrado que as restrições do consumo de álcool são eficazes na prevenção do suicídio, refletindo-se quer a nível

individual em contexto clínico, quer nas taxas de suicídio de determinadas regiões com programas específicos dirigidos para este fim (Wasserman & Hadlaczky, 2009). Em Portugal, onde existe mais de um milhão de alcoólicos, esta medida assume particular relevância (Saraiva, 2006a) e vem, inclusivamente, referenciada no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) (DGS, 2013).

Apesar da importância de todas as linhas orientadoras, poder-se-á questionar se a restrição ao acesso a determinados meios letais resulta: (a) na utilização de métodos alternativos igualmente letais – o que implicaria a manutenção das taxas de suicídio; (b) na sua substituição por meios menos letais ou (c) no abandono da intenção suicida – resultando numa diminuição das taxas de suicídio (Mann & Currier, 2011a). Embora seja necessário continuar a investigar estas questões, é consensualmente aceite que, quando determinadas características no meio ambiente podem facilitar a ocorrência de atos suicidas, deverá remover-se o acesso às mesmas, ainda que haja o risco da opção por outro método alternativo (Annette Beautrais, 2007).

Vários autores têm afirmado, de forma consistente, que a restrição ao acesso a meios letais é uma estratégia eficaz na prevenção do suicídio (A. Berman et al., 2006; De Leo & Evans, 2004; Hawton, 2010; R. M. Johnson & Coyne-Beasley, 2009; Lester, 2011a; Mann et al., 2005; McKeon, 2009; Nordentoft, Qin, Helweg-Larsen, & Juel, 2007; OMS, 2012; Sarchiapone et al., 2011; Waldvogel et al., 2008; Wasserman & Durkee, 2009). Esta estratégia deverá, por isso, integrar os planos de prevenção do suicídio (Annette Beautrais, 2007; Saraiva, 2006a); ser implementada, monitorizada e avaliada em articulação com as comunidades locais e ser alvo de especial atenção por parte dos governos, na medida em que a legislação pode facilitar/dificultar o acesso a determinados meios (A. Beautrais & Gibb, 2009; Jenkins & Singh, 2000; Saraiva, 2006a). Apesar da eficácia desta estratégia, a impossibilidade de limitar o acesso a todos os meios letais, implica a necessidade de a complementar com outras estratégias de prevenção (Sarchiapone et al., 2011).

3.3.2. Formação de Profissionais de Saúde

O serviço dos cuidados primários é geralmente a “porta de entrada” dos pacientes no sistema de saúde e onde se estabelece maior proximidade médico-paciente,

traduzindo-se, por isso, num local privilegiado para detetar casos de risco de suicídio (Mann & Currier, 2011a). A literatura tem demonstrado que a maioria (cerca de 75%) dos indivíduos que cometeu suicídio teve consulta com um médico dos cuidados de saúde primários no ano anterior à sua 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 (Luoma, Martin, & Pearson, 2002). Num outro estudo, os autores avançam que, no mês anterior ao suicídio, 66% das vítimas tiveram contacto com um médico de clínica geral, 13% tiveram alta de um hospital psiquiátrico e 7% de um hospital geral (Andersen, Andersen, Rosholm, & Gram, 2000).

Além disso, apesar de as doenças mentais serem fatores de risco frequentemente associados ao suicídio, estas continuam subdiagnosticadas e subtratadas no contexto dos cuidados de saúde primários (Mann & Currier, 2011a). Tal significa que há indivíduos em risco suicida que não são sinalizados, nem encaminhados para serviços de saúde mental especializados.

Neste sentido, é essencial desenvolver programas de formação e sensibilização para os profissionais dos cuidados de saúde primários, que prestem informação sobre os sinais de alarme, os fatores de risco e, especificamente, as perturbações psicopatológicas comummente associadas ao suicídio (De Leo & Evans, 2004; Mann & Currier, 2011a; Michel, 2000; Saraiva, 2006a). Importa referir que este tipo de formação é pertinente para todos os profissionais de saúde que lidam habitualmente com pessoas em risco e que poderão facilitar o encaminhamento para os especialistas, embora o médico normalmente tenha um papel mais ativo (Titelman & Wasserman, 2009).

É igualmente importante que o médico mostre abertura e interesse para compreender as idiossincrasias da narrativa da história de vida do paciente; mantenha os canais de comunicação abertos, questionando, quando necessário, sobre a presença de ideação suicida, atos suicidas no passado; identifique os fatores de risco para o suicídio, como a perturbação depressiva ou o abuso de substâncias; prescreva e monitorize doses corretas de medicação, sobretudo antidepressiva e encaminhe casos de risco para tratamento (Michel, 2000; Sampaio, 2002; Saraiva, 2006a).

A cooperação com os médicos dos cuidados de saúde primários, além de ser uma componente de vários planos de prevenção do suicídio, é uma componente integrada em alguns programas de prevenção já implementados, como é o caso da *Nuremberga Alliance Against Depression*, na Alemanha, da *European Alliance Against Depression*

(Varnik et al., 2008) ou do *National Swedish Prevention of Suicide and Mental-ill-health*, na Suécia (Titelman & Wasserman, 2009). É de referir que, em Portugal, também já foram desenvolvidas algumas iniciativas nesse sentido, de que é exemplo o CD-ROM *Suicídio e Para-suicídio… Um Desafio na Prática Clínica* produzido, em 2000, pela Clínica Psiquiátrica dos Hospitais Universitários de Coimbra (Saraiva, 2006a), bem como alguns cursos ministrados pela Sociedade Portuguesa de Suicidologia, há cerca de dez anos. De referir que a Sociedade Portuguesa de Suicidologia pretende reativar a formação nesta área.

O *National Swedish Prevention of Suicide and Mental-ill-health*, na Suécia, é prestado não só a profissionais no ativo – como médicos de clínica geral, psiquiatras, pedopsiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos – como também a estudantes de saúde mental, serviço social, administração e investigadores (Titelman & Wasserman, 2009). Neste centro existe ainda um outro programa *Love is the Best Kick* mais focado no suicídio juvenil, que se destina a professores e outros porteiros sociais, como profissionais da Psiquiatria infantil e juvenil, a quem os jovens podem recorrer para falar sobre problemas emocionais ou existenciais (Titelman & Wasserman, 2009).

Vários estudos têm mostrado que os programas de formação para os médicos podem ser eficazes na prevenção do suicídio (Mann et al., 2005; Szanto, Kalmar, Hendin, Rihmer, & Mann, 2007). De acordo com a revisão sistemática da literatura desenvolvida entre 1996 e 2005 por Mann et al. (2005), a formação dos médicos é uma das duas estratégias mais eficazes na prevenção do suicídio, sendo a outra estratégia a restrição ao acesso a meios letais, tal como foi descrito anteriormente. Segundo os estudos empíricos, por exemplo, um programa dirigido a médicos de clínica geral, desenvolvido na Eslovénia, melhorou o reconhecimento e tratamento da depressão, mas não teve um impacto significativo na redução das taxas de suicídio (Roskar et al., 2010).

No entanto, num outro estudo desenvolvido numa região da Hungria com elevadas taxas de suicídio, onde, durante cinco anos, foi implementado um programa de prevenção dirigido a médicos de clínica geral, os resultados foram diferentes. Após a implementação do programa, a taxa de suicídio anual nessa região diminuiu de 59.7 para 49.9 suicídios por 100 mil habitantes, sendo esta diminuição significativamente maior do que em duas regiões de controlo (Szanto et al., 2007). Reafirma-se, assim, a importância da formação dos profissionais de saúde.

3.3.3. Serviços de Intervenção em Crise

A nível internacional, os serviços telefónicos de apoio na crise (SOS) proporcionam um serviço de ajuda imediata para lidar com pensamentos suicidas, durante 24 horas, sete dias por semana, geralmente de forma anónima (A. Berman et al., 2006). As características deste serviço, em conjunto com a crescente familiaridade com o telemóvel, tornam-no um meio mais confortável para pedir ajuda, do que o pedido face-a-face, sobretudo para os jovens (A. Berman et al., 2006; D. N. Miller, 2011). Este tipo de serviço permite também ultrapassar as barreiras geográficas ou financeiras, visto que geralmente não implica deslocações e é gratuito (M. Gould & Kalafat, 2009).

O objetivo destas linhas é ajudar a ultrapassar os estados de crise suicida, facilitar a adoção de estratégias de *coping* alternativas face aos problemas e promover o encaminhamento para um serviço de saúde mental ou para recursos informais. Este serviço está disponível não só para os indivíduos em risco, mas também para quem se confronte com estes e precise de auxílio sobre a forma mais adequada de atuação (M. Gould & Kalafat, 2009; D. N. Miller, 2011).

A adesão dos indivíduos em risco a estes serviços no momento de crise parece ser reduzida (A. Berman et al., 2006) e a sua eficácia na redução do número de suicídios é de difícil avaliação (M. Gould & Kalafat, 2009). Existe, todavia, algum consenso de que são eficazes no alívio da crise suicida, pois quem os contacta mostra-se satisfeito com o serviço prestado (M. Gould & Kalafat, 2009; D. N. Miller, 2011).

Existem várias organizações a nível internacional que coordenam os centros de intervenção na crise pelo telefone, de que são exemplo a *Samaritans*, *Befrienders Worldwide*, *IFOTES* ou a *Life Line International* (Lester, 2011b). Também em Portugal existem instituições que prestam este serviço, como é o caso da *SOS Voz Amiga* (SOS VOZ AMIGA, 2012), o Telefone da Amizade, o SOS Estudante, Escutar Voz de Apoio, Conversa Amiga e Telefone da Esperança (DGS, 2013).

É importante que os centros de linhas telefónicas estejam licenciados e certificados por organizações credíveis (McKeon, 2009) e que sejam úteis (M. Gould & Kalafat, 2009).

Dado o acesso generalizado da população à Internet, a localização e os números de telefone dos centros de intervenção na crise podem estar disponíveis *online* (McKeon, 2009; D. N. Miller, 2011). Importa todavia ressalvar que embora a Internet

possa ter um papel proeminente na prevenção do suicídio, pode também ser uma fonte problemática de informação, principalmente quando acedida por jovens sem sentido crítico (Jenkins & Singh, 2000), na medida em que existem vários sítios *web* "pró-suicídio" (D. N. Miller, 2011) com instruções sobre a utilização infalível de métodos de suicídio e a solicitação para a realização de pactos suicidas (Mann & Currier, 2011a).

3.3.4. Formação de Profissionais da Área da Comunicação Social

As notícias divulgadas pela comunicação social têm influência sobre o comportamento humano em geral e, inclusivamente, sobre o comportamento suicida. O conteúdo e a forma das notícias sobre a ocorrência de atos suicidas podem promover ou prevenir outros atos suicidas.

O medo do suicídio por imitação surgiu a partir da publicação da obra *The Sorrows of Young Werther*, de Wolfgang, em 1774, em que o jovem herói se matou por desgosto de amor. Na sequência desta obra, muitos jovens europeus cometeram suicídio com o mesmo método, o que levou, por um lado, à proibição da venda do livro em vários países e, por outro, à atribuição da designação de Efeito de Werther a este fenómeno. O Efeito de Werther foi, posteriormente, generalizado à influência que outros canais de comunicação podem ter na imitação de atos suicidas (Westerlund, Schaller, & Schmidtke, 2009).

Vários autores afirmam que determinados tipos de coberturas de atos suicidas pelos meios de comunicação social podem desencadear este efeito de imitação (Hawton & Williams, 2010; Z. Santos et al., 2006; Schmidtke & Schaller, 2000; Westerlund et al., 2009), especialmente entre os jovens (Hawton & Williams, 2010; Jenkins & Singh, 2000; Z. Santos et al., 2006; Schmidtke & Schaller, 2000; Westerlund et al., 2009). Podem, ainda, influenciar a opinião de legisladores e políticos no sentido de uma desvalorização de medidas de prevenção (Mann & Currier, 2011a).

Os media têm o dever de tratar o assunto suicídio de forma séria, sem desrespeito pela sua liberdade de expressão (Hawton & Williams, 2010; Saraiva, 2006a), e de serem responsabilizados pelo tipo de notícias publicadas (Wasserman & Durkee, 2009).

De um modo geral, para dar uma notícia de suicídio, dever-se-á ter em conta as seguintes orientações essenciais: não ser sensacionalista; não incluir fotografias da vítima, do cenário do suicídio ou a descrição do método utilizado; não publicar notas

suicidas, nem detalhes sobre o ato; não atribuir o suicídio a causas simplistas ou associá-lo a um único fator; não o glorificar; não usar estereótipos culturais ou religiosos; não repartir culpas; não o publicar na primeira página ou em cabeçalhos; não mencionar o suicídio como um ato aceitável para resolver problemas; não divulgar o local, sobretudo quando se tratam de locais habituais de suicídio; colaborar ativamente com as autoridades de saúde na apresentação dos factos; referir-se a suicídio consumado em vez de bem-sucedido; salientar alternativas para o suicídio; transmitir que a depressão é tratável; prestar informação sobre linhas telefónicas SOS (e.g., linha de saúde24, apoios médicos, psicológicos e sociais) (A. Beautrais & Gibb, 2009; Chen & Yip, 2009; Hawton & Williams, 2010; Mann & Currier, 2011a; OMS, 2008a; Westerlund et al., 2009). Os media podem também desempenhar um papel mais generalista na promoção de uma autoimagem positiva dos grupos com maior risco influenciando a própria cultura (Jenkins & Singh, 2000) ao promover atitudes adequadas (Hawton & Williams, 2010) e colaborar ativamente em campanhas de prevenção (Mann & Currier, 2011a).

Sublinha-se a importância de incluir este tema nos currículos escolares dos cursos de jornalismo e comunicação social, o que representaria um investimento no jornalismo futuro, a longo-prazo (Hawton & Williams, 2010).

Podem também ser desenvolvidos programas de formação específicos dirigidos aos jornalistas em exercício ou a criação de orientações para as notícias, como foi o caso do documento publicado em 2000 pela OMS e reatualizado em 2008 – *Prevenção do Suicídio: Um Manual para Profissionais dos Mídia* (OMS, 2008a). Alguns estudos evidenciam que, após a publicação deste guia, em determinadas comunidades estão em curso mudanças contingentes com o mesmo na divulgação de suicídios (Fu & Yip, 2008; Mann & Currier, 2011a). Em Hong Kong, por exemplo, regista-se uma diminuição de imagens ilustrativas e de cabeçalhos referentes a suicídios, o que sugere a eficácia do referido guia (Fu & Yip, 2008) .

3.3.5. Formação Dirigida à Comunidade

Quase todos os indivíduos, durante uma crise suicida, deixam pistas a outros indivíduos da comunidade, amigos ou até familiares, acerca das suas intenções suicidas. Esses sinais são frequentemente ignorados, mas poderiam ser melhor interpretados se os

interlocutores estivessem informados sobre os sinais de alerta e o que fazer perante os mesmos (D. N. Miller, 2011). A falta deste conhecimento pode levar à desvalorização do risco por parte das pessoas próximas (Mann & Currier, 2011a; Sampaio, 2002), daí reconhecer-se que a educação pública sobre o suicídio é uma das principais formas de o prevenir (D. N. Miller, 2011). Parece existir uma crescente consciencialização acerca da importância de reduzir o estigma associado à doença mental e aos atos suicidas bem como dotar a comunidade de conhecimentos sobre os sinais de alerta, os fatores de risco e de proteção para além de aumentar as competências sobre como ajudar alguém em risco suicida (D. N. Miller, 2011; Z. Santos et al., 2006; Saraiva, 2006a; Waldvogel et al., 2008).

Este tipo de conhecimentos pode ser transmitido através de ações psicoeducacionais e treino de competências, de forma pedagógica, tanto à comunidade em geral, como a determinados setores da mesma, nomeadamente aos designados porteiros sociais, que lidam com potenciais grupos de risco (e.g., colaboradores das escolas, prisões, forças de segurança, lares) (Z. Santos et al., 2006). É de salientar que antes da implementação de qualquer programa deste género é recomendável avaliar a opinião pública e as atitudes em relação ao fenómeno suicídio (Fountoulakis & Rihmer, 2011). Todavia, a avaliação da eficácia dos programas de educação sobre o suicídio na comunidade não tem sido conclusiva, pelo que são necessárias mais investigações nesse sentido (Mann et al., 2005).

3.3.6. Formação Dirigida a Potenciais Grupos de Risco

Alguns contextos (e.g., meio escolar, prisional) têm mostrado ser locais privilegiados para desenvolver estratégias específicas de prevenção do suicídio junto de potenciais grupos de risco (e.g., adolescentes, idosos, forças armadas, reclusos, alcoólicos, homossexuais, bissexuais ou transsexuais/transgéneros-LGBT e doentes mentais com determinadas perturbações) (DGS, 2013).

As atividades em contextos específicos podem assumir diferentes formatos, como ações psicoeducacionais, ações de rastreio, ações de desenvolvimento de competências (e.g., capacidade de resolução de problemas) e a promoção de fatores protetores (e.g., autoestima), entre outras.

Tendo em consideração o âmbito do presente trabalho, destacar-se-á na secção seguinte a prevenção primária do suicídio em meio escolar.

3.4. Prevenção Primária em Meio Escolar[19]

No presente tópico, explana-se uma breve revisão da conceptualização da prevenção do suicídio em meio escolar nas últimas décadas, as principais estratégias de prevenção e a eficácia global dos programas desenvolvidos neste meio.

Os primeiros programas de prevenção do suicídio desenvolvidos nas escolas datam da década de 70, mas foi na década de 80 que se assistiu à crescente divulgação dos mesmos. Os primeiros programas foram largamente criticados por duas razões principais: (a) por se basearem no modelo de stresse do suicídio, uma vez que este modelo normalizava o comportamento suicida (D. N. Miller, 2011), e (b) pela falta de concisão na definição dos objetivos e dos destinatários dos programas (Kalafat, 2003). Os primeiros programas excluíam, intencionalmente, os estudantes, destinando-se somente à comunidade educativa e a encarregados de educação, pois persistia alguma controvérsia em relação aos efeitos positivos ou negativos decorrentes da sua aplicação diretamente aos jovens (Shaffer & Gould, 2000).

Hoje em dia, os programas de prevenção já não apresentam o suicídio como uma resposta normal a uma situação stresse, mas como um comportamento resultante de múltiplos e complexos fatores (e.g., doença mental); os objetivos, destinatários, conteúdos e metodologias estão melhor definidos (e.g., Lazear, Roggenbaum, & Blase, 2003; D. N. Miller, 2011) e parece não existirem efeitos negativos decorrentes da abordagem da temática suicida junto dos jovens (e.g., M. S. Gould et al., 2005).

A evolução do conhecimento sobre a eficácia das abordagens de prevenção primária nas escolas contribuiu para que, atualmente, se preconize uma intervenção mais ecológica, isto é, a sua aplicação coordenada e complementar aos estudantes e a todos os agentes educativos (e.g., administradores escolares, professores, assistentes operacionais, psicólogos escolares, técnicos de ação social, enfermeiros e outros

[19] Uma versão parcial deste documento será publicada em 2014 com a seguinte referência: Brás, M., & Santos, J. C. (*in press*). Prevenção do suicídio em meio escolar. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Eds). *Suicídio e comportamentos autolesivos*. Lisboa: LIDEL.

profissionais da escola), aos encarregados de educação e à comunidade local (Kalafat, 2003; D. N. Miller, 2011; Shaffer & Gould, 2000).

A inclusão dos jovens como destinatários das ações de prevenção é hoje mais consensualmente aceite na comunidade científica, existindo um conjunto de bases conceptuais que o justificam, nomeadamente o facto de os adolescentes partilharem os seus problemas mais frequentemente com os pares do que com os adultos; os adolescentes perturbados (e.g., depressivos, abusadores de substâncias) preferirem mais o apoio dos pares do que dos adultos; alguns adolescentes, particularmente rapazes, responderem aos pares perturbados de forma pouco empática e prestável, o que poderá ser melhorado com formação nesse sentido; e os adultos poderem não estar disponíveis e/ou acessíveis para prestar ajuda quando necessário (A. Berman et al., 2006). Estes factos alertam para a importância de preparar os jovens para lidarem com situações complexas relacionadas com a saúde mental dos colegas, e inclusivamente dos próprios, e desenvolverem competências para solicitar ajuda junto de profissionais especialistas, por exemplo (D. N. Miller, 2011).

Neste sentido, as estratégias de prevenção do suicídio em meio escolar têm sido desenvolvidas em diferentes formatos, i.e., ações implementadas de forma isolada (e.g., ação psicoeducacional) ou agregadas em programas multiníveis (e.g., ação psicoeducacional e treino de competências), dirigidas a um único grupo de destinatários (e.g., adolescentes) ou aos vários agentes da comunidade escolar (e.g., professores e encarregados de educação).

Seguidamente, apresentam-se as cinco estratégias de prevenção primária do suicídio desenvolvidas no meio escolar[20]: (a) ações de rastreio; (b) ações psicoeducacionais; (c) ações de desenvolvimento de competências; (d) formação de porteiros sociais e (e) programas multiníveis.

[20] Outro tipo de estratégias preventivas, de extrema relevância, desenvolvidas nas escolas são as ações de pós-venção, embora não sejam incluídas na prevenção primária. Estas ações são desenvolvidas quando ocorre o suicídio de um membro da escola. Os objetivos são identificar jovens em risco através de um rastreio, reduzir o stresse dos membros da comunidade educativa próximos da pessoa falecida, prevenir o desenvolvimento de pós-stresse traumático entre os estudantes que testemunharam o ato ou que descobriram o corpo e diminuir o risco de suicídios por imitação (Shaffer & Gould, 2000).

As ações de rastreio[21] têm como objetivo identificar casos de risco que necessitem de avaliação mais específica e intervenção clínica (A. Berman et al., 2006; D. N. Miller, 2011; Shaffer & Gould, 2000). Estas ações podem ser desenvolvidas em vários estágios, desde a administração de instrumentos de rápida aplicação com alta sensibilidade e baixa especificidade (com a limitação, porém, de sinalizar muitos casos falsos-positivos) até instrumentos mais específicos e entrevistas personalizadas (Shaffer & Gould, 2000). Neste âmbito, um dos instrumentos frequentemente utilizado é o Questionário de Ideação Suicida (QIS) (Reynolds, 1991), o qual se encontra adaptado para a população portuguesa (Ferreira & Castela, 1999)

Além disso, é comum serem avaliados outros fatores de risco para o suicídio, tais como a existência de perturbação depressiva ou de tentativas de suicídio anteriores. Os indivíduos que referem risco de suicídio são encaminhados para avaliações mais rigorosas e intervenção individual, desenvolvidas por profissionais de saúde mental (Shaffer & Gould, 2000).

Estas ações de rastreio, embora decorram na escola, não têm, portanto, quaisquer componentes educativas ou interventivas, pois não incluem sessões de sensibilização ou de formação para os estudantes ou outros membros da comunidade escolar (Shaffer & Gould, 2000).

Em estudos sobre a aceitabilidade dos diferentes tipos de ações de prevenção, as ações de rastreio foram as que obtiveram menor aceitabilidade por parte dos psicólogos escolares, embora reconheçam que é a forma mais direta e efetiva de obter informação sobre a vulnerabilidade dos adolescentes para o suicídio (Eckert, Miller, DuPaul, & Riley-Tillman, 2003). Também os adolescentes mostraram menor aceitabilidade das ações de rastreio, o que significa que estas ações devem ser aplicadas com algumas precauções, pois a não-aceitabilidade pode condicionar a sua eficácia (Eckert, Miller, Riley-Tillman, & DuPaul, 2006).

As ações psicoeducacionais consistem em atividades didáticas e pedagógicas destinadas à aquisição de conhecimentos sobre determinada temática. No âmbito da

[21] As ações de rastreio, per se, integram-se no âmbito da prevenção primária (Gutierrez & Osman, 2008) embora também possam ser entendidos como uma valência da prevenção secundária pelo facto de, em determinadas situações, precederem a intervenção clínica junto dos indivíduos identificados como de alto risco (D. N. Miller, 2011; Waldvogel et al., 2008).

prevenção do suicídio, estas ações podem centrar-se na temática mais generalista da saúde mental ou focar-se, exclusivamente, na problemática do suicídio.

Alguns autores referem que aumentar a literacia sobre a saúde mental é também uma forma de prevenir atos suicidas. Por exemplo, os programas de prevenção primária que minimizam os efeitos da depressão, ansiedade ou de outros fatores precipitantes (e.g., impulsividade) para os atos suicidas são considerados essenciais (Walker et al., 2009). O objetivo principal de aumentar a literacia sobre a saúde mental entre os jovens é potenciar a sua capacidade de autoajuda e de procurar os recursos adequados para os pares (J. R. Burns & Rapee, 2006).

A *World Psychiatric Association*, por exemplo, desenvolveu um programa de consciencialização sobre a saúde mental juvenil. Este programa teve como objetivo aumentar o conhecimento dos pais, professores e dos próprios jovens acerca de saúde mental, de forma a diminuir o estigma associado aos problemas de saúde mental e facilitar a identificação dos mesmos, bem como de possíveis comportamentos autolesivos. Os resultados mostraram um aumento no nível de interesse pelos problemas de saúde mental, na autoconfiança e nos conhecimentos para falar sobre problemas emocionais com os jovens. Os autores concluíram assim que a redução do número de suicídios entre os jovens pode advir através da promoção da consciencialização sobre a saúde mental juvenil entre os pais, os professores e os próprios jovens, assim como pelo aumento dos comportamentos de procura de ajuda e de tratamento (Hoven, Tyano, & Mandell, 2009).

Há programas que se focam exclusivamente na promoção de fatores protetores que podem mediar o comportamento suicida, como as redes familiares e sociais. No entanto, estes programas devem ser complementados com instruções sobre o problema específico que se pretende prevenir: o suicídio.

O fundamento dos programas específicos sobre o suicídio consiste em eliminar ou reduzir as condições que colocam os estudantes em risco de suicídio e fortalecer os fatores protetores do mesmo (A. Berman et al., 2006). Os programas sobre a saúde mental em geral previnem os vários problemas mentais, no entanto não contemplam as especificidades que caracterizam o comportamento suicida e poderão não ser tão eficazes como aqueles que exploram a prevenção do suicídio pormenorizadamente.

Assim, as ações psicoeducacionais específicas promovem a aquisição de conhecimentos sobre a temática do suicídio e dos aspetos psicológicos associados. Estas abordagens têm como principal objetivo educar e consciencializar, em particular os

jovens, sobre os atos suicidas (A. Berman et al., 2006; Shaffer & Gould, 2000; Waldvogel et al., 2008).

As ações psicoeducacionais são as mais implementadas (Shaffer & Gould, 2000) e as que têm recebido maior aceitabilidade por parte de diferentes grupos inquiridos, principalmente diretores de escolas secundárias (D. N. Miller, Eckert, DuPaul, & White, 1999), psicólogos escolares (Eckert et al., 2003) e adolescentes (Eckert et al., 2006).

As ações de desenvolvimento de competências pretendem fortalecer os fatores protetores do comportamento suicida. Estas ações promovem a capacidade de resolução de problemas (A. Berman et al., 2006; M. S. Gould & Kramer, 2001; Kalafat, 2003), as estratégias de *coping* adaptativas (M. S. Gould & Kramer, 2001), as competências de tomada de decisão (M. S. Gould & Kramer, 2001; Kalafat, 2003), autoeficácia (M. S. Gould & Kramer, 2001), a gestão de crises emocionais (A. Berman et al., 2006), as competências de comunicação, as capacidades cognitivas, a autoestima, a gestão do stresse e o estilo de vida saudável (M. S. Gould & Kramer, 2001), entre outras. Estas ações procuram, assim, incidir em áreas em que os adolescentes suicidas têm geralmente mais dificuldades (Waldvogel et al., 2008).

A formação de porteiros sociais[22] consiste na 'educação e treino de "ajudantes da comunidade natural", adultos que estão em contato com jovens suicidas' (M. S. Gould & Kramer, 2001, p. 14) ou que têm um acesso privilegiado aos mesmos, quer na comunidade escolar (e.g., professores), quer fora dela (e.g., médico de família, bombeiro, padre, polícia) (A. Berman et al., 2006; M. S. Gould & Kramer, 2001; Pompili et al., 2011). Os porteiros sociais dos jovens podem também ser outros jovens com quem estes convivam com frequência (Pompili et al., 2011; Walker et al., 2009). A formação de porteiros sociais dirigida aos pares é particularmente importante, na medida em que os adolescentes têm tendência para estabelecer relações muito próximas com os seus pares e com eles partilharem o seu sofrimento (A. Berman et al., 2006; Sprinthall & Collins, 2008), sendo problemático a confidencialidade que mantêm mesmo em casos de tentativas de suicídio. Kalafat e Elias (1995) constataram que 40% dos pares do sexo masculino e 60% dos pares do sexo feminino conheciam um colega

[22] Da expressão inglesa *gatekeepers.*

que tinha realizado uma tentativa de suicídio, mas apenas aproximadamente 25% tinha partilhado essa informação com um adulto. É por isso fundamental que os jovens sejam treinados para reconhecerem pares suicidas de maneira a solicitarem ajuda junto dos recursos adequados (Pompili et al., 2011).

Os porteiros sociais podem ser considerados designados, referindo-se a todos os profissionais com formação e treino para intervir em casos de risco suicida, mas também emergentes, quando se alude a membros da comunidade sem qualquer formação específica para intervir nestes casos (Ramsay, Cooke, & Lang, 1990).

Os objetivos da formação de porteiros sociais passam por promover conhecimentos, atitudes e competências para identificar jovens em risco de suicídio, determinar o grau do risco, gerir as situações problemáticas, sinalizar e encaminhar para os serviços de saúde mental quando necessário (M. S. Gould & Kramer, 2001; Kalafat, 2003; Pompili et al., 2011; Shaffer & Gould, 2000).

A formação de porteiros sociais, inclui geralmente, temáticas como fatores de risco, sinais de alerta, falsas-crenças/mitos sobre o suicídio, orientações para intervir no período de crise suicida, encaminhamento para tratamento com especialistas, os recursos escolares e comunitários e o papel da escola nestes casos (Capuzzi, 2009; Kalafat, 2003).

A necessidade de formação de porteiros sociais baseia-se na evidência de que os conhecimentos sobre o suicídio são poucos, mas que a um aumento dos mesmos corresponderá a uma maior probabilidade de detetar jovens em risco e de prestar a assistência necessária (M. S. Gould & Kramer, 2001).

Os professores, por exemplo, apesar da sua posição estratégica para identificarem sinais de alerta nos adolescentes, não têm um conhecimento muito alargado sobre o suicídio (MacDonald, 2004).

Os próprios psicólogos escolares reconhecem a necessidade de formação específica adicional para lidar com casos de suicídio na escola, embora tenham a responsabilidade ética e legal de prevenir o suicídio (Kalafat, 2003). Estes profissionais escolares e outros do ramo da saúde mental que colaboram com a escola “desempenham um papel vital na diminuição da incidência do comportamento suicida entre os estudantes e na resposta a casos de suicídio e suas consequências” (A. L. Berman, 2009, p. 237), devendo assumir a liderança e a responsabilidade pelo desenvolvimento, implementação e avaliação dos programas de prevenção do suicídio, bem como pela formação de novos porteiros sociais (D. N. Miller, 2011).

No que diz respeito à eficácia da formação de porteiros sociais, não existem muitos dados disponíveis (Mann & Currier, 2011a). Segundo alguns autores, existem poucas evidências de que a formação de porteiros sociais seja eficaz na redução das taxas de suicídio (A. Berman et al., 2006) e evidências inconsistentes sobre a mudança de comportamentos dos formandos em relação aos indivíduos suicidas (Mann & Currier, 2011a).

No entanto, a título de exemplo, um grupo de professores, após participar numa formação de porteiros sociais, tornou-se mais capacitado para identificar sinais de alerta não-verbais ou escritos, valorizar o risco de suicídio em detrimento de percecionar alguns comportamentos de risco como simples chamadas de atenção, encaminhar os jovens com determinados sinais de alerta para profissionais especializados e envolver os pais na situação (Davidson & Range, 1999).

Existe assim algum suporte empírico de que os indivíduos treinados como porteiros sociais estão melhor preparados para intervir junto de indivíduos em crise (A. Berman et al., 2006). Estas formações parecem ser eficazes na mudança de atitudes em relação ao comportamento suicida (Mann & Currier, 2011a). Como já foi referido, uma atitude adaptativa dos porteiros sociais perante indivíduos que tencionam matar-se pode ser decisivo para a mudança dessa decisão (T. Joiner, 2010; Titelman & Wasserman, 2009).

Importa ainda ressalvar que este género de formação deve também esclarecer os limites de intervenção destes porteiros sociais, centrando o seu papel ao nível da prevenção primária e encaminhamento para os serviços competentes (Henriques & Soeiro, 2006). A formação de porteiros sociais nas escolas pode ser conjugada com outras estratégias de prevenção, como as ações psicoeducacionais, as ações de rastreio ou as ações de desenvolvimento de competências (Pompili et al., 2011).

Os programas multiníveis consistem na associação de pelo menos duas das estratégias previamente apresentadas. Este tipo de programas é particularmente importante, na medida em que permite criar sinergias entre as várias estratégias e potenciar os seus efeitos positivos, prevendo-se, por isso, que sejam mais eficazes (M. Gould, 2011). No entanto, são programas mais complexos que exigem maior dispêndio de tempo bem como de recursos humanos e financeiros, o que por vezes representa uma barreira à implementação dos mesmos.

Uma vez apresentadas as várias estratégias de prevenção primária em contexto escolar, importa rever qual tem sido a eficácia demonstrada pelas ações implementadas.

A eficácia dos programas de prevenção do suicídio tem sido um tema recorrente e polémico ao longo dos anos. Apesar de terem sido desenvolvidas muitas atividades de prevenção do suicídio, nem sempre a eficácia das mesmas foi, formalmente, avaliada (Anderson & Jenkins, 2009; Guo & Harstall, 2004).

Alguns autores argumentam, por isso, que ainda não existe informação suficiente para determinar a sua eficácia, no entanto, outros autores referem que, nos casos em que houve avaliação dos programas têm sido encontrados efeitos positivos e, embora menos frequentemente, efeitos negativos (M. S. Gould, Greenberg, Velting, & Shaffer, 2003; Guo & Harstall, 2002).

Em relação aos efeitos positivos destas abordagens, existem evidências de que alguns programas promovem os conhecimentos e as atitudes adaptativas em relação à prevenção do suicídio, capacitando os jovens a reconhecerem sinais de alerta de modo a procurar ajuda para os pares e até para si próprios (e.g., Aseltine et al., 2007; Kalafat, 2003; D. N. Miller, 2011; Walker et al., 2009; Zenere & Lazarus, 1997, 2009).

O aumento de conhecimentos sobre o suicídio pode traduzir-se numa mudança de atitudes (Kalafat, 2003), bem como no aumento do número de sinalizações para os serviços de saúde mental (Mazza, 1997; D. N. Miller & DuPaul, 1996), o que revela mudanças comportamentais decorrentes da aprendizagem.

Num estudo baseado em dados compilados num período de 18 anos, os resultados demonstraram que a prevenção do suicídio reduziu a incidência deste problema nos jovens. Este programa demonstrou, assim, mudanças efetivas também no comportamento suicida e não apenas nos conhecimentos ou atitudes sobre o mesmo (Zenere & Lazarus, 2009).

Apesar dos efeitos positivos demonstrados em vários estudos, continua-se a questionar se os programas que incluem ações psicoeducacionais sobre o suicídio podem ser contraproducentes (Jenkins & Singh, 2000, p. 605), i.e., se têm efeitos secundários relacionados sobretudo com o aumento do risco de suicídio devido à abordagem desta temática. Um dos principais efeitos negativos prende-se com a possibilidade da implementação dos programas poder tornar o suicídio mais aceitável entre os jovens e aumentar a sua complacência em relação ao mesmo (Jenkins & Singh, 2000). Para além disso, alguns estudos têm encontrado resultados indesejáveis, embora de forma isolada, tais como a ausência de melhoria do comportamento de ajuda entre

jovens que realizaram tentativas de suicídio (Shaffer, Garland, Vieland, Underwood, & Busner, 1991) assim como o aumento da desesperança e das estratégias de *coping* mal-adaptativas entre os rapazes, depois de participarem num programa (Overholser, Hemstreet, Spirito, & Vyse, 1989).

Além destes resultados obtidos em estudos sobre a eficácia dos programas, têm sido realizados outros estudos especificamente para avaliar eventuais efeitos secundários indesejáveis decorrentes da abordagem da temática suicida. Globalmente concluíram o seguinte: (a) apresentar os sinais de alerta para o suicídio não teve efeitos secundários negativos, como aumentar as perturbações do humor ou aumentar o risco de suicídio nos jovens (Rudd, Berman, et al., 2006; Van Orden et al., 2006); (b) o uso de medidas de rastreio não levou ao aumento do nível de distresse na resposta a questionários de autopreenchimento, nem ao aumento de sintomatologia depressiva e ideação suicida entre os estudantes (M. S. Gould et al., 2005); (c) os estudantes com alto risco de suicídio e que preenchem questionários sobre o mesmo diminuíram os níveis de sintomatologia depressiva e ideação suicida (M. S. Gould et al., 2005).

O autor concluiu assim que questionar os jovens sobre os seus pensamentos/comportamentos suicidas não tem, por um lado, qualquer efeito negativo naqueles que não estão em risco de suicídio, e, por outro, pode beneficiar aqueles que estão a viver essa problemática (M. S. Gould et al., 2005).

No entanto, os autores alertam para alguns aspetos a considerar quando se planeiam programas de prevenção nas escolas, tais como: (a) não devem ser apresentadas explicações didáticas e simplistas sobre o comportamento suicida; (b) muitos jovens com 18 e 19 anos já abandonaram a escola e podem ser os que estão mais isolados e com maior risco suicida e (c) as perturbações do humor (que são a categoria nosológica mais associada ao risco de suicídio) não são superadas através de intervenções pedagógicas ou prevenidas pelo treino de competências de *coping* ou competências sociais, métodos estes muito frequentemente associados à prevenção primária (Shaffer & Gould, 2000). Deste modo, os programas devem incluir conteúdos, objetivos e metodologias realistas ajustadas ao público-alvo.

Têm, ainda, sido analisados estudos já concluídos, para tentar concluir sobre a eficácia dos respetivos programas. Guo e Harstall (2002) numa revisão de dez

programas[23] sobre a prevenção do suicídio concluíram que existe uma grande variabilidade em termos de conteúdo, duração, frequência, metodologia de implementação e de avaliação. Esta diversidade dificulta a comparação de resultados entre os programas e as conclusões que se possam retirar dos mesmos.

Num outro estudo Miller et al. (2009) avaliaram a eficácia de treze estudos[24], publicados entre 1987 e 2007, sobre programas de prevenção do suicídio na escola que foram analisados segundo oito indicadores metodológicos, baseados na *Task Force on Evidence-Based Interventions in School Psychology Procedural and Coding Manual* desenvolvido por Kratochwill e Stoiber, em 2002. Cada estudo foi classificado numa escala de quatro pontos, consoante evidenciasse a presença de cada um dos indicadores de eficácia, sendo que (0) nenhuma evidência, (1) evidência fraca ou marginal, (2) evidência promissora e (3) evidência forte. Nos resultados referentes ao critério dos efeitos estatisticamente significativos nas medidas de resultados, apenas dois estudos foram catalogados com (3) e cinco estudos com (2). A maioria dos estudos (76.9%) obteve (1) ou (0) no critério referente à capacidade para identificar as componentes do programa relacionadas com os resultados estatisticamente significativos; no critério relativo à significância clínica e educacional dos programas nenhum pontou na categoria (3) e apenas um foi considerado como (2); também no critério sobre a capacidade para replicar os efeitos dos programas todos os estudos foram classificados na categoria (0) ou (1). Pode ainda concluir-se que uma grande parte dos estudos apresentou sérios problemas metodológicos e pouca integridade na implementação dos programas (D. N. Miller et al., 2009).

Apesar dos efeitos positivos, negativos, mistos ou neutros que os programas têm registado, importa notar que os problemas metodológicos têm sido regularmente apontados na avaliação da eficácia dos programas, o que pode tornar as suas conclusões questionáveis (Guo & Harstall, 2002, 2004; Haynes, Richard, & Kubany, 1995; D. N.

[23] Na avaliação dos 10 programas foram considerados os seguintes estudos: (1) Eggert, Thompson & Herting (1995) e Thompson, Eggert e Herting (2000); (2) Thompson, Eggert, Randell e Pike (2001); (3) Silbert e Berry (1991); (4) Ciffone (2003); (5) Kalafat e Elias (1994); (6) Kalafat e Gagliano (1996); (7) Shaffer et al. (1991) e Vieland et al. (1991); (8) Klingman e Hochdorf (1993); (9) Orbach e Bar-Joseph (1993); (10) Hazell e Lewin (1993) (Guo & Harstall, 2002).

[24] Os 13 estudos analisados foram: (1) Aseltine e DeMartino (2004); (2) Ciffone (1993); (3) Ciffone (2007); (4) Eggert, Thompson & Herting; (5) Kalafat e Elias (1994); (6) Klingman e Hochdorf (1993); (7) LaFromboise e Howard-Pitney (1995); (8) Nelson (1987); (9) Orbach e Bar-Joseph (1993); (10) Randell, Eggert e Pike (2001); (11) Shaffer, Garland, Vieland, Underwood e Busner (2001); (12) Spirito, Overholser, Ashworth, Morgan, & Benedict-Drew (1988); (13) Zenere e Lazarus (1997) (D. N. Miller et al., 2009).

Miller et al., 2009). Entre esses problemas metodológicos pode referir-se, por exemplo, o facto de não incorporarem a avaliação dos seus componentes para medir se os objetivos estão a ser alcançados (Lester, 2011b) e a utilização de instrumentos não-validados adequadamente para a população-alvo (Haynes et al., 1995). Os autores consideram que têm sido feitos poucos esforços para desenvolver e validar instrumentos de autoresposta na área do suicídio na adolescência (Haynes et al., 1995).

Além disso, o sucesso das estratégias desenvolvidas tem sido medido por variáveis cognitivas (como o aumento de conhecimentos), por exemplo, mais do que pelo impacto nos atos suicidas (Lester, 2011b). A evidência mais clara e objetiva do sucesso dum programa de prevenção do suicídio nos jovens corresponderia ao decréscimo do número de mortes por suicídio, no entanto este impacto continua a ser uma "medida enigma" (Rodgers, Sudak, Silverman & Litts, 2007, cit in Walker et al., 2009). A dificuldade desta medição prende-se com a necessidade de acompanhamento de uma amostra grande e representativa (Walker et al., 2009) durante largos períodos de tempo (Anderson & Jenkins, 2009).

Assim sendo, parece inevitável que a avaliação da eficácia dos programas de prevenção do suicídio continue a incluir medidas intermédias, ainda que como complemento de outras. Entre essas medidas encontra-se, por exemplo, o grau de conhecimentos sobre o suicídio, as atitudes ou a perceção de autoeficácia (Walker et al., 2009). Urge, no entanto, colmatar as lacunas existentes sobretudo ao nível das propriedades psicométricas dos instrumentos subjacentes à avaliação da eficácia, como já foi referido.

De qualquer modo, preservando o objetivo último de avaliar a eficácia dos programas nas taxas de suicídio é importante garantir que estes são (a) planeados rigorosamente, (b) implementados com fiabilidade (garantindo condições e procedimentos idênticos nas várias aplicações), (c) avaliados com base em evidências e com medidas de resultados definidas antes da implementação do programa, (d) dirigidos a múltiplos níveis dos contextos escolar e comunitário (todos os membros da comunidade escolar, encarregados de educação e porteiros sociais da comunidade), (e) disseminados em diversos locais, para obter uma amostra representativa da população e (f) institucionalizados ou mantidos durante um largo período de tempo, de modo a que as tendências epidemiológicas possam ser registadas (A. Berman et al., 2006; Kalafat, 2003; Pompili, 2011).

PARTE II - ESTUDOS EMPÍRICOS

CAPÍTULO 4. ESTUDO 1: ESTUDO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO PORTUGUESA DO *REASONS FOR LIVING INVENTORY FOR ADOLESCENTS (RFL-A)*

"O sentido da vida é a questão mais decisiva de todas"
(Albert Camus, 1942, p. 13).

4.1. Introdução

Os atos suicidas, principalmente pelo impacto que causam no indivíduo e nos outros significativos, continuam a ser uma das maiores preocupações para os clínicos e investigadores.

Nas últimas décadas, as elevadas taxas de suicídio na população em geral assim como o facto de o suicídio ocupar o segundo ou terceiro lugar das causas de morte nos jovens (OMS, 2012) contribuíram para o desenvolvimento de múltiplos estudos sobre a sua etiologia (e.g., A. L. Beautrais, 2000; Yang & Clum, 2000). A grande maioria das investigações centrou-se, sobretudo, nos fatores de risco (e.g., Bonner & Rich, 1988; M. S. Gould et al., 1996; Slap, Vorters, Chaudhuri, & Centor, 1989) em detrimento dos fatores protetores (Gutierrez, Osman, Kopper, & Barrios, 2000). Neste contexto emergiram vários instrumentos de avaliação dos fatores de risco considerados mais importantes na vulnerabilidade para os atos suicidas, de que são exemplos o *Scale for Suicide Ideation* (SSI, Beck et al., 1988), o *Adult Suicidal Ideation Questionnaire* (ASIQ, Reynolds, 1991), a *Beck Hopelessness Scale* (BHS, Beck et al., 1974) ou o *Beck Depression Inventory* (BDI, Beck, Erbaugh, Ward, Mock, & Mendelsohn, 1961; Beck & Steer, 1984).

No entanto, à semelhança do que ocorreu em vários domínios da Saúde e da Psicologia, numa perspetiva integrada na Psicologia Positiva (e.g., Jesus, Vieira, Santos, Ferreira, & Santos, 2011) , começou-se a perceber que os fatores protetores poderiam ter um efeito preventivo significativo sobre os atos suicidas. Na verdade, mesmo em presença de diversos fatores de risco, determinados indivíduos não cometem atos suicidas, o que sugere a existência de fatores protetores capazes de diminuir a probabilidade dos mesmos (A. Berman et al., 2006; Gutierrez et al., 2000).

A avaliação completa do risco de suicídio implicaria assim não só medidas relativas aos fatores de risco, mas também a inclusão de medidas sobre os fatores protetores (Gutierrez et al., 2000; Osman et al., 1998). Entre os principais fatores protetores dos atos suicidas pode enunciar-se as *razões para viver*, que consistem em crenças orientadas para a vida e expectativas de futuro capazes de impedir os atos suicidas (Linehan, Goodstein, Nielsen, & Chiles, 1983).

Linehan et al., em 1983, foram pioneiros no desenvolvimento do primeiro inventário destinado a avaliar as razões para viver em adultos – *The Reasons for Living Inventory (RFL)*. O RFL teve como principal objetivo "medir a variedade de crenças potencialmente importantes como razões para não cometer suicídio" (Linehan et al., 1983, p. 277). A versão final do RFL é constituída por 42 itens categorizáveis em seis fatores: (1) Crenças sobre o *coping* e a sobrevivência; (2) Responsabilidades para com a família; (3) Preocupações relacionadas com os filhos; (4) Medo do suicídio; (5) Medo da desaprovação social e (6) Objeções morais. O instrumento original foi validado em língua inglesa, em duas amostras diferentes: clínica e não-clínica (Linehan et al., 1983).

O RFL foi, posteriormente, aplicado em amostras com outros idiomas, por exemplo na língua espanhola (Garza & Cramer, 2011; Oquendo et al., 2000), turca (Sahin, Batigun, & Sahin, 1998), sueca (Dobrov & Thorell, 2004), italiana (Innamorati et al., 2006; Ronconi, Testoni, & Zamperini, 2009), iraniana (Mahmoudi, Asgari, Azkhosh, & Kolaee, 2010) e portuguesa (Matias, 2012). Foi também aplicado a pessoas de diferentes faixas etárias, designadamente jovens-adultos a frequentar o ensino superior (J. B. Ellis & Lamis, 2007; Kralik & Danforth, 1992; Osman, Gregg, Osman, & Jones, 1992; Osman, Jones, & Osman, 1991; Pompili, Lester, et al., 2007), adultos (J. S. Miller, Segal, & Coolidge, 2001) e idosos (Edelstein et al., 2009).

Apesar de ter sido originalmente desenvolvido para adultos, alguns autores estudaram o instrumento original na população adolescente (Cole, 1989; Range, Hall, & Meyers, 1993). Osman et al. (1996) desenvolveram inclusivamente uma versão reduzida do RFL para o uso exclusivo com adolescentes – o *Brief Reasons for Living Adolescent* (BRFL-A); de referir que anteriormente já tinha sido também desenvolvida uma outra versão reduzida do RFL para adultos (Ivanoff, Jang, Smyth, & Linehan, 1994).

A necessidade de avaliar os fatores protetores, no âmbito de uma avaliação completa do risco de atos suicidas na adolescência, e a inexistência de medidas específicas para o efeito levou a que se tornasse prática comum a adaptação para os adolescentes de instrumentos originalmente concebidos para adultos (Cole, 1989; Osman

et al., 1996; Pinto, Whisman, & Conwell, 1998; Range et al., 1993). Todavia, esta generalização dos instrumentos a diferentes faixas etárias pode negligenciar características idiossincráticas e razões para viver específicas da população adolescente (Glancey, 1997); conduzir a índices pobres de ajustamento aos dados, no âmbito da análise fatorial confirmatória (Pinto et al., 1998; Range et al., 1993); e, simultaneamente, ser limitadora da criação de medidas próprias para avaliar dimensões positivas nesta faixa etária (Osman et al., 1998). Não obstante, os adolescentes têm menos experiências de vida e são emocional e cognitivamente diferentes dos adultos, o que pode distorcer a interpretação de instrumentos não adaptados à sua faixa etária (Gutierrez, 2006).

Atendendo a estas preocupações, Osman et al. (1998) procuraram "desenvolver uma medida de autorresposta que se focasse nos fatores adaptativos que são relevantes na avaliação do comportamento suicida adolescente" – o *Reasons for Living Inventory for Adolescents* (RFL-A) (Osman et al., 1998, p. 1064). Os autores definiram, *a priori*, que o instrumento deveria apresentar as seguintes características: (a) pequena dimensão; (b) fiável e válido para o uso em contextos clínicos e de investigação; (c) natureza multidimensional e (d) baseado no modelo cognitivo-comportamental do comportamento suicida[25] (Osman et al., 1998).

Começaram por reunir um elevado número de itens (311) através de duas questões escritas – nomeadamente, quais as razões específicas que o respondente teria para não cometer suicídio e que razões outros adolescentes poderiam ter para não considerar o suicídio como uma alternativa séria – colocadas a estudantes do ensino secundário, do ensino superior (até aos 19 anos) e a adolescentes internados no serviço de Psiquiatria. Consultaram, ainda, um técnico de serviço social e um psicólogo clínico da infância e solicitaram-lhes que listassem as razões que os adolescentes normalmente apontavam para não cometer suicídio. Para completar a lista, ainda elaboraram itens com base na revisão da literatura temática e retiveram alguns itens de estudos anteriores dos próprios (Osman et al., 1998).

[25]O modelo cognitivo-comportamental do comportamento suicida assume que os indivíduos não-suicidas têm crenças e expectativas adaptativas específicas que são diferentes das daqueles que cometem tentativas de suicídio (Osman et al., 1998). De acordo com este modelo, as razões para viver seriam mediadoras do comportamento suicida, uma vez que as expectativas e crenças esperançosas em relação ao futuro são mais características dos indivíduos que não se envolvem em comportamentos suicidas (Beck et al., 1997).

O conjunto total de itens foi progressivamente refinado com base em vários critérios, o que resultou na retenção de 32 itens na versão final. O formato de resposta foi definido numa escala de tipo *Likert*, de seis pontos, desde 1 (*Nada importante*) a 6 (*Extremamente importante*) (Osman et al., 1998), tal como na versão do RFL para adultos (Linehan et al., 1983).

Esta versão final do RFL-A, formulada nos EUA, tem sido amplamente utilizada para avaliar os fatores protetores contra o suicídio em adolescentes de vários países de língua inglesa. Além disso, o RFL-A foi validado noutros países, como na República da Coreia (Lee, 2011) ou no Irão (Koolaee, Mahmmodi, & Davaji, 2008), registando características psicométricas genericamente satisfatórias, tal como se apresentará de seguida.

A análise das características psicométricas do RFL-A original foi desenvolvida através de vários estudos em três fases, todas com amostras de adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos (Osman et al., 1998).

Na primeira fase da investigação foram realizados dois estudos. No primeiro estudo, a amostra foi formada por 350 adolescentes da população não-clínica, recrutados em escolas secundárias, e o objetivo foi identificar a estrutura fatorial do RFL-A através da análise fatorial exploratória (AFE). Foram desenvolvidos os seguintes procedimentos: (a) o número de fatores extraídos foi baseado no valor próprio ≥ 1.0; (b) foram retidos apenas os itens com pesos fatoriais ≥ .40 no fator primário; (c) itens com pesos fatoriais ≥ .40 em mais do que um fator foram excluídos; (d) selecionou-se o método das componentes principais e (e) experimentou-se a rotação varimax e a rotação oblíqua, tendo-se optado pela última. A primeira análise obteve 6 fatores. No entanto, após reanálises dos itens, a solução final, explicativa de 64.8% da variância total, resultou em 5 fatores interpretáveis: Otimismo sobre o futuro (OF); Medo do suicídio (MS); Aliança familiar (AF); Aceitação e suporte pelos pares (ASP) e Autoaceitação (AA) (Tabela 2) (Osman et al., 1998).

Tabela 2
Fatores do RFL-A e Itens Correspondentes (Versão Original, N = 350)

Fatores do RFL-A	Número de itens	Itens correspondentes[a]	α
Otimismo sobre o futuro (OF)	7	4,11,13,15,19,25,28	.91
Medo do suicídio (MS)	6	2,8,20,21,26,32	.93

Fatores do RFL-A	Número de itens	Itens correspondentes[a]	α
Aliança familiar (AF)	7	1,7,12,17,23,24,30	.93
Aceitação e suporte pelos pares (ASP)	6	5,6,10,16,22,27	.89
Autoaceitação (AA)	6	3,9,14,18,29,31	.93

Nota. [a] Não existem itens em sentido inverso; α = Alfa de Cronbach.

Foi realizado um segundo estudo, ainda na primeira fase, com uma amostra de 654 adolescentes da população não-clínica, estudantes da escola secundária, com o objetivo de avaliar o ajustamento do modelo oblíquo de 5 fatores aos dados através da análise fatorial confirmatória (AFC). O modelo de 5 fatores mostrou um ajustamento adequado aos dados: *Normed fit index* (NFI) = .92; *Nonnormed fit index* (NNFI) = .93; *robust comparative fit index* (R-CFI) = .97; e *Root mean square error of approximation* (RMSEA) = .06. Foi também determinado o qui-quadrado *Satorra-Benter*, SB-χ^2 = 800.51; *df* = 454; $p < .001$ (Tabela 3a). Os itens saturaram significativamente nos seus fatores e as correlações entre os fatores foram moderadas (entre .45 e .69). Estes resultados indicaram um ajustamento adequado aos dados, pelo que se manteve o modelo oblíquo de 5 fatores previamente obtido na AFE (Osman et al., 1998).

Numa outra amostra de adolescentes do ensino secundário (*N* = 442), a AFC foi repetida para avaliar o ajustamento de três modelos: (a) um modelo oblíquo de 5 fatores (SB-χ^2 = 726.93; *gl* = 454; $p < .001$; NFI = .90; NNFI = .93; R-CFI = .96; RMSEA = .07) (Tabela 3b); (b) um modelo ortogonal de 5 fatores (SB-χ^2 = 1335.18; *gl* = 464; $p < .001$; NFI = .83; NNFI = .84; R-CFI = .89; RMSEA = .10) e (c) um modelo de um fator (SB-χ^2 = 3350.11; *gl* = 464; $p < .001$; NFI = .59; NNFI = .58; R-CFI = .62; RMSEA = .16). Apenas o modelo oblíquo de 5 fatores foi validado, pois os índices de ajustamento para os outros dois modelos não foram satisfatórios (Osman et al., 1998).

Similarmente, Gutierrez et al. (2000) testaram, através da AFC, o ajustamento de três modelos fatoriais potencialmente úteis do ponto de vista estatístico e conceptual: (a) um modelo oblíquo de 5 fatores (SB-χ^2 = 116.11; *gl* = 80; $p < .001$; NFI = .947; NNFI = .961; R-CFI = .983; RMSEA = .035) (Tabela 3c); (b) um modelo ortogonal de 5 fatores (SB-χ^2 = 552.30; *gl* = 90; $p < .001$; NFI = .767; NNFI = .752; R-CFI = .784; RMSEA = .464) e (c) um modelo de um fator (SB-χ^2 = 700.98; *gl* = 90; $p < .001$; NFI = .655; NNFI = .616; R-CFI = .714; RMSEA = .101). O modelo oblíquo de 5 fatores apresentou o melhor ajustamento aos dados. Os pesos fatoriais do mesmo foram todos estatisticamente

significativos (variando de r = .87 a r = .94). As intercorrelações entre os fatores variaram de r = .51 a r = .82 (Gutierrez et al., 2000).

Estudos posteriores realizaram novamente a AFC para avaliar se a solução de 5 fatores se mantinha invariável em dois tipos de amostras: amostra não-clínica formada por adolescentes da escola secundária (N = 451) (Tabela 3d) e amostra clínica composta por adolescentes internados no serviço de Psiquiatria (N = 388) (Tabela 3e). A AFC, para cada uma das amostras em separado, mostrou um bom ajustamento da solução de 5 fatores aos dados de ambos. Além disso, o modelo de 5 fatores foi invariante nos grupos indicando um bom índice de ajustamento, mesmo depois de serem impostas todas as restrições sobre os pesos fatoriais e intercorrelações dos fatores. Estes dados suportam que a estrutura do RFL-A é similar em amostras clínicas e não-clínicas (Gutierrez & Osman, 2008).

Os autores do estudo do RFL-A, numa amostra iraniana, analisaram o ajustamento de cinco modelos: 1 fator, 2 fatores, 3 fatores, 4 fatores e 5 fatores. Os resultados mostraram que o modelo de 5 fatores apresentou o melhor ajustamento (SB χ^2/df = 1.43; GFI = .94; AGFI = .89; CFI = .92; RMSEA = .032) (Koolaee et al., 2008).

No estudo das características psicométricas do RFL-A numa amostra de 406 adolescentes coreanos, a AFC também revelou um ajustamento razoavelmente satisfatório do modelo original de 5 fatores (χ^2/df = 2.62; CFI = .91; TLI = .87; RMSEA = .06). Os coeficientes de correlação de Pearson entre os cinco fatores variaram entre r = .13 e r = .60) (Lee, 2011).

Tabela 3
Análise Fatorial Confirmatória do RFL-A (Modelo Oblíquo de 5 Fatores)

	(Osman et al., 1998) Estudo original		(Gutierrez et al., 2000)	(Gutierrez & Osman, 2008)	
	N = 654[a]	N = 442[b]	N = 206[c]	N = 451[d]	N = 388[e]
Índices de Ajustamento	Amostra não-clínica*	Amostra não-clínica*	Amostra Clínica**	Amostra não-clínica*	Amostra Clínica**
SB χ^2	800.51	726.93	116.11	631.31	681.77
gl	454	454	80	454	454
NNFI	.93	.93	.96	.94	.97

	(Osman et al., 1998) Estudo original		(Gutierrez et al., 2000)	(Gutierrez & Osman, 2008)	
	$N = 654^a$	$N = 442^b$	$N = 206^c$	$N = 451^d$	$N = 388^e$
Índices de Ajustamento	Amostra não-clínica*	Amostra não-clínica*	Amostra Clínica**	Amostra não-clínica*	Amostra Clínica**
CIF	.97	.96	.98	.95	.97
RMSEA	.06	.07	.04	.03	.04

Nota. *Adolescentes da escola secundária; **Adolescentes internados no serviço de Psiquiatria; SB χ^2 = Qui-quadrado *Satorra–Bentler*; *gl* = graus de liberdade; NNFI = *Nonnormed fit index*; CFI = *Comparative fit index*; RMSEA = *Root-mean-square error of aproximation*.

Em relação aos estudos de fiabilidade**,** na investigação original, foram obtidos dados que suportam uma boa consistência interna. Os coeficientes alfa de Cronbach foram bastante satisfatórios, quer para a escala total (α = .96), quer para as subescalas, OF (α = .92), MS (α = .93), AF (α = .94), ASP (α = .89) e AA (α = .94) (Osman et al., 1998).

No estudo de Gutierrez et al. (2000), o RFL-A registou também coeficientes alfa de Cronbach que apontam para uma forte consistência interna, quer nas subescalas (AF = .94; MS = .95; AA = .93; ASP = .92; OF = .94), quer na pontuação total (α = .97), em amostras de adolescentes internados no serviço de Psiquiatria. O coeficiente de correlação item-total corrigido para cada subescala foi superior a .40 (Gutierrez et al., 2000).

Na validação coreana do RFL-A, os coeficientes alfa de Cronbach também indicaram uma boa consistência interna, quer do RFL total (α = .93), quer das subescalas AF (α = .89), MS (α = .92), AA (α = .85), ASP (α = .88) e OF (α = .88) (Lee, 2011).

No estudo do RFL-A na amostra iraniana obtiveram-se igualmente coeficientes de alfa de Cronbach bastante satisfatórios no RFL-A total (α = .93) e nas subescalas AF (α = .88), MS (α = .92), AA (α = .91), ASP (α = .89) e OF (α =.90) (Koolaee et al., 2008). O coeficiente de correlação item-total corrigido para cada subescala foi superior a .40 (Koolaee et al., 2008).

A fiabilidade teste-reste na investigação original não foi testada, o que é apontado como uma limitação da mesma (Gutierrez & Osman, 2008).

No entanto, no estudo de Gutierrez e Osman (2008), a aplicação do RFL-A foi repetida à mesma amostra num intervalo de duas semanas. Apesar de as correlações serem positivas, moderadas e significativas, registou-se uma subida com algum significado nas médias das subescalas e pontuação total do RFL-A, justificada pelo facto

de a amostra ser formada por adolescentes internados no serviço de Psiquiatria e todos estarem a receber tratamento.

Na amostra iraniana, o método teste-reteste, num intervalo de duas semanas, obteve uma correlação alta, no valor de .87 (Koolaee et al., 2008).

Na segunda fase da investigação original, foi realizado um terceiro estudo em que participaram 442 adolescentes e que teve como principal objetivo avaliar a validade de constructo e concorrente**.** Os participantes preencheram, além do RFL-A, a *Suicide Probability Scale* (SPS; Cull & Cull, 1982), o *Brief Symptoms Inventory* (BSI; Derogatis, 1992), a *Beck Hopelessness Scale* (BHS; Beck et al., 1974), e o *Suicidal Behaviors Questionnaire* (SBQ; Linehan & Nielsen, 1981) (Osman et al., 1998).

A validade de constructo foi suportada pelas correlações negativas moderadas significativas das subescalas e da pontuação total do RFL-A com a BHS e com o BSI (Osman et al., 1998).

A validade concorrente foi garantida pelas correlações negativas moderadas significativas entre o RFL-A (pontuação total e subescalas) e as medidas relacionadas com os atos suicidas, nomeadamente as escalas do SPS e os índices do SBQ, mesmo quando controladas pelo distresse psicológico geral (Osman et al., 1998).

Do mesmo modo, Gutierrez et al. (2000) também encontraram correlações negativas significativas entre as pontuações totais e subescalas do RFL-A assim como as pontuações na BHS, no SPS e nos três itens selecionados do SBQ. No mesmo estudo foram encontradas correlações negativas e significativas entre o RFL-A (total e subescalas) e algumas escalas do *Minnesota Multiphasic Personality Inventory for Adolescents* (MMPI-A; Butcher et al., 1992), nomeadamente as escalas de depressão, alienação e problemas familiares (Gutierrez et al., 2000).

A pontuação total do RFL-A mostrou também estar correlacionada de forma negativa, moderada e significativa com a pontuação total do *Inventory of Suicide Orientation-30* (ISO; King & Kowalchuk, 1994) (Osman et al., 2005).

Os resultados de Koolaee et al. (2008) mostraram uma correlação positiva entre o RFL-A e a variável felicidade e uma correlação negativa entre o RFL-A e a ideação suicida.

No estudo de Lee (2011), os adolescentes que registaram pontuações mais altas no RFL-A experienciaram menores níveis de sintomatologia depressiva, pensamentos

suicidas, risco de suicídio, sintomas de desesperança, hostilidade e autoavaliação negativa.

Na terceira fase da investigação original participaram três grupos de adolescentes: (a) 72 adolescentes da população não-clínica, recrutados em escolas secundárias (G1); (b) 72 adolescentes admitidos no serviço de Psiquiatria, mas que não realizaram tentativa de suicídio, nem tinham historial de tal comportamento (G2) e (c) 71 adolescentes admitidos no serviço de Psiquiatria na sequência de uma tentativa de suicídio (G3). Todos preencheram além do RFL-A, o SBQ, SPS, BHS, BSI e o MCSDS-Form C (*Marlowe-Crowne Social Desirability Scale Form-C*; Reynolds, 1982) (Osman et al., 1998).

Os resultados no RFL-A foram estudados em função do sexo dos grupos de participantes. Os coeficientes com função discriminante mostraram que valores altos na subescala Autoaceitação e baixos na subescala Medo do suicídio foram os mais úteis na diferenciação entre rapazes e raparigas, sendo que os rapazes têm uma Autoaceitação mais elevada e Medo do suicídio mais baixo do que as raparigas (Osman et al., 1998).

Gutierrez et al. (2000), por sua vez, analisaram as diferenças entre os sexos por grupos – não-suicida; primeira tentativa de suicídio; tentativas de suicídio múltiplas. No grupo não-suicida, o sexo masculino e feminino não apresentaram diferenças significativas em nenhuma das subescalas do RFL-A. No grupo que realizou a primeira tentativa de suicídio, as raparigas registaram valores mais elevados do que os rapazes nas subescalas Aliança familiar e Medo do suicídio. No grupo que realizou múltiplas tentativas de suicídio, os rapazes pontuaram mais alto do que as raparigas na subescala Aliança familiar (Gutierrez et al., 2000).

No estudo de Gutierrez e Osman (2008) registaram-se diferenças significativas em função do sexo apenas na subescala Suporte e aceitação pelos pares, sendo que o sexo feminino obteve pontuações mais elevadas do que o sexo masculino. Em relação à pontuação total do RFL-A não se registaram diferenças significativas entre os sexos (Gutierrez & Osman, 2008).

Lee (2011), na amostra coreana, não encontrou diferenças significativas entre os sexos no RFL-A total, nem nas subescalas do RFL-A.

A análise das diferenças entre os sexos nos vários estudos do RFL-A revela que os resultados não têm sido consensuais quanto à sua existência nas diferentes subescalas. No entanto, em relação à pontuação total do RFL-A, nenhum dos estudos refere diferenças significativas entre rapazes e raparigas.

Face ao exposto, o RFL-A tem mostrado ser um instrumento profícuo na avaliação complementar do risco de suicídio em adolescentes, baseado na vertente mais inovadora dos fatores protetores. As suas propriedades psicométricas têm sido bastantes satisfatórias nos vários estudos que as avaliaram, inclusivamente em vários países com culturas muito distintas; em Portugal, porém, não existe qualquer estudo sobre o mesmo em adolescentes. Desta forma, procurámos estudar as propriedades psicométricas do RFL-A em adolescentes portugueses, de forma a contribuir para que se possa tornar num potencial instrumento a integrar em protocolos de avaliação da vulnerabilidade e da proteção face aos atos suicidas.

4.2. Objetivos

O presente estudo tem como objetivo geral analisar as características psicométricas da versão portuguesa do RFL-A numa amostra de adolescentes. Os objetivos específicos consistiram, nomeadamente em: (a) traduzir e adaptar o RFL-A para a língua portuguesa; (b) analisar a estrutura interna da versão portuguesa do RFL-A comparando com a estrutura fatorial obtida pelos autores originais e por outros estudos de adaptação; (c) avaliar a fiabilidade do RFL-A (consistência interna e estabilidade temporal); (d) estudar a validade convergente, a validade discriminante e a validade concorrente e (e) caracterizar as diferenças entre sexos no RFL-A, que possam contribuir para estabelecer os dados normativos.

4.3. Método

4.3.1. Participantes

A amostra foi formada por 313 jovens do ensino secundário, 126 do sexo masculino (40.3%) e 187 do sexo feminino (59.7%), com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos (M = 16.74; DP = 1.13). A maioria (65.8%) reside com ambos os pais, coabitando 86 com o pai ou com a mãe, 15 com outros familiares e 7 com outras pessoas. O rendimento escolar médio da maioria (56.8%) é considerado “suficiente” (10 a 13

valores), seguindo-se a classificação de "bom" (35.6%), "muito bom" (5.5%) e "insuficiente" (2.1%).

Num segundo momento de aplicação (destinado à avaliação da fiabilidade pelo método teste-reste), participaram 226 jovens (72.20% da amostra total) que preencheram novamente o RFL-A, num intervalo de tempo que oscilou entre as 3 e as 4 semanas. As características sociodemográficas da subamostra (N = 226) e da amostra total (N = 313) foram comparadas. Os resultados não registaram diferenças estatisticamente significativas nem na idade ($t_{(139.90)}$ = - .443, p = .658), nem no sexo ($\chi^2_{(1)}$ = 1.071, p = .301), o que significa que a subamostra pode ser considerada representativa da amostra total.

4.3.2. Instrumentos

4.3.2.1. Questionário de Dados Pessoais (QDP)

As características sociodemográficas da amostra foram inquiridas através de um Questionário de Dados Pessoais (QDP) construído para o desenvolvimento global da presente investigação. Para o presente estudo (número 1) foram analisadas as seguintes informações sociodemográficas: idade; sexo; coabitação e rendimento escolar médio (Anexo B).

4.3.2.2. Inventário de Razões para Viver para Adolescentes (RFL-A)

O Inventário de Razões para Viver para Adolescentes (RFL-A, *Reasons for Living Inventory for Adolescents*) foi desenvolvido por Osman et al., em 1998, tendo como principal objetivo avaliar as razões para viver consideradas adaptativas e protetoras, i.e., que funcionam como "amortecedores" contra os atos suicidas (Osman et al., 1998) . Foi originalmente desenvolvido para ser aplicado a adolescentes, dos 14 aos 18 anos, embora mais recentemente tenham sido desenvolvidos estudos para ampliar a sua aplicação à faixa etária dos 13 aos 19 anos (Gutierrez & Osman, 2008).

É um instrumento de autorresposta formado por 32 itens. Cada item é classificado numa escala de tipo *Likert* com seis pontos, que variam de 1 (*Nada importante*) a 6

(*Extremamente importante*), sendo que a uma classificação mais elevada do grau de importância dos itens corresponde uma maior valorização das razões para viver.

A versão original do RFL-A (32 itens) foi submetida a análise fatorial exploratória e a análise fatorial confirmatória, das quais resultou a retenção de 5 fatores: (1) Otimismo sobre o futuro (OF); (2) Medo do suicídio (MS); (3) Aliança familiar (AF); (4) Aceitação e suporte pelos pares (ASP) e (5) Autoaceitação (AA).

A subescala OF é composta por sete itens (4, 11, 13, 19, 25, 28) que avaliam as expectativas sobre acontecimentos futuros (e.g., "Espero que muitas coisas boas me aconteçam no futuro", item 13). A subescala MS inclui seis itens (2, 8, 20, 21, 26, 32) delineados para avaliar as atitudes, receios, crenças e medos que "defendem" os adolescentes dos atos suicidas (e.g., "Tenho medo de me matar", item 26). A subescala AF é formada por sete itens (1, 7, 12, 17, 23, 24, 30) destinados à avaliação dos fatores familiares, que funcionam como atenuantes do risco de atos suicidas (e.g., "Sempre que tenho um problema, posso contar com a minha família", item 1). A subescala ASP integra seis itens (5, 6, 10, 16, 22, 27) que avaliam a crença de que os pares e os amigos representam recursos importantes para o desejo de viver (e.g., "Eu sinto-me amado e aceite pelos meus amigos mais próximos", item 6). A subescala AA é constituída por seis itens (3, 9, 14, 18, 29, 31) orientados para avaliar a autoimagem percebida que serve de atenuadora para os atos suicidas (e.g., "Eu gosto de mim como sou", item 9).

Os coeficientes alfa de Cronbach estimados nos vários estudos da investigação original do RFL-A demonstram valores adequados de consistência interna para o RFL-A total e subescalas – todos os coeficientes são superiores a .89[26].

A validade de constructo foi suportada pelas correlações negativas e moderadas com a Escala de Desesperança de Beck (Beck et al., 1974) e com a Escala de Depressão do BSI (Derogatis, 1992). A validade concorrente foi assegurada pelas correlações negativas moderadas significativas registadas entre as subescalas e o total do RFL-A com os índices do SBQ (Linehan & Nielsen, 1981) assim como do SPS (Cull & Cull, 1982) (Osman et al., 1998).

[26] Estudo 1 (*N* = 350): RFL-A subescalas OF (α = .91), MS (α = .93), AF (α = .93), ASP (α = .89) e AA (α. = 93); RFL-A total (não disponível); Estudo 2 (*N* = 654): RFL-A subescalas OF (α = .92), MS (α = .93), AF (α = .94), ASP (α = .89) e AA (α = .94); RFL-A total (α = .96); Estudo 3 (*N* = 442): RFL-A subescalas OF (α = .94), MS (α = .94), AF (α = .94), ASP (α = .92) e AA (α. = .95); RFL-A total (não disponível).

A validade preditiva foi garantida, posteriormente, ao constatar-se que o RFL-A permitiu diferenciar (a) os adolescentes da população não-clínica dos adolescentes com comportamentos suicidas admitidos no serviço de Psiquiatria e (b) os adolescentes admitidos na Psiquiatria sem comportamentos suicidas daqueles que foram admitidos com comportamentos suicidas.

Em relação à cotação, o RFL-A permite obter uma pontuação total e uma pontuação para cada subescala. A pontuação total do RFL-A corresponde à média, i.e., ao somatório dos 32 itens a dividir por 32. A pontuação de cada subescala corresponde à média da mesma, ou seja, à soma das respostas nos respetivos itens a dividir pelo número de itens dessa subescala. Quanto maior for a pontuação numa subescala, maior é a frequência de ocorrência dos eventos avaliados pela mesma, ou seja, pontuações elevadas no RFL-A sugerem que as pessoas têm fortes razões adaptativas para não se matarem a si próprias quando se confrontarem com situações complicadas (Osman et al., 1998) (Anexo C).

4.3.2.3. Escala de Desesperança de Beck (BHS)

A Escala de Desesperança de Beck (BHS), desenvolvida por Beck, Weissman, Lester e Trexler, em 1974, tem como principal objetivo avaliar os sintomas de desesperança sobre eventos futuros. É uma escala de autorresposta com vinte itens e com um formato de resposta dicotómico.

A escala apresenta onze itens referentes à desesperança e nove itens que dizem respeito à esperança. Após a inversão dos itens adequados, a pontuação total da escala é obtida pelo somatório de todos os itens, podendo variar entre 0 e 20 valores. Quanto mais elevado for o valor obtido, maiores serão os níveis de desesperança, sendo que o valor 9 equivale ao ponto de corte para risco de suicídio.

O estudo original identificou três fatores na estrutura interna da escala: (a) sentimentos sobre o futuro; (b) falta de motivação e (c) expetativas futuras, que em conjunto explicaram 53.5% da variância.

Esta escala registou também boa consistência interna no estudo original, com um coeficiente alfa KR-20 de .93, o que indica a sua fiabilidade. Os resultados encontrados ao nível da validade – concorrente e de constructo – foram também bastante satisfatórios (Beck et al., 1974).

A BHS tem sido assaz utilizada a nível mundial, registando propriedades psicométricas razoavelmente satisfatórias em múltiplos estudos (e.g., Chang, Dzurilla, & Maydeuolivares, 1994; Holden & Fekken, 1988; Pompili, Tatarelli, Rogers, & Lester, 2007).

Em Portugal, a Escala de Desesperança de Beck foi validada por Cruz (2000), tendo reproduzido a estrutura fatorial do modelo original e obtido boa consistência interna (KR-20 = .90). As propriedades psicométricas, ao nível da validade e da fiabilidade, da versão portuguesa foram consideradas satisfatórias (Cruz, 2000).

No presente estudo, o coeficiente alfa estimado da BHS (KR-20) foi de .72 (intervalo de confiança a 95% entre .49 e .97 e a média da correlação inter-item foi de .23) (Anexo D).

4.3.2.4. Questionário de Ideação Suicida (QIS)

A versão original do Questionário de Ideação Suicida (QIS) – *Suicide Ideation Questionnaire* – foi desenvolvida por Reynolds, em 1988 (Reynolds, 1991), e adaptada para a população portuguesa por Ferreira e Castela (1999).

O QIS tem por objetivo avaliar a gravidade dos pensamentos bem como cognições suicidas em adolescentes e jovens adultos, podendo ser aplicado individualmente ou em grupo. O tempo de preenchimento é de aproximadamente 10 minutos.

Este questionário de autorresposta é composto por trinta itens, que apresentam sete alternativas de resposta, a saber: 0 (*Nunca tive este pensamento*); 1 (*Pensei nisto, mas não no último mês*); 2 (*Cerca de uma vez por mês*); 3 (*Duas vezes por mês*); 4 (*Cerca de uma vez por semana*); 5 (*Duas vezes por semana*) e 6 (*Quase todos os dias*). O respondente assinala, portanto, cada item numa escala de 0 a 6 pontos, sendo a pontuação total obtida através do somatório do valor de todos os itens. Os resultados obtidos no QIS podem variar entre o mínimo de 0 e o máximo de 180 pontos, sendo que a uma maior frequência de pensamentos suicidas corresponderá uma pontuação mais elevada no questionário.

Os estudos sobre a fiabilidade do instrumento na versão portuguesa incluíram a análise da consistência interna (alfa de Cronbach) e da estabilidade temporal realizada através do método teste-reteste. Os resultados sobre a consistência interna revelaram um coeficiente alfa de Cronbach no valor de .96 e sobre a estabilidade temporal um coeficiente de correlação entre as duas aplicações no valor de .76.

Os estudos relativos à validade do instrumento incluíram a validade concorrente, divergente e de constructo. A validade concorrente e divergente, determinadas através da relação com os resultados do Inventário da Depressão de Beck (correlação positiva) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (correlação negativa), mostraram que o instrumento apresenta estas duas qualidades. A validade de constructo, medida através da análise fatorial exploratória, permitiu identificar três fatores que explicaram 55.7% da variância total.

Ao nível do estudo da validade do instrumento, a análise fatorial exploratória realizada pelos autores sugere a existência de três fatores, porém os conteúdos dos mesmos não coincidem exatamente com os do estudo original (Ferreira & Castela, 1999).

No presente estudo, o coeficiente de correlação item-total corrigido oscilou entre .498 (item 8) e .816 (item 14) sugerindo uma boa validade interna dos itens; o coeficiente alfa de Cronbach obteve um valor de .96, indicando uma consistência interna muito boa (Anexo E).

4.3.3. Procedimento de Tradução

Num primeiro momento, o instrumento original (itens e instruções de preenchimento) foi traduzido da língua inglesa para a língua portuguesa por um profissional bilingue.

Num segundo momento, procedeu-se à retroversão da versão portuguesa por um indivíduo bilingue, com formação em Psicologia, sem qualquer contacto anterior com a escala, nem esteve envolvido no primeiro processo de tradução. De seguida, um grupo de quatro juízes independentes bilingues, que estava familiarizado com o instrumento, analisou e comparou as duas versões traduzidas com a versão original e resolveu pequenas inconsistências.

Todo o processo procurou seguir as indicações inerentes à tradução de instrumentos, de forma a garantir a equivalência semântica do conteúdo do instrumento original, tendo presente eventuais diferenças culturais (Fortin, 2003, 2009; Moreira, 2004; Van de Vijver & Hambleton, 1996).

4.3.4. Procedimento de Recolha de Dados

O primeiro procedimento desta fase foi solicitar autorização à Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), do Ministério da Educação, para desenvolver a investigação em meio escolar, de acordo com o Despacho n.º 15847/2007, publicado em Diário da República 2.ª série, n.º140, de 23 de Junho de 2007. O processo foi submetido *online*. Após análise do mesmo pelos serviços competentes, o pedido de autorização foi aprovado (Anexo F).

O procedimento seguinte consistiu em contactar telefonicamente os estabelecimentos de ensino secundário do Algarve a solicitar o agendamento de uma reunião com o/a diretor/a do Conselho Executivo para apresentar o projeto de investigação e entregar o pedido de autorização escrito (Anexo G). As escolas que se mostraram recetivas para conhecer o projeto e que autorizaram a sua realização foram nomeadamente a Escola Secundária José Belchior Viegas, em São Brás de Alportel, a Escola Secundária de Loulé, a Escola Secundária de Silves, a Escola Manuel Teixeira Gomes, em Portimão, e a Escola Secundária de Vila Real de Santo António.

Após a autorização, o/a diretor/a do Conselho Executivo encaminhava o assunto para outro membro da direção ou diretamente para os diretores de turma que, posteriormente, agendavam as sessões de recolha de dados com as turmas (Anexo I). Os pedidos de autorização destinados aos encarregados de educação, uma vez que a maioria dos participantes era menor de idade, eram entregues previamente ao diretor de turma que, por sua vez, os encaminhava para os encarregados de educação e solicitava a sua devolução até ao dia da aplicação dos questionários (Anexo H).

As aplicações dos questionários decorreram de acordo com os agendamentos, em contexto de sala-de-aula.

No início da primeira sessão foram apresentados os princípios do consentimento informado, de forma oral e escrita (Anexo A). No final do preenchimento, os questionários foram introduzidos numa pequena urna improvisada para o efeito, no sentido de aumentar a perceção de confidencialidade.

Uma subamostra preencheu o RFL-A, numa segunda vez, num intervalo de tempo que variou entre as 3 e as 4 semanas. Os procedimentos de aplicação foram os mesmos da primeira aplicação.

A recolha de dados decorreu no ano letivo 2010/11 e, no final do mesmo, foi enviada uma carta de agradecimento a todas as escolas que participaram no estudo (Anexo J).

4.3.5. Procedimento de Análise Estatística

A maioria das análises estatísticas foi realizada com recurso ao programa de tratamento de dados estatísticos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPPS) (versão 21.0) para *Windows*. Utilizou-se ainda o programa *Microsoft Office Excel* 2010 para calcular as estimativas das magnitudes do efeito obtidas através da fórmula para o *d* de Cohen (1988) e o *software Analysis of Moment Structures* (AMOS) (versão 21.0) para realizar a análise fatorial confirmatória do RFL-A.

A análise estatística começou com o tratamento dos dados omissos. Os dados omissos corresponderam a .12% (20 respostas) do total de respostas. Estes valores omissos provêm de 3.52% (N = 18) dos indivíduos, sendo que apenas dois indivíduos apresentaram dois valores omissos e os restantes um valor. Procedeu-se, de seguida, à estimação e imputação dos valores omissos pelo método do algoritmo *Expectation Maximization* (EM) que estima os valores em falta com base nas respostas aos restantes itens do instrumento.

A análise estatística seguinte consistiu no estudo das propriedades psicométricas dos itens do RFL-A e das respetivas subescalas: medidas de tendência central (média); medidas de dispersão (desvios-padrão e amplitude); medidas de distribuição (assimetria e curtose) e medidas de precisão (consistência interna calculada através do alfa de Cronbach).

A análise fatorial exploratória foi, de seguida, realizada de acordo com os seguintes critérios: selecionou-se o método das componentes principais; optou-se por rotação oblíqua (como no estudo original); retiveram-se os fatores com valor próprio superior à unidade e retiveram-se os itens com "pesos fatoriais" $\geq$ .40 no fator primário.

A análise fatorial confirmatória foi realizada para avaliar a qualidade do ajustamento aos dados através do seguinte conjunto de índices: qui-quadrado (χ^2) e respetivos graus de liberdade (*gl*); Raiz da média quadrática do erro de aproximação (*Root mean square error of approximation*, RMSEA); Índice Tucker-Lewis (*Tucker-Lewis index*, TLI); Raiz da média quadrática residual (*Standardized root mean square*

residual, SRMR); Índice de bondade do ajustamento (*Goodness-of-fit index*, GFI); Índice de ajustamento comparativo (*Comparative fit index*, CFI); Índice de ajustamento normalizado de parcimónia (*Parsimonious normed fit index*, PNFI) e Índice esperado de validação cruzada (*Expected cross-validation index*, ECVI).

A interpretação dos resultados desses índices seguiu os parâmetros estabelecidos na literatura. Considerou-se que o ajustamento de um modelo aos dados é adequado para valores χ^2/gl entre 1 e 2; para valores de CFI, GFI e TLI iguais ou superiores a .9; para valores de RMSEA inferiores a .05 ou, para casos mais liberais, inferiores a .08; para valores de SRMR inferiores a .1, e para valores de PNFI entre .5 e .9; ao compararem-se dois modelos, aquele com menor ECVI corresponde ao mais estável na população (Kline, 2011). Os coeficientes padronizados de saturação fatorial e os indicadores de fiabilidade (R^2) também foram analisados.

Foi ainda estudada a fiabilidade do RFL-A através da análise da consistência interna (pelo alfa de Cronbach) e da estabilidade temporal (pelo método teste-reteste), bem como a validade convergente (pelo índice da Variância extraída média, VEM), a validade discriminante (pela variância partilhada, r^2) e a validade concorrente (através do coeficiente de correlação de Pearson entre o RFL-A e outras medidas). Por último, foram exploradas diferenças entre grupos (sexo) através do test *t* de Student para amostras independentes.

4.4. Resultados

4.4.1. Análise Descritiva

A análise das características descritivas do RFL-A inclui as medidas de tendência central, de dispersão e de distribuição de cada item (Tabela 4).

Tabela 4
Descrição Estatística dos Itens do RFL-A

Item	*M*	*DP*	*A*	*C*
1. Sempre que eu tenho um problema, posso contar com a minha família para receber apoio ou aconselhamento.	5.29	.867	-1.072	.392

Item	*M*	*DP*	*A*	*C*
2. Matar-me seria doloroso e assustador.	4.30	1.525	-.570	-.597
3. Eu aceito-me como sou.	5.32	.842	-1.070	.509
4. Ainda tenho muito a esperar do futuro, à medida que envelheço.	4.84	1.109	-1.126	1.380
5. Os meus amigos apoiam-me sempre que eu tenho um problema.	5.13	.729	-.223	-1.053
6. Eu sinto-me amado e aceite pelos meus amigos mais próximos.	5.18	.801	-.625	-.377
7. Eu sinto-me emocionalmente próximo(a) da minha família.	5.28	.857	-1.115	.835
8. Eu tenho medo de morrer, por isso não admito matar-me.	4.34	1.483	-.528	-.701
9. Eu gosto de mim como sou.	5.24	.862	-1.091	1.304
10. Os meus amigos interessam-se bastante por mim.	4.88	.792	-.246	-.474
11. Gostaria de realizar os meus planos ou objetivos no futuro.	5.14	.846	-.720	-.070
12. A minha família tem tempo para ouvir as minhas experiências na escola, no trabalho ou em casa.	4.97	.982	-.965	.948
13. Espero que muitas coisas boas me aconteçam no futuro.	5.14	.834	-.699	.076
14. Estou satisfeito(a) comigo próprio(a).	5.10	.868	-.772	.405
15. Tenho esperança nos meus planos ou objetivos para o futuro.	5.02	.891	-.748	.677
16. Estou convencido(a) que os meus amigos apreciam a minha companhia.	4.83	.859	-.350	-.487
17. Gosto de estar com a minha família.	5.17	.940	-1.171	1.213
18. Sinto que sou uma pessoa OK/fixe.	4.84	.974	-.678	.420
19. Espero ser bem sucedido(a) no futuro.	5.06	.884	-.708	.440
20. A ideia de me matar assusta-me.	4.14	1.520	-.295	-1.018
21. Tenho medo de usar algum método para me matar.	4.19	1.574	-.420	-.973
22. Posso contar com a ajuda dos meus amigos se tiver um problema.	5.21	.747	-.622	-.117
23. Na maioria das vezes, a minha família incentiva e apoia os meus planos ou objetivos.	5.28	.821	-1.065	.769
24. A minha família importa-se com a maneira como me sinto.	5.25	.851	-1.037	.599
25. O meu futuro parece-me bastante esperançoso e promissor.	4.89	.881	-.636	.623
26. Tenho medo de me matar.	4.06	1.717	-.378	-1.148

Item	*M*	*DP*	*A*	*C*
27. Os meus amigos aceitam-me tal como realmente sou.	5.13	.786	-.631	.162
28. Tenho muitos planos que pretendo realizar no futuro.	5.07	.839	-.614	.115
29. Sinto-me bem comigo próprio.	5.20	.841	-.906	.655
30. A minha família importa-se bastante com o que me acontece.	5.27	.850	-1.009	.421
31. Sinto-me feliz comigo próprio.	5.28	.827	-1.017	.620
32. Ficaria assustado ou com medo se fizesse planos para me matar.	3.48	1.697	.022	-1.229

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *A* =Assimetria; *C* = Curtose.

Os valores médios apresentados variam entre o valor mínimo de 3.48 (*DP* = 1.697) no item 32 e o valor máximo de 5.32 (*DP* = .842) no item 3, ou seja, são valores tendencialmente elevados.

O desvio-padrão em alguns itens (2, 4, 8, 20, 21, 26, 32) foi superior à unidade, o que demonstra alguma dispersão dos resultados. A amplitude de respostas variou entre o valor mínimo de 1 e o máximo de 6, isto é, todos os itens registaram os limites de pontuação possível.

No que respeita às medidas de distribuição, os coeficientes de assimetria foram negativos em todos os itens, à exceção do item 32, o que indica a tendência dos indivíduos para preencherem os valores mais elevados da escala de resposta, à semelhança do que foi notado com os valores médios. A generalidade dos itens apresentou uma distribuição simétrica, sendo exceção os itens 1, 3, 4, 7, 9, 17, 23, 24, 30 e 31. Nestes itens, a distribuição é classificada como assimétrica à esquerda (ou com enviesamento negativo).

No que respeita aos coeficientes de curtose, a maioria dos itens apresentou uma distribuição mesocúrtica. Foram exceção a este tipo de distribuição os coeficientes observados nos itens 4, 5, 9, 17, 20, 26 e 32. Enquanto os itens 4, 9 e 17 apresentaram uma distribuição leptocúrtica (pontiaguda), os restantes registaram uma distribuição platicúrtica (achatada).

Para a generalidade dos itens, os coeficientes de assimetria e de curtose não ultrapassaram a unidade, segundo o critério mais conservador, o que permite considerar a distribuição como próxima normal (Almeida & Freire, 2008; Marôco, 2011). Ainda assim, conforme referido anteriormente, alguns itens seriam potencialmente

problemáticos por apresentarem coeficientes de distribuição (assimetria e curtose) superiores à unidade. No entanto, de acordo com Kline (2011), apenas os coeficientes de assimetria superiores a 3 e de curtose superiores a 10 indicam desvios severos à normalidade, o que não se verifica na presente amostra. Desta forma, poder-se-á afirmar, ainda com base na Tabela 4, que foram notados apenas desvios ligeiros – ou mesmo negligenciáveis – à normalidade ideal, pelo que a distribuição pode ser considerada muito próxima da normal ou, mesmo, normal.

4.4.2. Análise da Estrutura Interna

4.4.2.1. Análise Fatorial Exploratória (AFE)

A adequação da análise fatorial exploratória (AFE) à matriz de dados em estudo foi assegurada pelo nível de significância do teste de Esfericidade de Bartlett ($\chi^2_{(496)}$ = 7560.71, p = .000) e pelo índice do teste *Kaiser-Meyer-Olkin of Sample Adequacy* (KMO) (.93), considerado muito bom (e.g., Pestana & Gageiro, 2009).

A AFE foi realizada através do método das componentes principais, seguido de rotação oblíqua, à semelhança dos procedimentos utilizados no estudo original (Osman et al., 1998).

Tabela 5
Análise Fatorial Exploratória do RFL-A: Método das Componentes Principais, com Rotação Oblíqua

Itens	F1	F2	F3	F4	F5	h^2
Fator 1 – Aliança familiar						
1. Sempre que eu tenho um problema, posso contar com a minha família para receber apoio ou aconselhamento.	.931	.030	.072	-.025	-.049	.785
7. Eu sinto-me emocionalmente próximo(a) da minha família.	.857	.035	.029	.012	.025	.762
12. A minha família tem tempo para ouvir as minhas experiências na escola, no trabalho ou em casa.	.826	.005	-.007	.062	-.008	.725

Itens	F1	F2	F3	F4	F5	h^2
24. A minha família importa-se com a maneira como me sinto.	.821	-.064	-.111	-.028	.062	.758
30. A minha família importa-se bastante com o que me acontece.	.819	.043	-.050	.027	.044	.778
23. Na maioria das vezes, a minha família incentiva e apoia os meus planos ou objetivos.	.792	-.025	-.104	.032	.054	.755
17. Gosto de estar com a minha família.	.739	.023	.009	.173	.062	.739
Fator 2 – Medo do suicídio						
20. A ideia de me matar assusta-me.	.001	.914	-.028	.003	.055	.873
21. Tenho medo de usar algum método para me matar.	.019	.884	-.002	.016	-.012	.794
26. Tenho medo de me matar.	.100	.852	-.016	-.120	-.023	.735
8. Eu tenho medo de morrer, por isso não admito matar-me.	.090	.793	-.079	-.068	.090	.727
2. Matar-me seria doloroso e assustador.	-.009	.780	-.016	.041	.081	.655
32. Ficaria assustado ou com medo se fizesse planos para me matar.	-.110	.618	.019	.106	-.079	.385
Fator 3 – Otimismo sobre o futuro						
11. Gostaria de realizar os meus planos ou objetivos no futuro.	-.030	.012	-.870	-.012	-.112	.680
15. Tenho esperança nos meus planos ou objetivos para o futuro.	.022	-.050	-.818	-.018	.100	.721
19. Espero ser bem-sucedido(a) no futuro.	-.036	.122	-.807	.076	-.042	.730
25. O meu futuro parece-me bastante esperançoso e promissor.	.098	-.006	-.797	.021	-.019	.691
28. Tenho muitos planos que pretendo realizar no futuro.	.148	.041	-.791	-.065	.010	.718
13. Espero que muitas coisas boas me aconteçam no futuro.	.096	.103	-.721	.008	.023	.657
4. Ainda tenho muito a esperar do futuro, à medida que envelheço.	-.121	-.022	-.529	.098	.199	.396
Fator 4 – Aceitação e suporte pelos pares						
16. Estou convencido(a) que os meus amigos apreciam a minha companhia.	-.042	-.027	-.042	.784	.008	.609
10. Os meus amigos interessam-se bastante por mim.	.036	.053	.125	.779	.077	.646
5. Os meus amigos apoiam-me sempre que eu tenho um problema.	.057	.054	.012	.778	-.086	.609

Itens	F1	F2	F3	F4	F5	h^2
6. Eu sinto-me amado e aceite pelos meus amigos mais próximos.	.109	-.074	.051	.756	.033	.627
27. Os meus amigos aceitam-me tal como realmente sou.	-.043	.005	-.142	.750	.038	.652
22. Posso contar com a ajuda dos meus amigos se tiver um problema.	.056	.031	-.071	.711	.001	.594
Fator 5 – Autoaceitação						
9. Eu gosto de mim como sou.	-.011	-.007	-.020	-.057	.929	.828
3. Eu aceito-me como sou.	-.043	.071	.102	-.007	.918	.757
14. Estou satisfeito(a) comigo próprio(a).	.038	-.037	-.112	.021	.810	.779
31. Sinto-me feliz comigo próprio.	.159	.046	.083	.067	.795	.789
29. Sinto-me bem comigo próprio.	.115	-.006	-.077	.029	.783	.792
18. Sinto que sou uma pessoa OK/fixe.	.012	-.007	-.245	.211	.495	.569
Valor Próprio (*eigenvalues*)	11.68	3.83	2.65	2.26	1.90	
Variância Explicada (%)	36.50	11.96	8.29	7.06	5.94	
Variância Explicada Total (%)			69.73			

Nota. Os itens encontram-se organizados por fatores e, dentro de cada fator, estão ordenados em função dos "pesos fatoriais" obtidos; h^2 = Comunalidades.

Os resultados expressos na Tabela 5 sugerem a existência de cinco fatores, com valores próprios superiores à unidade, que em conjunto explicam 69.73% da variância.

O primeiro fator inclui sete itens que explicam 36.50% da variância correspondendo à Aliança familiar. O segundo fator integra seis itens que explicam 11.96% da variância, denominado Medo do suicídio. O terceiro fator é composto por sete itens que explicam 8.29% da variância, sendo designado de Otimismo sobre o futuro. O quarto fator inclui sete itens, explica 7.06% da variância e corresponde à Aceitação e suporte pelos pares. Por último, o quinto fator integra seis itens, explica 5.94% da variância e diz respeito à Autoaceitação.

A matriz fatorial obtida cumpre o critério de saturação superior a .4 dos itens nos respetivos fatores primários. Pode, porém, constatar-se que alguns itens registaram "pesos fatoriais" superiores a .4 também em outros fatores, o que poderia ser critério para os excluir. No entanto, uma vez que todos os itens se associaram aos fatores expetáveis, conforme o estudo original (Osman et al., 1998), optou-se por mantê-los no instrumento.

Além disso, o facto de a rotação ser oblíqua não implica que os fatores sejam independentes, o que reforça a decisão pela retenção e não pela exclusão dos itens.

A estrutura deste modelo fatorial replica, assim, exatamente, a estrutura do modelo de 5 fatores validado na investigação original (Osman et al., 1998), distinguindo-se apenas nos "pesos fatoriais" dos itens e na ponderação da variância explicada pelos mesmos.

4.4.2.2. Análise Fatorial Confirmatória (AFC)

O modelo de 5 fatores do RFL-A derivado da AFE, que corresponde à estrutura do modelo original, foi submetido a análise fatorial confirmatória (AFC). Os índices de ajustamento do modelo são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6
Índices de Ajustamento para os Modelos Testados

Modelo	χ^2	*gl*	χ^2 /*gl*	RMSEA (IC) 95 %	SRMR	GFI	TLI	CFI	PNFI	ECVI
Modelo 5F (32 itens) (*N* = 313)	985.134	447	2.20	.062 (.057-.067)	.071	.841	.922	.930	.792	3.677
Modelo 5F (31 itens, sem item 15) (*N* = 313)	708.965	418	1.69	.047 (.041-.053)	.056	.873	.956	.960	.817	2.772

Nota. 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.

Inicialmente analisou-se o modelo de 5 fatores com a totalidade da amostra (*N* = 313) e dos trinta e dois itens Os índices TLI e CFI obtiveram valores muito satisfatórios, acima de .9. O RMSEA (<.08) e o índice de parcimónia PNFI (.5 - .9) também se encontraram dentro dos parâmetros considerados desejáveis.

No entanto, o quociente do χ^2 pelos graus de liberdade encontra-se ligeiramente acima do valor recomendado (1-2) e a estatística χ^2 é significativa (p = .000), o que se pode dever à dimensão da amostra e à variabilidade dos dados. O valor do GFI encontra-

se entre .8 e .9, sendo, por isso, considerado medíocre. Ou seja, o modelo de cinco fatores, com os trinta e dois itens apresenta um ajustamento bom, mas que não pode ser considerado ótimo.

Face a estes resultados, procurou-se perceber se algum dos itens estaria a condicionar um melhor ajustamento aos dados. Verificou-se que o item 15 estava a influenciar mais do que um fator, pelo que se optou pela sua exclusão e refez-se a AFC, desta vez com trinta e um itens. Os resultados encontram-se igualmente na Tabela 6.

A AFC com trinta e um itens proporcionou uma descida dos valores do χ^2/gl (1.69), do RMSEA e do SRMR, integrando-os assim nos parâmetros de qualidade exigidos (e.g., Marôco, 2010). Constata-se também um aumento de todos os índices de ajustamento: GFI, TLI e CFI. O GFI, embora aumente, permanece inferior a .9. O valor do ECVI desceu, o que indica que este modelo de trinta e um itens é mais estável do que o modelo de trinta e dois itens.

Deste modo, poder-se-á afirmar que o modelo encontrado apresenta um ajustamento bom aos dados, embora o ajustamento no estudo original (Osman et al., 1998) seja ainda mais elevado.

Tabela 7
Correlações (r) entre os Fatores do RFL-A

	r				
Subescalas	AF	MS	OF	ASP	AA
Aliança familiar (AF)	-				
Medo do suicídio (MS)	.26***	-			
Otimismo sobre o futuro (OF)	.40***	.39***	-		
Aceitação e suporte pelos pares (ASP)	.49***	.24***	.39***	-	
Autoaceitação (AA)	.57***	.21***	.49***	.49***	-

Nota. N = 313. r = Coeficiente de correlação de Pearson.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

A análise das intercorrelações entre os fatores do RFL-A (Tabela 7) evidencia que os coeficientes de correlação oscilaram entre o valor mínimo de r = .21 e o valor máximo de r = .57. Enquanto as correlações mais baixas indicam que os fatores se encontram suficientemente diferenciados, como o Medo do suicídio e a Autoaceitação. As correlações moderadas significam que há alguma associação entre os fatores (Aliança

familiar e a Autoaceitação). É, ainda, possível observar que as correlações mais baixas se verificaram entre a subescala Medo do suicídio (MS) e as outras subescalas do instrumento (Tabela 7), o que sugere uma maior diferenciação dos conteúdos avaliados por esta mesma subescala.

Tabela 8
Estrutura Fatorial do RFL-A: Coeficiente de Saturação Fatorial (Padronizado) e Indicadores Individuais de Fiabilidade (R^2)

Itens	AF	MS	OF	ASP	AA	R^2
1	.84***					.70
2		.74***				.54
3					.78***	.62
4			.53***			.28
5				.78***		.61
6				.77***		.60
7	.84***					.71
8		.79***				.63
9					.84***	.70
10				.71***		.51
11			.75***	.		.56
12	.82***					.67
13			.83***			.69
14					.86***	.75
16				.64***		.41
17	.85***					.72
18					.68***	.47
19			.83***			.69
20		.96***				.91
21		.89***				.79
22				.77***		.59
23	.88***					.77
24	.87***					.75
25			.76***			.57
26		.81***				.65
27				.74***		.55

Itens	AF	MS	OF	ASP	AA	R^2
28			.79***			.62
29					.91***	.82
30	.88***					.77
31					.89***	.79
32		.51***				.26

Nota. N = 313; R^2 = Indicadores individuais de fiabilidade; AF = Aliança familiar; MS = Medo do suicídio; OF = Otimismo sobre o futuro; ASP = Aceitação e suporte pelos pares; AA = Autoaceitação.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Para completar a AFC, na Tabela 8, constam os coeficientes padronizados de saturação para os itens do RFL-A e os respetivos indicadores de fiabilidade individual (R^2), que traduzem a fração de variabilidade total do item explicada pelo fator a que pertence. Em relação aos coeficientes de saturação, todos os itens apresentaram valores considerados moderados e fortes (> .5).

No que respeita aos indicadores de fiabilidade individual, de acordo com os parâmetros de qualidade estabelecidos (Fornell & Larcker, 1981), pode observar-se que a maioria (cerca de 62.5%) dos itens apresenta indicadores de fiabilidade individual elevados (> .5), exceto 3 itens (itens 4, 16 e 32).

4.4.3. Análise da Fiabilidade

A qualidade de um instrumento é determinada pelos estudos de fiabilidade e de validade, sendo que os resultados dos mesmos se expressam em termos de graus (Fortin, 2003). Neste ponto, avaliámos a fiabilidade, que diz respeito à precisão e constância dos resultados obtidos em momentos diferentes (Rust & Golombok, 2000).

Para avaliar a fiabilidade do RFL-A foram considerados dois critérios: a consistência interna, através do alfa de Cronbach e a estabilidade temporal com recurso ao método teste-reteste. A consistência interna refere-se à homogeneidade e correlação entre os itens do instrumento, i.e., quanto mais relacionados estiverem os itens maior será a sua consistência interna (Fortin, 2003; Moreira, 2004).

A estabilidade temporal é igualmente importante, uma vez que, um instrumento deve garantir a reprodutibilidade de resultados idênticos, quando recolhidos em períodos temporais diferentes sob as mesmas condições de aplicação (Rust & Golombok, 2000).

4.4.3.1. Análise da Consistência Interna

A avaliação da consistência interna do RFL-A foi realizada através do cálculo do alfa de Cronbach do instrumento na sua totalidade, incluindo os trinta e um itens, e para cada um dos fatores derivados da AFC (Tabela 9).

Tabela 9
Consistência Interna das Subescalas e do Total do RFL-A da Versão Portuguesa e da Versão Original (Alfa de Cronbach)

	Versão portuguesa	Estudos originais (Osman et al., 1998)		
	(*N* = 313)	Estudo 1 (*N* = 350)	Estudo 2 (*N* = 654)	Estudo 3 (*N* = 442)
Subescalas e total do RFL-A				
Aliança familiar (AF)	.95	.93	.94	.94
Medo do suicídio (MS)	.90	.93	.93	.94
Otimismo sobre o futuro (OF)	.88	.89	.89	.92
Aceitação e suporte pelos pares (ASP)	.88	.91	.92	.94
Autoaceitação (AA)	.93	.93	.94	.95
RFL-A total	.93	n.d.	.96	n.d.

Nota. n.d. = Valores não disponíveis no artigo original (Osman et al., 1998).

O alfa de Cronbach do RFL-A, na sua globalidade, foi de .93, valor este que é considerado muito satisfatório. Ainda assim, o alfa de Cronbach no estudo original da escala foi superior (α = .96). Em relação aos alfas de Cronbach dos fatores evidenciou-se a mesma tendência, i.e., o presente estudo obteve valores bastante satisfatórios – todos superiores a .88 – mas os valores dos estudos originais foram ainda mais elevados, exceto na subescala Aliança familiar, como pode ser observado na Tabela 9.

Os coeficientes de correlação item-total de todos os itens encontraram-se entre *r* = .41 (item 4) e *r* = .66 (item 30), exceto no item 32 (*r* = .28). Verificou-se, ainda, que se se eliminasse qualquer um dos itens, o alfa de Cronbach não aumentaria mais do que .93, o que corrobora a consistência interna do instrumento.

4.4.3.2. Análise da Estabilidade Temporal

A estabilidade temporal foi analisada através do método teste-reteste que permite avaliar o grau de correlação entre os resultados obtidos no primeiro e no segundo momento de aplicação, bem como a existência de diferenças significativas entre esses dois momentos.

O estudo da estabilidade temporal foi realizado numa subamostra de 226 jovens para conhecer as suas características descritivas) que preencheram o RFL-A, nas mesmas condições, em dois momentos diferentes separados por um intervalo de tempo de 3 a 4 semanas.

Tabela 10
Estabilidade Temporal do RFL-A

	Teste		Reteste			
Subescalas do RFL-A	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*r*	*t*
Aliança familiar (AF)	4.81	1.027	4.85	.982	.79***	-1.288
Medo do suicídio (MS)	3.78	1.452	3.74	1.379	.79***	.718
Otimismo sobre o futuro (OF)	4.81	.819	4.86	.795	.61***	-1.232
Aceitação e suporte pelos pares (ASP)	4.76	.899	4.74	.873	.68***	.407
Autoaceitação (AA)	4.80	1.001	4.78	.954	.76***	.561
RFL-A total	4.61	.701	4.61	.676	.75***	-.257

Nota. *N* = 226; *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *r* = Coeficientes de correlação de Pearson entre os dois momentos de avaliação; *t* = Teste *t* de Student para amostras emparelhadas.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Os resultados que constam na Tabela 10, referentes ao coeficiente de correlação de Pearson, demonstram que todos os pares de subescalas se encontraram correlacionados positiva e significativamente. As correlações são consideradas fortes nas subescalas de AF, MS, AA e no RFL-A total e nas subescalas OF e ASP são moderadas embora com um $r > .6$.

Quanto à comparação dos valores médios entre os dois momentos de aplicação, através do teste *t* de Student para amostras emparelhadas, pode constatar-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas, o que sugere a constância nas respostas dos sujeitos.

Estes resultados, quer do coeficiente de correlação, quer do teste *t* de Student, apontam globalmente para a existência de estabilidade temporal nas respostas dos participantes.

Assim, tratando-se a fiabilidade de uma "condição prévia à validade" (Fortin, 2003, p. 225), após aferir-se valores satisfatórios ao nível da estabilidade temporal e da consistência interna do RFL-A (boa fidelidade), procedeu-se ao estudo da validade convergente, discriminante e concorrente do instrumento.

4.4.4. Análise da Validade

4.4.4.1. Validade Convergente e Discriminante

A validade convergente diz respeito à coesão do conjunto de itens integrados num fator, sendo expectável que apresentem uma forte saturação nesse mesmo fator. Considera-se que existe validade convergente quando uma fração elevada da variância dos itens é atribuível, exclusivamente, ao fator que lhe está subjacente e não a qualquer outro.

O índice Variância extraída média (VEM) avalia o grau em que a variância dos itens que refletem um fator é explicada por ele próprio (Fornell & Larcker, 1981). Para que se possa considerar que uma subescala é uma medida válida do fator, é desejável que o índice VEM assuma um valor superior a .5.

Tabela 11
Variância Extraída Média (VEM) do RFL-A

Subescalas do RFL-A	VEM
Aliança familiar (AF)	.83
Medo do suicídio (MS)	.74
Otimismo sobre o futuro (OF)	.69
Aceitação e suporte pelos pares (ASP)	.67
Autoaceitação (AA)	.79

Nota. *N* = 313. VEM = Variância extraída média.

Os resultados da Tabela 11 evidenciam que todos os fatores assumiram um valor de VEM superior ao valor de qualidade estabelecido (.5), pelo que se pode considerar que o conjunto de itens associado aos respetivos fatores os reflete exatamente e não outros. O RFL-A apresenta, assim, uma validade convergente bastante satisfatória.

A validade discriminante, por sua vez, refere-se ao grau em que os itens integrados num fator se correlacionam, preferencialmente, com esse fator e não com qualquer outro. Desta forma, a existência de validade discriminante está assegurada quando a variância extraída média de cada fator é superior à variância partilhada entre eles, ou seja, o quadrado da correlação entre os fatores (Fornell & Larcker, 1981).

Tabela 12
Variância Partilhada (r^2) entre os Fatores do RFL-A

	r^2				
Subescalas	AF	MS	OF	ASP	AA
Aliança familiar (AF)	-				
Medo do suicídio (MS)	.08	-			
Otimismo sobre o futuro (OF)	.23	.20	-		
Aceitação e suporte pelos pares (ASP)	.32	.07	.21	-	
Autoaceitação (AA)	.40	.05	.25	.29	-

Nota. N = 313. r^2 = Quadrado da correlação entre os fatores.

Como se pode observar na Tabela 12, a variância partilhada entre os fatores, calculada através do quadrado da correlação entre os mesmos, foi inferior à variância extraída média de cada fator. Deste modo, os resultados indicam que o RFL-A permite uma diferenciação clara entre as suas diferentes subescalas.

4.4.4.2. Validade Concorrente

O estudo da validade concorrente foi desenvolvido através da análise dos coeficientes de correlação de Pearson entre o RFL-A (subescalas e total), a Escala de Desesperança de Beck (BHS) e o Questionário de Ideação Suicida (QIS).

Tabela 13
Correlação entre o RFL-A (Subescalas e Total), a BHS e o QIS

Subescalas	BHS	QIS
Aliança familiar (AF)	-.48***	-.42***
Medo do suicídio (MS)	-.23***	-.28***
Otimismo sobre o futuro (OF)	-.38***	-.33***
Aceitação e suporte pelos pares (ASP)	-.23***	-.23***
Autoaceitação (AA)	-.41***	-.39***
RFL-A (total)	-.47***	-.46***

Nota. N = 313; BHS = Escala de Desesperança de Beck; QIS = Questionário de Ideação Suicida.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Como se pode observar na Tabela 13, foram obtidos coeficientes negativos e muito significativos entre a medida de Razões para viver (RFL-A), as medidas de Desesperança (BHS) e de Ideação suicida (QIS), o que encontra facilmente fundamentos teóricos explicativos.

4.4.5. Diferenças entre Grupos

À semelhança da investigação original, no presente estudo procurou-se analisar a existência de diferenças significativas nos dados do RFL-A (total e subescalas) em função do sexo dos participantes.

Tabela 14
Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e teste t de Student em Função do Sexo

	Amostra total (N = 313)		Sexo masculino (n = 126)		Sexo feminino (n = 187)				
	M	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*d* de Cohen	*t*	*p*
AF	5.22	5.22	5.15	.754	5.26	.768	-.14	-1.263	.208
MS	4.09	4.09	4.18	1.399	4.02	1.224	.12	-1.091	.276
OF	5.02	5.02	5.06	.657	4.99	.745	.10	.740	.460
ASP	5.06	5.06	5.07	.592	5.05	.633	.03	.346	.729
AA	5.16	5.16	5.25	.650	5.11	.790	.19	1.753	.081
RFL-A total	4.91	.584	4.95	.593	4.89	.579	.10	.754	.451

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *t* = Teste *t* de Student para amostras independentes; AF = Aliança familiar; MS = Medo do suicídio; OF = Otimismo sobre o futuro; ASP = Aceitação e suporte pelos pares; AA = Autoaceitação; RFL-A total = Valor total do Inventário de Razões para Viver para Adolescentes;

A análise da Tabela 14 permite afirmar que não existem diferenças significativas entre os sexos nas subescalas do RFL-A nem no valor total do mesmo. Embora se verifique um valor médio inferior na subescala Autoaceitação no sexo feminino comparativamente ao sexo masculino. Todavia, esta diferença não é, estatisticamente, significativa ($t_{(298.73)} = 1.753$, $p = .081$).

4.5. Discussão

A avaliação da vulnerabilidade para o suicídio em adolescentes é uma tarefa complexa que, ao nível da investigação, tem sido desenvolvida sobretudo através da avaliação dos fatores de risco. Contudo, Osman et al. (1998) criaram o Inventário de Razões para Viver para Adolescentes (RFL-A), que avalia fatores protetores dos atos suicidas. O RFL-A tem sido bastante utilizado a nível mundial e nós pretendemos empregá-lo no âmbito do Estudo 2, na medida em que é imprescindível para avaliar o papel das razões para viver enquanto potencial fator protetor. Todavia, este instrumento não se encontra adaptado para a população portuguesa adolescente. Assim sendo, o objetivo geral do presente estudo consistiu em estudar as propriedades psicométricas da versão portuguesa do RFL-A numa amostra de adolescentes.

O estudo das características descritivas do RFL-A mostra que os indivíduos apresentaram valores médios elevados, o que sugere a valorização das razões para viver e o baixo risco de suicídio global da amostra, na medida em que o RFL-A representa fatores protetores dos atos suicidas. A obtenção de valores elevados tem sido comum em estudos que incluem amostras não-clínicas (e.g., Osman et al., 1998), embora as médias em amostras clínicas com história de atos suicidas tendam a ser mais baixas (Gutierrez & Osman, 2008; Osman et al., 1998).

Há ainda a referir a existência de alguns desvios-padrão acima da unidade, registados sobretudo nos itens da subescala Medo do suicídio, o que consideramos que se pode justificar pelo conteúdo dos próprios itens e pela faixa etária dos respondentes. Isto é, a subescala Medo do suicídio é a única que se relaciona com questões de morte-vida e é

expectável que os adolescentes apresentem atitudes mais extremadas em relação a este assunto.

Quanto às medidas de distribuição dos dados – assimetria e curtose – apesar de se notarem alguns desvios ligeiros ao padrão ideal de normalidade, poder-se-á considerar que se trata de uma distribuição muito próxima da normal (Almeida & Freire, 2008; Kline, 2011; Marôco, 2011).

Para estudar a estrutura interna do RFL-A procedeu-se, primeiramente, à AFE e, de seguida, à AFC. A AFE foi realizada seguindo os mesmos procedimentos da investigação original do RFL-A tendo-se obtido uma estrutura fatorial idêntica à investigação original (Osman et al., 1998) de cinco fatores distintos, nomeadamente (1) Aliança familiar, (2) Medo do suicídio, (3) Otimismo sobre o futuro, (4) Aceitação e suporte pelos pares e (5) Autoaceitação.

A percentagem de variância total explicada pela matriz fatorial em estudo (69.73%) foi próxima da variância total explicada pelo estudo original (64.8%), embora a ordem dos valores próprios dos fatores não tenha sido a mesma. Foram, então, registados os seguintes valores: Aliança familiar (11.68 *vs*. 1.48); Medo do suicídio (3.83 *vs*. 2.37); Otimismo sobre o futuro (2.65 *vs*. 14.39); Aceitação e suporte pelos pares (2.26 *vs*. 1.34) e Autoaceitação (1.90 *vs*. 1.66). Como todos os itens se associaram ao fator primário original, com "pesos fatoriais" de saturação superiores a .4 não foi necessário, nesta fase, estudar outras soluções.

Para avaliar o ajustamento desta solução de cinco fatores aos dados, foi realizada a AFC, à semelhança do estudo original. Alguns índices de ajustamento obtidos, apesar de se encontrarem marginalmente próximos dos parâmetros de qualidade estabelecidos (Kline, 2011; Marôco, 2010), revelam um ajustamento inferior ao do estudo original (Osman et al., 1998), bem como ao de outros estudos realizados com adolescentes (Gutierrez & Osman, 2008; Gutierrez et al., 2000). No sentido de procurar índices mais satisfatórios, decidiu-se eliminar o item 15, pelo facto de se associar a mais do que um fator. Foi realizada novamente a AFC com 31 itens.

O modelo de cinco fatores com trinta e um itens obteve uma melhoria de todos os índices, correspondendo aos níveis de qualidade estipulados (Kline, 2011; Marôco, 2010), sendo que apenas o aumento do GFI não foi suficiente para atingir o valor .9. No entanto, o melhoramento de todos os outros índices reforça a opção por este modelo de 31 itens. Na adaptação da versão coreana, um dos índices de ajustamento (TLI = .87) também foi inferior (Lee, 2011) ao do estudo original (Osman et al., 1998).

Assim sendo, poder-se-á concluir que o modelo apresenta um ajustamento bom aos dados. Importa ainda referir que o *software* (*EQS for Windows program*) utilizado no estudo original para a AFC foi diferente do *software* (AMOS, *Analysis of Moment Structures*) do presente estudo, embora ambos partilhem a mesma finalidade, o que explica ligeiras diferenças na terminologia dos índices de ajustamento.

Os resultados das correlações entre os fatores (variam entre r = .21 e r = .57) mostram que os cinco fatores estão melhor diferenciados na amostra do presente estudo do que na investigação original (entre r = .42 e r = .63) de Osman et al. (1998). Também noutros estudos de adaptação se evidenciou uma diferenciação dos fatores superior à do estudo original, como é o caso da amostra coreana em que as intercorrelações variam entre r = .13 e r = .60 (Lee, 2011).

Os coeficientes padronizados de saturação fatorial e os indicadores de fiabilidade individual dos itens mostram resultados satisfatórios, sendo de destacar que, na maioria dos itens, a sua variabilidade é explicada pelo fator que lhe está associado.

A consistência interna do RFL-A foi excelente, quer para a escala total, quer para as subescalas, uma vez que todos os coeficientes alfa de Cronbach foram acima de .88 (subescala MS). Os coeficientes correlações item-total também se enquadraram dentro dos parâmetros esperados, exceto no item 32, sendo que o valor do alfa de Cronbach se manteria nos .93, mesmo que qualquer um dos itens fosse retirado, o que não justificou qualquer eliminação.

Em estudos anteriores do RFL-A, os coeficientes alfa de Cronbach também foram bastante elevados, como foi o caso do estudo original (Osman et al., 1998), da adaptação iraniana (Koolaee et al., 2008), da coreana (Lee, 2011) e também de outros estudos com amostras clínicas (e.g., Gutierrez et al., 2000).

A análise da estabilidade temporal também revelou resultados bastante satisfatórios. Tanto as fortes correlações, como a ausência de diferenças significativas entre os dois momentos de aplicação, indicam uma boa estabilidade temporal do instrumento, à semelhança do que se verificou nos estudos que aplicaram o método teste-reteste (e.g., Koolaee et al., 2008).

Estes resultados, ao nível da consistência interna e da estabilidade temporal, suportam assim a fiabilidade do RFL-A. No contexto do estudo das características psicométricas do instrumento, além da fiabilidade, foi necessário analisar a validade do RFL-A.

A análise dos índices da validade convergente evidenciou que os itens refletem o fator ao qual estão associados, propiciando assim uma medida adequada do constructo que se pretende avaliar. O estudo da validade discriminante veio acrescentar que a variância média extraída de cada fator é superior à variância partilhada entre eles, o que significa que os fatores se diferenciam claramente uns dos outros.

No que respeita à validade concorrente, constataram-se correlações negativas significativas entre o RFL-A (total e subescalas) e as medidas de desesperança (BHS) e de ideação suicida (QIS), o que corrobora estudos anteriores que consideraram as mesmas variáveis (e.g., Koolaee et al., 2008; Lee, 2011; Osman et al., 1998). Estes resultados vão ao encontro das explicações teóricas inerentes ao papel dos fatores de risco e de proteção em relação ao comportamento suicida, bem como à inter-relação entre os mesmos (A. Berman et al., 2006). Isto é, o RFL-A, uma vez que mede os fatores protetores dos atos suicidas, relaciona-se inversamente com os fatores de risco para o mesmo, nomeadamente a desesperança e a ideação suicida.

Os resultados do RFL-A em função do sexo mostraram que não existem diferenças significativas nas subescalas e do RFL-A total. No entanto, o sexo masculino tende a registar valores médios mais elevados do que o sexo feminino na subescala Autoaceitação, embora essa diferença não tenha significado estatístico e a magnitude do efeito seja pequena.

No estudo original de Osman et al. (1998) encontrou-se uma tendência semelhante no que respeita às diferenças entre sexos, embora as diferenças na subescala Autoaceitação tenham sido a nível estatístico significativas. Noutros estudos do RFL-A também não se registaram diferenças significativas em função do sexo (e.g., Lee, 2011) ou encontraram-se noutras subescalas (e.g., Gutierrez & Osman, 2008). O facto de não se notarem diferenças significativas entre os sexos no RFL-A pode estar relacionado com a fase do desenvolvimento em que os respondentes se encontram, caracterizada pela construção de projetos futuros, motivação para a vida, abertura a experiências, entre outras. A adolescência é, igualmente, uma fase marcada por múltiplas mudanças a vários níveis (físico, psicológico, social, entre outros) que afetam ambos os sexos; no entanto, as raparigas tendem a manifestar uma maior dificuldade em lidar com as alterações corporais, mais problemas relacionais, baixa autoestima (A. Berman et al., 2006; Sprinthall & Collins, 2008), o que poderá explicar os valores tendencialmente mais baixos referentes à Autoaceitação.

Apesar do rigor implementado nos procedimentos metodológicos e dos resultados bastante satisfatórios, o estudo apresenta algumas limitações. Sobretudo, o facto de incluir somente adolescentes da população não-clínica. Seria interessante perceber a capacidade discriminativa do RFL-A no nível de risco suicida, quando comparado com populações clínicas com história de tentativas de suicídio.

O facto de o preenchimento ter decorrido em grupo e em contexto de sala-de-aula pode ter, de alguma forma, condicionado as respostas dos jovens, embora se tivesse tido o cuidado de solicitar, sempre que possível, que ocupassem lugares mais isolados na sala. Findo o questionário cada respondente colocou-o na urna, antes de abandonar a sala.

O RFL-A apresenta, no entanto, potencialidades que o poderão tornar um instrumento útil na avaliação da proteção em relação aos atos suicidas, em adolescentes portugueses. O RFL-A é um instrumento de fácil e rápida aplicação e a sua natureza multidimensional proporciona a identificação das áreas carenciadas a serem alvo de intervenção prioritária pelos clínicos, mostrando-se mais vantajoso em relação aos instrumentos unidimensionais (Gutierrez et al., 2000), uma vez que poderá permitir uma melhor compreensão dos fatores protetores do comportamento suicida (Lee, 2011). O RFL-A poderá assim ser útil em protocolos de rastreio, diagnóstico, monitorização e reabilitação que contemplem fatores de risco e de proteção, dos atos suicidas (Koolaee et al., 2008).

Além disso, as propriedades psicométricas do RFL-A obtidas no presente estudo apontam para a sua fiabilidade e validade, muito próximas das características da investigação original, o que assegura a sua adequada utilização com adolescentes.

CAPÍTULO 5. ESTUDO 2: VULNERABILIDADE EM RELAÇÃO AOS ATOS SUICIDAS EM ADOLESCENTES

"[I]n the distillation of each suicidal event, its essential element is a psychological one; that is to say, each suicidal drama occurs in the mind of a unique individual"
(Shneidman, 1993, p. 3).

5.1. Introdução

O comportamento suicida é um fenómeno multideterminado, para o qual contribuem fatores de natureza distinta: biológica; cultural; sociológica e psicológica, entre outras. Shneidman (1993) – um dos mais influentes suicidologistas mundiais – veio salientar a proeminência da componente psicológica dos atos suicidas, embora não descure o contributo de outros fatores.

No âmbito da abordagem psicológica dos atos suicidas, têm sido conceptualizados vários modelos, entre os quais destacamos alguns que colocam a ênfase nos processos cognitivos, considerando-os como uma importante chave para a compreensão do fenómeno suicida: o Modelo Cognitivo da Depressão e do Suicídio (Rush & Beck, 1978); o Modelo Etiológico da Conduta Suicida (Yang & Clum, 1996); o Modelo Cognitivo da Conduta Suicida (Cruz, 2000, 2006) e o Modelo Cognitivo do Suicídio (Wenzel & Beck, 2008). Estes modelos compreensivos integram um conjunto de fatores de risco e de proteção na explicação do comportamento suicida (cf. Capítulo 2, p. 39).

Por fatores de risco, entendem-se as variáveis que tornam mais provável o desenvolvimento de ideação suicida ou a ocorrência de atos suicidas (M. L. Rosenberg et al., 1988). Os modelos do suicídio supracitados apresentam como fatores de risco comuns, os acontecimentos de vida negativos (AVN) e a desesperança.

A vivência de AVN parece ser um denominador comum à maioria dos indivíduos que comete atos suicidas. A análise de histórias de vida de indivíduos que realizaram tentativas de suicídio graves ou muito graves mostrou que 91.4% das referências nessas histórias são a AVN e apenas 8.6% a acontecimentos positivos (Brás & Cruz, 2008a).

Vários estudos distinguem, inclusive, o papel de diferentes tipos de AVN no desenvolvimento do comportamento suicida, como é o caso dos abusos psicológicos (Dieserud et al., 2002; Langhinrichsen-Rohling et al., 1998), dos abusos físicos (e.g., A. L. Beautrais, 2000; Brodsky & Stanley, 2001; Dieserud et al., 2002; Saraiva, 1999; Ystgaard et al., 2004), dos abusos sexuais (A. L. Beautrais, 2000; Brodsky & Stanley, 2001; Dieserud et al., 2002; Langhinrichsen-Rohling et al., 1998; Martin et al., 2004; Saraiva, 1999; Swanston et al., 1999; Tyler, 2002; Ystgaard et al., 2004) e das perdas (Bowlby, 1979/1990, 1980; Dieserud et al., 2002; Saraiva, 1999; Ystgaard et al., 2004), entre outros. A vivência de AVN, além das consequências imediatas e a curto-prazo para a saúde mental, tem efeitos negativos que persistem a longo-prazo, influenciando o desenvolvimento de ideação suicida (Enns et al., 2006).

A desesperança, entendida como as expectativas negativas em relação ao futuro, segundo Beck et al. (1996), é o fator central do funcionamento psicológico dos indivíduos com tendência para o suicídio. A desesperança leva à perceção de que o sofrimento e os problemas atuais são eternos e que nada de positivo poderá melhorar com o perpassar do tempo. Neste contexto, o suicídio é visto como o único meio para lidar com os problemas sentidos como irresolúveis, intermináveis e intoleráveis (Beck et al., 1997; Cruz, 2000; Melo & Saraiva, 2006; Rush & Beck, 1978). Embora, inicialmente, o cerne explicativo do suicídio se centrasse na depressão, investigações posteriores têm sugerido que a desesperança constitui um melhor preditor da conduta suicida do que a depressão (Beck et al., 1996). Os estudos sobre a influência deste fator no suicídio são, sobretudo, em amostras clínicas de adultos, embora também exista evidência empírica que suporta o seu papel na ideação suicida dos adolescentes (Mazza & Reynolds, 1998; E. A. Thompson, Mazza, Herting, Randell, & Eggert, 2005).

Para além destes fatores de risco, como foi referido, os modelos incluem alguns fatores que podem ser considerados protetores.

Os fatores protetores, por sua vez, são aqueles que diminuem a probabilidade da ocorrência de atos suicidas (A. L. Beautrais, 2003a; A. Berman et al., 2006; U.S. Public Health Service, 2001), todavia têm sido menos estudados do que os fatores de risco, sendo geralmente conceptualizados em termos de baixas pontuações nos instrumentos de avaliação do risco (Gutierrez & Osman, 2008). Assim, em vez de serem entendidos como fatores protetores com características próprias, são frequentemente estudados na sua vertente de risco, como é o caso da baixa autoestima que surge explicitamente referenciada em modelos explicativos da vulnerabilidade (Cruz, 2006;

Sandin, Chorot, Santed, Valiente, & Joiner, 1998; Yang & Clum, 1996). No entanto, estes fatores não representam meramente uma ausência ou oposição dos fatores de risco (A. L. Beautrais, 2003a; A. Berman et al., 2006), podendo ser conceptualizados como 'recursos suportativos (e.g., variáveis estruturais ou funcionais que atuam como fatores diretos, moderadores ou mediadores) que servem como "amortecedores" ou "salvaguardas" contra comportamentos relacionados com o suicídio ou fatores de risco diretos e significativos, tais como a depressão e a desesperança, para o comportamento suicida' (Gutierrez & Osman, 2008, p. 22).

A literatura identifica alguns fatores protetores que têm sido empiricamente associados não só à ideação suicida mas também a atos suicidas, como é o caso da autoestima (e.g., Dori & Overholser, 1999; Yoder & Hoyt, 2005), das razões para viver (e.g., Gutierrez & Osman, 2008; Gutierrez et al., 2000) e da satisfação com o suporte social (Esposito, Spirito, Boergers, & Donaldson, 2003; Gutierrez & Osman, 2008; Yang & Clum, 1996), os quais passamos a descrever.

A autoestima – entendida como as autoavaliações altas ou baixas em termos de competência e aceitação – influencia a interpretação dos acontecimentos de vida e, por conseguinte, a forma como os indivíduos se comportam (Sommer & Baumeister, 2002). As autoavaliações de alta competência e aceitação pelos outros surgem menos associadas à tendência para o suicídio, isto é, têm sido encontradas associações negativas entre os valores de autoestima e de ideação suicida, quer em adolescentes da população normal (Ahmadi, Amiri, Kordestani, & Nadertabar, 2012; Marcenko, Fishman, & Friedman, 1999; Yoder & Hoyt, 2005), quer em amostras clínicas (Dori & Overholser, 1999; T. M. Kelly, Lynch, Donovan, & Clark, 2001). Numa amostra de adolescentes diagnosticados com perturbações psicológicas, a baixa autoestima assumiu o papel preditor da ideação suicida e das tentativas de suicídio nas raparigas, mas não nos rapazes (T. M. Kelly et al., 2001).

As razões para viver podem ser definidas como crenças orientadas para a vida e expectativas de futuro capazes de mitigar o comportamento suicida (Linehan et al., 1983).

Os adolescentes da população não-clínica tendem a apresentar pontuações mais elevadas de razões para viver do que os adolescentes que realizaram tentativas de suicídio (Gutierrez et al., 2000; Koolaee et al., 2008; Osman et al., 1998). Quando a existência de razões para viver é elevada, mesmo na presença de fatores de risco, a probabilidade de suicídio é menor (Gutierrez et al., 2000), o que parece salientar o seu efeito protetor.

Outro fator que desempenha a função de proteção no desenvolvimento do comportamento suicida é o suporte social, cuja influência tem sido bastante estudada na fase da adolescência. A perceção deste fator está associada de forma negativa com os níveis de ideação suicida (Esposito et al., 2003). Em particular, o défice de suporte familiar tem mostrado ser um preditor significativo da ideação suicida (Perkins & Hartless, 2002), salientando-se uma diferença em função do sexo (E. A. Thompson et al., 2005). A falta de suporte familiar tem um efeito direto significativo no comportamento suicida dos rapazes, mas não das raparigas (E. A. Thompson et al., 2005).

Apesar da relação entre os fatores de risco e de proteção com o comportamento suicida estar documentada conceptualmente nos modelos teóricos explicativos, o suporte empírico para a mesma está estudado apenas de forma parcelar; conhece-se a influência isolada de cada fator na ideação suicida, mas não o contributo conjunto e ponderado no mesmo modelo.

Além disso, os estudos referem que os AVN influenciam a ideação suicida. No entanto, a forma como os AVN interagem com os fatores psicológicos, para facilitar ou dificultar o desenvolvimento de ideação suicida, não está completamente explicada.

Em síntese, a ausência de um modelo compreensivo global da ideação suicida – que seja aglutinador de fatores de risco e de proteção, conceptualmente adequado e empiricamente comprovado (A. Berman et al., 2006; Gutierrez & Osman, 2008; O'Connor, 2011) – acrescida da necessidade de integrar a relação dos AVN com outras variáveis psicológicas moderadoras e mediadoras na explicação desse modelo (Sandin et al., 1998), justifica a investigação destas inter-relações. Globalmente, pretende-se, assim, compreender de que forma os AVN bem como os fatores psicológicos de risco e de proteção se relacionam para influenciar a ideação suicida.

5.2. Objetivos

O presente estudo teve como objetivo geral compreender o papel dos fatores de risco e de proteção nos níveis de ideação suicida. Foram ainda definidos os seguintes objetivos específicos: (a) conhecer as características dos adolescentes nas variáveis em estudo, tanto na amostra global, como em função do sexo; (b) analisar as correlações entre todas as variáveis AVN, desesperança, razões para viver,

autoestima e satisfação com o suporte social; (c) explorar a associação entre os fatores de risco (AVN e desesperança) e a ideação suicida, tendo em consideração o efeito moderador do sexo; (d) explorar a associação entre os fatores de protetores (razões para viver, autoestima e satisfação com o suporte social) e a ideação suicida, tendo em consideração o efeito moderador do sexo; (e) analisar o efeito dos fatores de risco e de proteção na explicação dos níveis de ideação suicida e (f) explorar se a relação entre os AVN e os níveis de ideação suicida é direta e/ou mediada pelos fatores de risco – desesperança – e de proteção – razões para viver, autoestima e satisfação com o suporte social.

5.3. Método

5.3.1. Participantes

A amostra do presente estudo foi composta por 344 estudantes do ensino secundário, com uma média etária de 16.97 anos (*DP* = 1.109), dos quais 144 eram do sexo masculino e 200 eram do sexo feminino. Grande parte dos jovens reside com ambos os pais (69.8%), 25.6% coabita apenas com um dos progenitores, 2.9% com outros familiares e 1.7% assinalou outras situações. Em relação ao rendimento escolar médio, 50.6% assinalaram ter um rendimento considerado “suficiente” (10 a 13 valores), 41.6% um rendimento “bom” (14 a 16 valores), 6.1% um rendimento “muito bom” (igual ou superior a 17 valores) e 1.7% um rendimento “insuficiente” (inferior a 10 valores).

Em relação à frequência com que praticam atividades religiosas, 46.8% nunca o faz, 31.4% pratica raramente, 13.1% algumas vezes e apenas 8.7% de forma frequente ou muito frequente. No que respeita ao consumo de álcool, 37.5% e 36.3% consomem raramente ou algumas vezes, respetivamente; seguindo-se 18.6% que nunca o faz, 6.4% e .9% que consomem frequentemente ou muito frequentemente, respetivamente. A maioria dos indivíduos nunca consumiu tabaco (60.2%) ou drogas (80.8%).

No que diz respeito à história de problemas psicológicos, 5.5% refere já ter tido pelo menos um problema psicológico diagnosticado. Cerca de 34% assumem que já

se sentiram desesperados ao ponto de considerarem que não fazia sentido continuarem a viver; mas apenas 10.5% refere que já recebeu ajuda psicológica por se sentir dessa forma.

Verificou-se que 17 jovens, representando 4.9% dos inquiridos já cometeram um ato com o objetivo de pôr fim à sua vida e 21.2% já cometeu, intencionalmente, atos autolesivos (e.g., cortes), mas sem intenção de morrer.

A história de suicídio na família é registada por 61 jovens (17.1%) e em amigos ou pessoas próximas por 115 jovens (33.4%).

Quando questionados sobre o facto de terem solicitado ajuda por se sentirem sem razões para viver, 25.0% já pediu, 20.1% não pediu, apesar de já se ter sentido desse modo e 54.9% nunca pediu, porque nunca precisou. Em relação ao pedido de ajuda para um amigo desesperado, 16.6% já pediu, 12.8% não pediu, apesar de já terem estado nessas circunstâncias, e 70.6% nunca se confrontou com essa situação.

5.3.2. Instrumentos

5.3.2.1. Questionário de Dados Pessoais (QDP)

O Questionário de Dados Pessoais (QDP) inclui um conjunto de questões sobre as temáticas que a seguir se enunciam: (a) informação sociodemográfica (idade, sexo, coabitação); (b) informação escolar (rendimento escolar médio); (c) estilo de vida (frequência de práticas religiosas; consumos de álcool, tabaco e drogas); (d) história de perturbações psicológicas; (e) história de comportamentos autolesivos e atos suicidas; (f) história de atos suicidas na família e em pessoas próximos e (g) história de pedidos de ajuda por ideação suicida (para o próprio ou para pessoas próximas) (Anexo B).

5.3.2.2. Inventário de Razões para Viver para Adolescentes (RFL-A)

O Inventário de Razões para Viver para Adolescentes (RFL-A, *Reasons for Living Inventory for Adolescents*) foi desenvolvido por Osman et al., em 1998, com o principal objetivo de avaliar as razões para viver consideradas adaptativas e protetoras, i.e., que funcionam como "amortecedores" contra o comportamento

suicida (Osman et al., 1998) podendo ser aplicado na faixa etária dos 13 aos 19 anos (Gutierrez & Osman, 2008).

Este inventário é um instrumento de autorresposta formado por 32 itens. Cada item é classificado numa escala de tipo *Likert* com seis pontos, que variam de 1 (*Nada importante*) a 6 (*Extremamente importante*), sendo que a uma classificação mais elevada do grau de importância dos itens corresponde uma maior valorização das razões para viver.

A versão original do RFL-A foi submetida a análise fatorial exploratória (AFE) e a análise fatorial confirmatória (AFC), em que resultou com a retenção de 5 fatores interpretáveis: (1) Otimismo sobre o Futuro (OF); (2) Medo do Suicídio (MS); (3) Aliança Familiar (AF); (4) Aceitação e Suporte pelos Pares (ASP) e (5) Autoaceitação (AA).

Os coeficientes alfa de Cronbach, estimados na investigação original do RFL-A, demonstram valores adequados de consistência interna para o RFL-A total e subescalas, sendo que todos são superiores a .89.

Os estudos suportam também a existência de validade de constructo, validade concorrente e preditiva do RFL-A.

Em relação à cotação, o RFL-A permite obter uma pontuação total e uma pontuação para cada subescala. A pontuação total do RFL-A corresponde à média dos 32 itens e a pontuação de cada subescala corresponde à média dos respetivos itens. Pontuações elevadas no RFL-A sugerem que os respondentes têm fortes razões adaptativas para não se suicidarem (Osman et al., 1998).

A análise das características psicométricas da versão portuguesa do RFL-A foi realizada no Estudo 1 (cf. Capítulo 4, p. 107). A estrutura fatorial da versão original foi replicada, tendo sido encontrados valores adequados de fiabilidade e de validade (Anexo C).

5.3.2.3. Escala de Desesperança de Beck (BHS)

A Escala de Desesperança de Beck (BHS), desenvolvida por Beck, Weissman, Lester e Trexler, em 1974, tem como principal objetivo avaliar os sintomas de desesperança sobre eventos futuros. É uma escala de autorresposta com 20 itens e com um formato de resposta dicotómico.

A escala apresenta onze itens referentes à desesperança e nove itens que dizem respeito à esperança. Após a inversão dos itens adequados, a pontuação total da escala é obtida pelo somatório de todos os itens, podendo variar entre 0 e 20 valores. Quanto mais elevado for o valor obtido, maiores serão os níveis de desesperança, sendo que o valor 9 equivale ao ponto de corte para risco de suicídio.

O estudo original identificou três fatores na estrutura interna da escala: (a) sentimentos sobre o futuro; (b) falta de motivação e (c) expetativas futuras, que em conjunto explicaram 53.5% da variância.

Esta escala registou também boa consistência interna no estudo original, com um coeficiente alfa KR-20 de .93, o que indica a sua fiabilidade. Os resultados encontrados ao nível da validade (concorrente e de constructo) foram também bastante satisfatórios (Beck et al., 1974).

A BHS tem sido utilizada de forma exaustiva a nível mundial, registando propriedades psicométricas razoavelmente satisfatórias em múltiplos estudos (e.g., Chang et al., 1994; Holden & Fekken, 1988; Pompili, Tatarelli, et al., 2007).

Em Portugal, a Escala de Desesperança de Beck foi validada por Cruz (2000), tendo reproduzido a estrutura fatorial do modelo original e obtido boa consistência interna (KR-20 =.90). As propriedades psicométricas, ao nível da validade e da fiabilidade, da versão portuguesa foram consideradas satisfatórias (Cruz, 2000).

No presente estudo, o coeficiente alfa estimado da BHS (KR-20) foi de .72 (intervalo de confiança a 95% entre .49 e .97 e a média da correlação inter-item foi de .23) (Anexo D).

5.3.2.4. Escala de Autoestima de Rosenberg (EA)

A Escala de Autoestima (EA) foi desenvolvida por Rosenberg, em 1965, e validada para a população portuguesa por Santos e Maia (1999, 2003). O principal objetivo consiste em avaliar a autoestima global em adolescentes, de uma forma breve e acessível.

A EA é constituída por dez itens, dos quais cinco são de orientação positiva (e.g., "Globalmente, estou satisfeito comigo próprio") e os restantes de orientação negativa (e.g., "Sinto que tenho pouco de que me orgulhar"), avaliados numa escala de tipo *Likert*

com quatro opções de resposta: 1 (*Discordo fortemente*); 2 (*Discordo*); 3 (*Concordo*) e 4 (*Concordo fortemente*) (M. Rosenberg, 1965; P. J. Santos & Maia, 1999, 2003).

A cotação dos itens de orientação negativa é efetuada de forma invertida, de modo a que resultados totais mais elevados reflitam níveis mais altos de autoestima. A pontuação da escala pode variar entre os 10 e os 40 valores. O estudo original apresentou uma estrutura unifatorial, uma boa consistência interna (alfa de Cronbach variou entre .77 e .88, uma boa estabilidade temporal (o coeficiente de correlação teste-reteste variou entre .82 e .85 mas também validade de critério e de constructo (M. Rosenberg, 1965).

Nos estudos da estrutura interna da versão portuguesa da EA, numa amostra de adolescentes, o modelo unifatorial obteve o melhor ajustamento aos dados (P. J. Santos & Maia, 1999, 2003).

Numa investigação global sobre a fiabilidade da escala, composta por três estudos, obtiveram-se resultados bastante satisfatórios, tendo a consistência interna (alfa de Cronbach) variado entre .86 e .92. No que respeita à estabilidade temporal, o coeficiente de correlação entre as duas aplicações, com um intervalo temporal de duas semanas, foi de .90. Os resultados também suportaram a validade da escala (P. J. Santos & Maia, 2003).

No presente estudo, os coeficientes de correlação item-total corrigido oscilaram entre o valor mínimo de .41 e o valor máximo de .72, assegurando assim uma validade interna razoável dos itens. O coeficiente alfa de Cronbach foi de .85, o que sugere uma boa consistência interna do instrumento (Anexo K).

5.3.2.5. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) foi desenvolvida por Ribeiro (1999) com o objetivo de avaliar a satisfação com o suporte social percecionado, assumindo que se trata de "uma dimensão fundamental nos processos cognitivos e emocionais ligados, quer ao bem-estar quer à qualidade de vida" (J.L.P Ribeiro, 1999, p. 551).

É um instrumento de autorresposta, destinado a jovens e composto por quinze afirmações, em relação às quais o respondente deve assinalar o seu grau de concordância numa escala de *Likert* com cinco posições: A (*Concordo totalmente*); B (*Concordo na*

maior parte); C (*Não concordo, nem discordo*); D (*Discordo na maior parte*) e E (*Discordo totalmente*).

Esta escala subdivide-se em quatro subescalas, que explicam 63.1% da variância, nomeadamente (a) Satisfação com amizades (SA; 5 itens), (b) Satisfação com a intimidade (SI; 4 itens), (c) Satisfação com a família (SF; 3 itens) e d) Satisfação com as atividades sociais (SAS; 3 itens). De realçar que os itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15 devem ser invertidos. A pontuação total resulta da soma dos valores atribuídos aos itens e a sua amplitude pode variar entre 0 e 75 valores.

No estudo original, a ESSS apresentou boa consistência interna, tanto na escala total (α = .85), como nas subescalas (SA, α = .83; SI, α = .74; SF, α = .74; SAS, α = .64). Os resultados apontaram também para a validade discriminante e concorrente da escala (J.L.P Ribeiro, 1999).

No presente estudo, os coeficientes de correlação item-total corrigidos variaram entre .29 e .62; o alfa de Cronbach da escala total (α = .87) e das subescalas foi SA (α = .85), SI (α = .73), SF (α = .87) e SAS (α =.65) foram considerados satisfatórios, exceto na subescala SAS, à semelhança do que se verificou no estudo original, possivelmente devido ao baixo número de itens que a integram (Anexo L).

5.3.2.6. Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAVN)

O Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAVN), construído por Brás e Cruz (Brás, 2008; 2008b), tem como principal objetivo avaliar o conjunto de experiências negativas vivenciadas, em termos da sua severidade – frequência e impacto.

O IAVN é composto por vinte e cinco itens referentes a diferentes tipos de acontecimentos negativos em que é solicitado aos respondentes que indiquem, para cada acontecimento, numa escala valorada de 0 (*Nunca)* a 4 *(Muitíssimas vezes)*, a sua frequência e o impacto, numa escala compreendida entre 1 (*Nenhum impacto*) e 5 (*Impacto extremamente negativo*), sendo a severidade dos mesmos obtida através destes dois indicadores.

A cotação do IAVN permite obter uma pontuação total e por subescalas. A primeira advém da avaliação global da severidade global dos AVN, através do índice global de acontecimentos de vida negativos, calculada a partir da média do produto da frequência pelo impacto, podendo variar entre 0 e 20. As subescalas resultaram do estudo da

estrutura interna que consistem, designadamente, em (a) Ambiente familiar adverso (AFA; 9 itens), (b) Abuso psicológico (AP; 5 itens), (c) Separações/Perdas (SP; 6 itens) e (d) Abuso físico e sexual (AFS, 4 itens).

O instrumento apresentou uma consistência interna satisfatória, quer na escala total (α = .90), quer nas subescalas (AFA, α = .84; AP, α = .80; SP, α = .71; e AFS, α = .67), bem como boa estabilidade temporal, o que suporta a sua fiabilidade. Os estudos da validade também alcançaram resultados bastante satisfatórios (Brás & Cruz, 2008b).

No presente estudo, a consistência interna foi assegurada pelos coeficientes de alfa de Cronbach do total do IAVN (α = .89) e das respetivas subescalas (AFA, α = .74; AP, α = .85; SP, α = .63; e AFS, α = .80), embora a subescala SP tivesse obtido um valor considerado baixo devido, provavelmente, à maior heterogeneidade dos itens (Anexo M).

5.3.2.7. Questionário de Ideação Suicida (QIS)

A versão original do Questionário de Ideação Suicida (QIS) – *Suicide Ideation Questionnaire* – foi desenvolvida por Reynolds, em 1988 (Reynolds, 1991) mais tarde adaptada para a população portuguesa por Ferreira e Castela (1999).

O QIS tem por objetivo avaliar a gravidade dos pensamentos e cognições suicidas em adolescentes e jovens adultos, podendo ser aplicado individualmente ou em grupo. O tempo de preenchimento é de aproximadamente dez minutos.

Este questionário de autorresposta é composto por trinta itens, que apresentam sete alternativas de resposta, a saber: 0 (*Nunca tive este pensamento*); 1 (*Pensei nisto, mas não no último mês*); 2 (*Cerca de uma vez por mês*); 3 (*Duas vezes por mês*); 4 (*Cerca de uma vez por semana*); 5 (*Duas vezes por semana*) e 6 (*Quase todos os dias*). O respondente assinala, portanto, cada item numa escala de 0 a 6 pontos, sendo a pontuação total obtida através do somatório do valor de todos os itens. Os resultados obtidos no QIS podem variar entre o mínimo de 0 e o máximo de 180 pontos, sendo que a uma maior frequência de pensamentos suicidas corresponderá uma pontuação mais elevada no questionário.

Os estudos sobre a fiabilidade do instrumento na versão portuguesa incluíram a análise da consistência interna através do método alfa de Cronbach e da estabilidade temporal, recorrendo ao método teste-reteste. Os resultados sobre a consistência interna revelaram um coeficiente alfa de Cronbach no valor de .96 e sobre a estabilidade temporal um coeficiente de correlação entre as duas aplicações no valor de .76.

Os estudos relativos à validade do instrumento incluíram a validade concorrente, divergente e de constructo. A validade concorrente e divergente, determinadas através da relação com os resultados do Inventário da Depressão de Beck (correlação positiva) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (correlação negativa), mostraram que o instrumento apresenta estas duas qualidades. A validade de constructo, medida através da análise fatorial exploratória, permitiu identificar três fatores que explicaram 55.7% da variância total.

Ao nível do estudo da validade do instrumento, a análise fatorial exploratória realizada pelos autores sugere a existência de três fatores, tal como no estudo original de Reynolds, porém os conteúdos dos mesmos não coincidem exatamente com os do estudo original (Ferreira & Castela, 1999).

No presente estudo, o coeficiente de correlação item-total corrigido oscilou entre .498 (item 8) e .816 (item 14) sugerindo uma boa validade interna dos itens; o coeficiente alfa de Cronbach obteve um valor de .96, indicando uma consistência interna muito boa (Anexo E).

5.3.3. Procedimento de Recolha de Dados

O primeiro procedimento desta fase passou pelo pedido de autorização à Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), do Ministério da Educação, para desenvolver a investigação em meio escolar, de acordo com o Despacho n.º 15847/2007, publicado em Diário da República 2.ª série, n.º140, de 23 de Junho de 2007. O processo foi submetido *online*. Após análise do mesmo pelos serviços competentes, o pedido de autorização foi aprovado (Anexo F).

O procedimento seguinte consistiu em contactar telefonicamente os estabelecimentos de ensino secundário do Algarve a solicitar o agendamento de uma reunião com o/a diretor/a do Conselho Executivo para apresentar o projeto de investigação e entregar o pedido de autorização escrito (Anexo G). As escolas que se mostraram recetivas para conhecer o projeto e que autorizaram a sua realização foram a Escola Secundária José Belchior Viegas, em São Brás de Alportel, a Escola Secundária de Loulé, a Escola Secundária de Silves, a Escola Manuel Teixeira Gomes, em Portimão e a Escola Secundária de Vila Real de Santo António.

Após a autorização, o/a diretor/a do Conselho Executivo encaminhava o assunto para outro membro da direção ou diretamente para os diretores de turma que, posteriormente, agendavam as sessões de recolha de dados com as turmas (Anexo I). Os pedidos de autorização destinados aos encarregados de educação, uma vez que a maioria dos participantes era menor de idade, eram entregues previamente ao diretor de turma, que por sua vez, os encaminhava para os encarregados de educação e solicitava a sua devolução até ao dia da aplicação dos questionários (Anexo H).

As aplicações dos questionários decorreram de acordo com os agendamentos, em contexto de sala-de-aula. No início da primeira sessão, foram apresentados os princípios do consentimento informado, de forma oral e escrita, a cada um dos jovens (Anexo A). No final do preenchimento, os questionários foram introduzidos numa pequena urna improvisada para o efeito, no sentido de aumentar a perceção de confidencialidade.

A recolha de dados decorreu no ano letivo 2010/11 e, no final do mesmo, foi enviada uma carta de agradecimento a todas as escolas que participaram no estudo (Anexo J).

5.3.4. Procedimento de Análise Estatística

Grande parte das análises estatísticas foi realizada com recurso ao programa de tratamento de dados estatísticos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPPS) (versão 21.0) para *Windows*. Recorreu-se também ao programa *Microsoft Office Excel* 2010 para encontrar as estimativas das magnitudes do efeito obtidas através da fórmula para o *d* de Cohen (1988) e à página *online* de Kristopher Preacher para calcular o teste de Sobel (http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm).

O primeiro procedimento da análise dos dados consistiu em estimar e imputar os valores omissos pelo método do algoritmo EM (*Expectation Maximization*), que estima os valores ausentes a partir das respostas aos restantes itens dos instrumentos.

O tratamento estatístico incluiu análises de médias, desvio-padrão, coeficiente de correlação de Pearson (para estudar a associação entre as variáveis), teste *t* de Student para amostras independentes (para analisar a existência de diferenças entre os grupos), *d* de Cohen (para calcular a magnitude do efeito), regressão linear (para

perceber o papel das variáveis na ideação suicida) e o teste de Sobel (para avaliar a significância do efeito indireto no estudo dos modelos de mediação).

5.4. Resultados

No sentido de alcançar os objetivos delineados, esta secção dos resultados inclui inicialmente a análise das características descritivas registadas nas diferentes variáveis e as respetivas diferenças em função do sexo. Seguidamente, exploram-se as relações entre as variáveis, depois a relação das mesmas com a ideação suicida e posteriormente, estuda-se o efeito dos fatores de risco e de proteção, independentemente e em conjunto, na explicação dos níveis de ideação suicida; por último, procura-se perceber se a relação entre os acontecimentos de vida negativos (AVN) e a ideação suicida é exclusivamente direta ou se existem fatores mediadores na mesma.

A Tabela 15 apresenta os resultados das diferentes variáveis, na amostra total e em função do sexo.

Tabela 15
Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t de Student das Variáveis na Amostra Total e em Função do Sexo

	Amostra total *(N = 344)*		Sexo masculino *(n = 144)*		Sexo feminino *(n = 200)*				
	M	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*d* de Cohen	*t*	*p*
IS	14.22	17.109	10.45	11.886	16.94	19.629	-.40	-3.805	.000
D	4.23	2.880	3.91	2.442	4.45	3.144	-.19	-1.777	.076
AVN	1.77	1.823	1.26	1.401	2.14	1.998	-.51	-4.789	.000
AF (RFL-A)	4.81	1.027	4.80	1.016	4.82	1.036	-.02	-.196	.844
MS (RFL-A)	3.78	1.452	3.86	1.526	3.72	1.397	.09	.864	.388
OF (RFL-A)	4.81	.819	4.88	.731	4.77	.876	.13	1.202	.230
ASP (RFL-A)	4.76	.899	4.81	.869	4.72	.921	.10	.925	.356
AA (RFL-A)	4.80	1.005	5.01	.867	4.65	1.071	.37	3.440	.001
RFL-A – total	4.61	.701	4.68	.695	4.55	.702	.19	1.687	.092
AE	26.06	6.349	27.37	6.392	25.12	6.164	.36	3.294	.001
SA (ESSS)	18.86	4.368	19.04	4.381	18.73	4.365	.07	.650	.516
SI (ESSS)	14.28	3.467	14.60	3.192	14.06	3.644	.16	1.433	.153

	Amostra total *(N = 344)*		Sexo masculino *(n = 144)*		Sexo feminino *(n = 200)*				
	M	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*d* de Cohen	*t*	*p*
SF (ESSS)	11.23	3.169	11.57	2.970	10.99	3.289	.19	1.676	.095
SAS (ESSS)	9.99	2.628	10.33	2.463	9.75	2.719	.23	2.047	.041
ESSS – total	54.36	10.303	55.53	9.629	53.52	10.706	.20	1.797	.073

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *t* = Teste *t* de Student para amostras independentes; IS = Ideação suicida; D = Desesperança; AVN = Acontecimentos de vida negativos; RFL-A = Inventário de Razões para Viver para Adolescentes; AF (RFL-A) = Aliança familiar do RFL-A; MS (RFL-A) = Medo do suicídio do RFL-A; OF (RFL-A) = Otimismo sobre o futuro do RFL-A; ASP (RFL-A) = Aceitação e suporte pelos pares do RFL-A; AA (RFL-A) = Autoaceitação do RFL-A; RFL-A total = Valor total do Inventário de Razões para Viver para Adolescentes; AE = Autoestima; SA (ESSS) = Satisfação com as amizades da ESSS; SI (ESSS) = Satisfação com a intimidade da ESSS; SF (ESSS) = Satisfação com a família da ESSS; SAS (ESSS) = Satisfação com as atividades sociais da ESSS; ESSS – total = Valor total da Escala de Satisfação com o Suporte Social.

Em relação à Ideação suicida, pode constatar-se que a amostra total obteve um valor médio relativamente baixo, embora o desvio-padrão seja bastante elevado (*M* = 14.22; *DP* = 17.109), tendo em consideração a amplitude de respostas possíveis ao QIS (0-180 pontos). A análise dos valores médios, em função do sexo dos participantes, evidencia que o sexo feminino registou valores significativamente mais elevados do que o sexo masculino ($t_{(333.08)}$ = -3.805, *p* = .000), sendo a magnitude do efeito considerada moderada (*d* de Cohen = -.40).

Na Desesperança registou-se um valor médio também relativamente baixo de 4.23, sabendo-se que pode variar entre 0 e 20; embora sejam mais elevados no sexo feminino do que no sexo masculino, a diferença entre sexos não é significativa.

A análise dos resultados relativos à vivência de AVN (amplitude 0-20), embora com uma pontuação baixa na amostra total (*M* = 1.77; *DP* = 1.823), mostrou diferenças significativas na comparação entre grupos ($t_{(341.78)}$ = -4.789, *p* = .000). O sexo feminino registou uma maior vivência de AVN do que o sexo masculino, salientando-se o maior valor de *d* de Cohen obtido (*d* de Cohen = -.51) neste nível de análise.

No que respeita à pontuação da amostra total no RFL-A (amplitude de 0-6), podem observar-se valores acima do valor médio central da escala (*M* = 4.61; *DP* = .701). Nas subescalas e na pontuação total do RFL-A não se registaram diferenças significativas entre os sexos, exceto na subescala Autoaceitação (AA), cujos valores são significativamente mais baixos no sexo feminino ($t_{(337.30)}$ = 3.440, *p* = .001) e a magnitude do efeito é moderada (*d* de Cohen = .37).

A Autoestima (AE) dos participantes (*M* = 26.06; *DP* = 6.349) encontra-se ligeiramente acima da pontuação central da escala que a avaliou (10-40 valores), sendo de destacar que os rapazes apresentaram pontuações médias moderadas (*d* de Cohen = .36) e significativamente superiores ($t_{(301.47)}$ = 3.294, *p* = .001).

A análise referente à Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) mostra um valor médio total (*M* = 54.36; *DP* = 10.303) relativamente elevado (amplitude de 15-75). Na pontuação total e nas subescalas não se encontraram diferenças significativas na comparação entre grupos, exceto uma diferença reduzida (*d* de Cohen = .23) na subescala Satisfação com as atividades sociais (SAS) onde o sexo masculino pontua significativamente mais elevado ($t_{(342)}$ = 2.047, *p* = .041).

Após aturada observação dos resultados, procurou-se explorar as relações entre todas as variáveis em estudo, exceto com a Ideação suicida, que será avaliada posteriormente, através do coeficiente de correlação de Pearson.

A análise da Tabela 16 demonstra, de forma global correlações negativas entre os fatores de risco e os fatores protetores para o comportamento suicida. A Desesperança apresenta correlações negativas, com significância estatística, com a medida total das Razões para viver (*r* = -.44, *p* = .000) e as respetivas subescalas, a Autoestima (*r* = -.35, *p* = .000) e a Satisfação com o suporte social, no total (*r* = -.50, *p* = .000) e nas subescalas.

Os AVN correlacionam de forma negativa e significativa com o total (*r* = -.37, *p* = .000) e as subescalas das Razões para viver, a Autoestima (*r* = -.33, *p* = .000) e o total (*r* = -.52, *p* = .000) e as subescalas da Satisfação com o suporte social.

De referir, ainda, que a Desesperança e os AVN se encontram correlacionados de forma positiva, moderada e muito significativa (*r* = .47, *p* = .000), indicando que tendem a evoluir no mesmo sentido.

Tabela 16

Correlações (r) entre os Fatores de Risco (AVN e Desesperança) e os Fatores de Proteção (Razões para Viver, Autoestima e Satisfação com o Suporte Social) para o Comportamento Suicida

Subescalas	D	AVN	AF (RFL-A)	MS (RFL-A)	ASP (RFL-A)	OF (RFL-A)	AA (RFL-A)	RFL-A – total	AE	SA (ESSS)	SI (ESSS)	SF (ESSS)-	SAS (ESSS)
AVN	.47***	-											
AF (RFL-A)	-.37***	-.32***	-										
MS (RFL-A)	-.23***	-.21***	.18***	-									
ASP (RFL-A)	-.17***	-.17**	.41***	.19***	-								
OF (RFL-A)	-.39***	-.21***	.33***	.29***	.37***	-							
AA (RFL-A)	-.34***	-.33***	.50***	.21***	.51***	.40***	-						
RFL-A – total	-.44***	-.37***	.71***	.62***	.68***	.67***	.74***	-					
AE	-.35***	-.33***	.21***	.16**	.20***	.17***	.26***	.29***	-				
SA (ESSS)	-.35***	-.37***	.38***	.19***	.51***	.29***	.41***	.50***	.24***	-			
SI (ESSS)	-.40***	-.43***	.24***	.09	.21***	.13**	.29***	.28***	.28***	.51***	-		
SF (ESSS)	-.42***	-.47***	.66***	.23***	.25***	.22***	.40***	.52***	.23***	.48***	.38***	-	
SAS (ESSS)	-.32***	-.30***	.18***	.09	.14	.04	.24***	.20***	.33***	.34***	.51***	.25***	-
ESSS – total	-.50***	-.52***	.49***	.20***	.40***	.25***	.46***	.52***	.35***	.83***	.80***	.70***	.65***

Nota. *N* = 344. D = Desesperança; AVN = Acontecimentos de vida negativos; RFL-A = Inventário de Razões para Viver para Adolescentes; AF (RFL-A) = Aliança familiar do RFL-A; MS (RFL-A) = Medo do suicídio do RFL-A; OF (RFL-A) = Otimismo sobre o futuro do RFL-A; ASP (RFL-A) = Aceitação e suporte pelos pares do RFL-A; AA (RFL-A) = Autoaceitação do RFL-A; RFL-A total = Valor total do Inventário de Razões para Viver para Adolescentes; AE = Autoestima; SA (ESSS) = Satisfação com as amizades da ESSS; SI (ESSS) = Satisfação com a intimidade da ESSS; SF (ESSS) = Satisfação com a família da ESSS; SAS (ESSS) = Satisfação com as atividades sociais da ESSS; ESSS – total = Valor total da Escala de Satisfação com o Suporte Social.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Do mesmo modo, as inter-relações entre as restantes variáveis, consideradas fatores protetores do comportamento suicida, apresentam um coeficiente de correlação de Pearson positivo entre si, o que também sugere uma tendência de evolução comum.

As Razões para viver (RFL-A – total) correlacionam de forma moderada com a Satisfação com o suporte social (ESSS – total) (r = .52, p = .000) e com a Autoestima (r = .29, p = .000) que, por sua vez, também se encontra associada positivamente à Satisfação com o suporte social (r = .35, p = .000).

Prosseguindo com a análise das associações entre variáveis, procurou-se, desta vez, conhecer a relação entre os fatores de risco considerados e a Ideação suicida na presente amostra.

Tabela 17
Correlação (r) entre os Fatores de Risco (Desesperança e AVN) e a Ideação Suicida na Amostra Total e em Função do Sexo

	Ideação suicida (IS)		
	Amostra total (N = 344)	Sexo masculino (n = 144)	Sexo feminino (n = 200)
Desesperança (D)	.41***	.25**	.45***
AP (IAVN)	.50***	.62***	.44***
AFA (IAVN)	.38***	.27***	.27***
SP (IAVN)	.37***	.35***	.35***
AFS (IAVN)	.19***	.38***	.11
AVN – total	.50***	.55***	.46***

Nota. r = Coeficiente de correlação de Pearson; IS = Ideação suicida; D = Desesperança; IAVN = Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos; AP (IAVN) = Abuso psicológico do IAVN; AFA (IAVN) = Ambiente familiar adverso do IAVN; SP (IAVN) = Separações e perdas do IAVN; AFS (IAVN) = Abuso físico e sexual do IAVN; AVN total = Valor total do Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos.
* p < .05; ** p < .01; *** p < .001.

Os resultados da Tabela 17 mostram, tal como seria de esperar, que a Desesperança (r = .41, p = .000) e os AVN, quer o valor total (r = .50, p = .000), quer as subescalas, se associam de forma positiva com a Ideação suicida. As correlações observadas entre as subescalas do IAVN e a Ideação suicida permitem destacar a correlação moderada (a mais elevada) com a subescala de Abuso psicológico na amostra total (r = .50, p = .000). Na análise em função do sexo, os resultados evidenciam uma tendência semelhante à

amostra total, sendo que apenas a subescala AFS deixa de ter significância estatística na relação com a Ideação suicida, no sexo feminino.

De seguida, foram exploradas as associações entre os fatores de proteção em estudo e os níveis de Ideação suicida da amostra total, em função do sexo (Tabela 18).

Tabela 18
Correlação (r) entre os Fatores de Proteção (Razões para Viver, Autoestima e Satisfação com o Suporte Social) e a Ideação Suicida na Amostra Total e em Função do Sexo

	Ideação suicida (IS)		
	Amostra total (N = 344)	Sexo masculino (n = 144)	Sexo feminino (n = 200)
AF (RFL-A)	-.29***	-.24**	-.33***
MS (RFL-A)	-.27***	-.34***	-.25***
OF (RFL-A)	-.12*	-.24**	-.06
ASP (RFL-A)	-.14**	-.18*	-.11
AA (RFL-A)	-.38***	-.39***	-.35***
RFL-A – total	-.36***	-.40***	-.34***
AE	-.41***	-.39***	-,41***
SA (ESSS)	-.39***	-.39***	-.40***
SF (ESSS)	-.41***	-.32***	-.45***
SI (ESSS)	-.42***	-.40***	-.43***
SAS (ESSS)	-.37***	-.31***	-.39***
ESSS – total	-.53***	-.49***	-.55***

Nota. r = Coeficiente de correlação de Pearson; IS = Ideação suicida; RFL-A total = Inventário de Razões para Viver para Adolescentes; AF (RFL-A) = Aliança familiar do RFL-A; MS (RFL-A) = Medo do suicídio do RFL-A; OF (RFL-A) = Otimismo sobre o futuro do RFL-A; ASP (RFL-A) = Aceitação e suporte pelos pares do RFL-A; AA (RFL-A) = Autoaceitação do RFL-A; RFL-A total = Valor total do Inventário de Razões para Viver para Adolescentes; AE = Autoestima; SA (ESSS) = Satisfação com as amizades da ESSS; SF (ESSS) = Satisfação com a família da ESSS; SI = Satisfação com a intimidade da ESSS; SAS (ESSS) = Satisfação com as atividades sociais da ESSS; ESSS – total = Valor total da Escala de Satisfação com o Suporte Social.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Os coeficientes de correlação de Pearson são negativos entre todas as variáveis consideradas protetores e a Ideação suicida. A correlação mais elevada, embora no sentido negativo, regista-se entre a Satisfação com o suporte social (ESSS-total) e a Ideação suicida (r = .53, p = .000).

Constatou-se a mesma tendência em ambos os sexos, pois todas as correlações entre os fatores protetores (totais e subescalas) e a Ideação suicida foram negativas e na sua maioria muito significativas.

O facto de se ter confirmado que a Ideação suicida se relacionada de forma positiva com os fatores considerados de risco e de forma negativa com os designados fatores protetores, vem reforçar o potencial estatuto dos mesmos. No entanto, a análise das correlações apenas nos permite concluir sobre o sentido positivo ou negativo da relação entre as variáveis. Com base nos modelos teóricos, pode assumir-se que a Ideação suicida assume o papel de variável dependente e, dessa forma, interessa explorar qual o contributo das outras variáveis para a mesma.

Para estimar a "grandeza" desse contributo diferencial dos fatores de risco e de proteção na explicação da Ideação Suicida, recorreu-se à técnica de regressão múltipla. Considerou-se, nesse âmbito, os AVN, a Desesperança, as Razões para viver, a Autoestima e a Satisfação com o suporte social como variáveis preditivas e a Ideação suicida como variável dependente.

Tabela 19
Contributo Diferencial e Conjunto dos Fatores de Risco e dos Fatores Protetores na Explicação da Ideação Suicida (N = 344)

	Ideação suicida (IS)	
Subescalas		
Fatores de Risco (FR)		R^2 = .287***
D	β = .218***	
AVN	β = .397***	
Fatores de Proteção (FP)		R^2 = .342***
RFL-A - total	β = -.083	
AE	β = -.250***	
ESSS	β = -.396***	
Contributo Conjunto FR e FP		R^2 = .392***
D	β = .066	
AVN	β = .244***	
RFL-A - total	β = -.041	
AE	β = -.202***	
ESSS-total	β = -.275***	

Nota. β = Coeficiente de regressão padronizado; R^2 = Coeficiente de determinação; FR = Fatores de risco; FP = Fatores protetores; IS = Ideação suicida; D = Desesperança; AVN = Acontecimentos de vida negativos; RFL-A total = Valor total do Inventário de Razões para Viver para Adolescentes; AE = Autoestima; ESSS – total = Valor total da Escala de Satisfação com o Suporte Social.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

A análise dos resultados da Tabela 19 mostra que os fatores de risco explicam 28.7% da variação dos níveis de Ideação suicida, sendo o contributo da Desesperança e dos AVN bastante significativos (p = .000). Os fatores protetores explicam uma percentagem superior, correspondente a 34.2%, dos níveis de Ideação suicida, no entanto o contributo das Razões para viver não é significativo. Em conjunto, os fatores de risco e de proteção, conseguem explicar 39.2% da variação dos níveis de Ideação suicida, porém a Desesperança e as Razões para viver não apresentam um contributo positivo para essa explicação.

Quando ao modelo anterior se extraiu o RFL-A-total e se acrescentaram as subescalas do RFL-A, no sentido de perceber o contributo diferencial de cada uma, constatou-se que a subescala Aliança familiar foi a única que não apresentou um contributo significativo para a explicação da variância da Ideação suicida.

Tal como podemos verificar nos resultados da Tabela 19, a vivência de AVN parece ser um dos melhores preditores da Ideação suicida. Constatou-se também que os AVN se correlacionam de forma positiva à Desesperança, que é outro dos fatores de risco, e de forma negativa com as outras variáveis consideradas como fatores protetores (Tabela 16). Não obstante a Desesperança associa-se de forma positiva com a Ideação suicida (Tabela 17) e as Razões para viver, a Autoestima e a Satisfação com o suporte social apresentam uma relação negativa com a Ideação suicida (Tabela 18).

Face ao exposto, impôs-se perceber se a relação entre os AVN, enquanto variável externa e de difícil controlo pelos indivíduos, e a Ideação suicida era direta e/ou mediada pelos outros fatores psicológicos de risco e de proteção.

Estas relações foram esquematizadas e avaliadas, conforme se encontram representadas na Figura 4. Consideraram-se os AVN como variável independente; a Ideação suicida como variável dependente e estudou-se o eventual papel mediador da Desesperança, das Razões para viver, da Autoestima e da Satisfação com o suporte social.

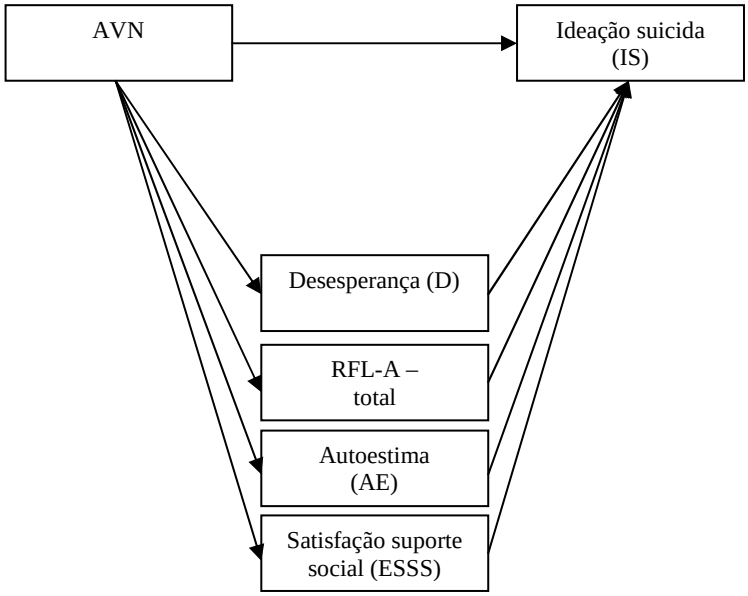


Figura 4. Esquema genérico do modelo de mediação em estudo: relação entre AVN e Ideação suicida mediada pelos fatores psicológicos (de risco e de proteção).

Para avaliar o efeito de mediação seguiram-se os procedimentos definidos por Baron e Kenny (1986): (a) demonstrar que a variável independente (AVN) está correlacionada com a variável dependente (Ideação suicida); (b) demonstrar que a variável independente está correlacionada com cada uma das variáveis mediadoras; (c) demonstrar que as variáveis mediadoras afetam os resultados da variável dependente (Ideação suicida), recorrendo, para isso, à variável independente e à variável mediadora enquanto preditoras da Ideação suicida; (d) verificar se a mediação é completa, ou seja, se o efeito da variável independente (AVN) sobre a variável dependente (Ideação suicida), quando controlado por cada uma das variáveis mediadoras, é zero.

Tabela 20
Efeito dos Acontecimentos de Vida Negativos na Ideação Suicida dos Jovens: Análise do Estatuto Mediador de Fatores de Risco (Desesperança) e de Fatores Protetores (Razões para Viver, Autoestima e Satisfação com o Suporte Social) (N = 344)

Efeito em estudo	Efeito total	Efeito direto	Efeito indireto[a]	Observações
AVN → IS (Desesperança)	.500***	.397***	.103***	Mediação parcial (20.5%)
AVN → IS (RFL-A)	.500***	.424***	.075***	Mediação parcial (15.1%)
AVN → IS (AE)	.500***	.408***	.092***	Mediação parcial (18.3%)

Efeito em estudo	Efeito total	Efeito direto	Efeito indireto[a]	Observações
AVN → IS (ESSS)	.500***	.309***	.190***	Mediação parcial (38.0%)

Nota. [a] A significância do efeito indireto foi obtida através do teste de Sobel. IS = Ideação suicida; D = Desesperança; AVN = Acontecimentos de vida negativos; RFL-A total = Valor total do Inventário de Razões para Viver para Adolescentes; AE = Autoestima; ESSS – total = Valor total da Escala de Satisfação com o Suporte Social.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

O resultado dos testes de mediação, apresentados na Tabela 20, permitem concluir que todas as variáveis de risco e de proteção avaliadas têm um efeito mediador parcial e significativo na relação entre os AVN e a Ideação suicida. No entanto, a mediação nunca é total, ou seja, em todos os modelos mediadores testados mantem-se uma relação direta entre os AVN e a Ideação suicida.

A análise dos modelos mediadores permitiu pôr em evidência que a Satisfação com o suporte social assume o maior valor de mediação (38.0%). Esta mediação resulta do facto dos AVN terem um efeito negativo moderado (β = -.521, p = .000) sobre a Satisfação com o suporte social, contribuindo, assim, indiretamente, para o aumento da Ideação suicida, uma vez que a menor perceção de suporte social parece associar-se a níveis mais elevados da mesma.

Um tipo de relação similar estabelece-se na mediação parcial da Autoestima e das Razões para viver. Isto é, os AVN têm um efeito negativo independente sobre a Autoestima (β = -.328, p = .000) e sobre as Razões para viver (β = -.367, p = .000), o que contribui, de forma indireta, para o aumento da Ideação suicida, dado que baixa Autoestima e baixa perceção de Razões para viver se associam a Ideação suicida mais elevada.

A mediação parcial no valor de 20.5% da Desesperança na relação entre os AVN e a Ideação suicida explica-se, pelo contrário, pelo efeito positivo que os AVN têm sobre a primeira (β =.471, p = .000), contribuindo, indiretamente, para níveis mais elevados da última.

Em suma, apesar do contributo dos AVN para a Ideação suicida diminuir em todos os modelos mediadores analisados, continua a ser estatisticamente diferente de zero, o que significa que, além das relações mediadas, existe em todos os casos uma relação direta com a mesma.

5.5. Discussão

A presente investigação procurou, numa primeira fase, conhecer os resultados das variáveis em estudo, perceber as inter-relações entre as variáveis e sua relação com a Ideação suicida; numa segunda fase, pretendeu-se avaliar o efeito dos fatores de risco e de proteção em estudo nos níveis de Ideação suicida e perceber se a relação entre os Acontecimentos de vida negativos e esta poderá ser mediada por fatores psicológicos.

De relembrar que, sendo a amostra constituída por adolescentes da população não-clínica, considerou-se a Ideação suicida como representante de maior vulnerabilidade para o comportamento suicida, na medida em que se assume como o marco primário inicial do processo suicida. Assim, níveis mais elevados deste fator são indicadores de uma maior probabilidade de ocorrência de um ato suicida (e.g., Ferreira & Castela, 1999; O'Carroll et al., 1998; Silverman et al., 2007b; Waldvogel et al., 2008).

A análise dos valores médios na amostra total evidenciou que os adolescentes pontuaram tendencialmente baixo nas variáveis consideradas de risco para os atos suicidas, nomeadamente na Desesperança, nos Acontecimentos de vida negativos e na própria Ideação suicida. Nas Razões para viver, na Autoestima e na Satisfação com o suporte social, considerados como fatores protetores dos atos suicidas, os valores foram acima dos pontos médios das respetivas escalas. Estes resultados sugerem que o risco de suicídio da amostra não é muito elevado, o que seria de esperar por se tratar de adolescentes da população "normal". No mesmo sentido, estudos que têm comparado o risco de suicídio entre adolescentes da população não-clínica e adolescentes da população clínica com história de atos suicidas tendem a registar, no primeiro grupo, valores de risco mais baixos e de proteção mais elevados (e.g., Gutierrez et al., 2000).

Quanto à existência de diferenças nos resultados em função do sexo, importa referir que o sexo feminino regista valores significativamente mais elevados na Ideação Suicida e nos Acontecimentos de vida negativos (fatores de risco), o que é consistente com os resultados do estudo longitudinal de Mazza e Reynolds (1998), em que se notaram diferenças similares entre os sexos, exatamente nestas duas variáveis. Outros estudos com adolescentes têm igualmente encontrado maior Ideação suicida no sexo feminino comparativamente ao sexo masculino (Marcenko et al., 1999; Sharaf, Thompson, & Walsh, 2009).

O registo de valores médios significativamente superiores de Acontecimentos de vida negativos no sexo feminino leva-nos a questionar se as raparigas terão sido, efetivamente, vítimas de mais experiências negativas ou se interpretam as experiências de uma forma diferente, mais negativista, do que os rapazes. Provavelmente, ambas as explicações correspondem a esta realidade, que tem sido assinalada também em outros estudos (Brás, 2006; Brás & Cruz, 2008b). Importa, ainda, referir que as consequências dos acontecimentos negativos na infância/adolescência tendem a persistir na idade adulta, registando-se inclusive uma relação significativa com a psicopatologia (Gibb, Chelminski, & Zimmerman, 2007; Schilling, Aseltine, & Gore, 2007) e com a Ideação Suicida (Enns et al., 2006).

O sexo feminino obtém, ainda, valores significativamente mais baixos nas medidas de Satisfação com as atividades sociais da ESSS, de Autoaceitação do RFL-A e de Autoestima, ou seja, nos fatores considerados protetores dos atos suicidas.

Relativamente aos resultados da Satisfação com o suporte social, nos valores totais da ESSS não existem diferenças significativas entre os sexos – corroborando outros estudos (e.g., Mazza & Reynolds, 1998) – no entanto, o sexo masculino está significativamente mais satisfeito com as Atividades sociais do ESSS. Este resultado poderá estar relacionado com o facto de as raparigas, por normas ou valores culturais, estarem mais condicionadas pelos cuidadores, no que respeita ao tipo e à frequência de atividades sociais em que se envolvem, do que os rapazes (Sprinthall & Collins, 2008).

Relativamente à Autoaceitação do RFL-A, Osman et al. (1998) também encontraram o mesmo tipo de diferenças entre os sexos, no entanto noutros estudos essas diferenças não foram significativas em amostras não-clínicas de adolescentes (Gutierrez et al., 2000).

Em relação à Autoestima, têm sido publicados estudos com resultados similares, em que as raparigas apresentam avaliações mais baixas em termos de autovalorização (Antunes et al., 2006; Kling, Hyde, Showers, & Buswell, 1999; P. J. Santos & Maia, 2003).

Na adolescência, as raparigas manifestam tendencialmente mais dificuldades em lidar com as múltiplas modificações típicas dessa fase de crescimento e sofrem, por conseguinte, níveis superiores de instabilidade emocional. Ao longo desse processo de construção da identidade torna-se mais difícil a construção de uma imagem de si competente, valorizada e aceite (Sprinthall & Collins, 2008), o que parece justificar os resultados obtidos ao nível da Autoestima e da Autoaceitação.

Importa aqui ressalvar que estes resultados, em conjunto, poderão significar uma maior vulnerabilidade do sexo feminino para os atos suicidas. Os dados epidemiológicos apontam, efetivamente, que, na fase da adolescência, as raparigas tendem a apresentar taxas de ideação suicida superiores aos rapazes e têm uma taxa de tentativas de suicídio duas a três vezes superior; no entanto, os rapazes têm uma taxa de suicídio cinco vezes superior à das raparigas (A. Berman et al., 2006; Capuzzi, 2009; Committee on Adolescence, 2000). A literatura sugere que o suicídio é mais frequente nos rapazes devido à utilização de métodos mais letais e ao maior abuso de álcool (D. N. Miller, 2011).

Quando se estudou a correlação entre as variáveis em estudo, os resultados das medidas de Autoestima e de Autoaceitação do RFL-A mostraram correlacionar-se de forma positiva. Considerando a Autoestima como uma medida das autoavaliações altas ou baixas em termos de competência e aceitação (Sommer & Baumeister, 2002), pode supor-se que se trata de dois conceitos muito próximos ou, inclusivamente, que a Autoaceitação está, em termos conceptuais, incluída na Autoestima.

Outro resultado interessante é que tanto a Autoestima como a Autoaceitação do RFL-A se correlacionam de forma negativa com os Acontecimentos de vida negativos na presente amostra, porém permanece controverso o sentido da causalidade desta relação. Enquanto alguns autores referem que os acontecimentos negativos conduzem a baixa Autoestima (Yang & Clum, 1996), outros alertam que a Autoestima influencia a interpretação desse tipo de acontecimentos (Sommer & Baumeister, 2002).

Os indivíduos com baixa Autoestima têm pouca confiança nas suas capacidades e competências; mantêm baixas expectativas sobre si próprios em várias áreas; não se consideram capazes de lidar com acontecimentos adversos; ficam perturbados perante uma ameaça de rejeição ou crítica; adotam uma atitude passiva perante a vida; sentem-se inferiores na comparação com os outros; atribuem tendencialmente os êxitos a fatores externos, como a sorte ou o acaso, e o fracasso a fatores internos, como as aptidões pessoais e, por fim, percecionam os acontecimentos negativos como uma consequência lógica das suas fraquezas ou falhas, sentindo-os assim como uma ameaça e não como um desafio (Sharaf et al., 2009; Sommer & Baumeister, 2002). Desta forma, entende-se que um indivíduo com estas características possa interpretar as situações com uma conotação mais negativa do que outros em iguais circunstâncias e, por outro lado, que esteja mais predisposto a viver acontecimentos negativos, dada a sua atitude passiva perante a vida.

De referir também que os indivíduos com baixa Autoestima, mesmo quando são bem-sucedidos em determinada tarefa ou quando recebem elogios, tendem a desvalorizar esses sucessos, crendo que os outros estão enganados a seu respeito ou que querem apenas ser simpáticos, privilegiando assim a sua "voz interna" de inferioridade (Sharaf et al., 2009; Sommer & Baumeister, 2002). Este enviesamento na interpretação da informação pode constituir um obstáculo às mensagens recebidas quando em ocasiões difíceis recebem apoio social, independentemente da forma clara como este lhe é prestado (Vaz Serra & Pocinho, 2001). Deste modo, compreende-se que a Autoestima e a Satisfação com o suporte social se correlacionem de forma positiva em todas as suas subescalas e que seja o sexo feminino – que regista Autoestima mais baixa – a manifestar significativamente menor Satisfação com as atividades sociais.

No prosseguimento da análise dos resultados constatou-se que a Desesperança e os Acontecimentos de vida negativos se associam de forma positiva com a Ideação suicida. Estes resultados corroboram estudos anteriores (e.g., Hirsch, Wolford, LaLonde, Brunk, & Parker Morris, 2007), sugerindo que tanto a Desesperança, como os Acontecimentos negativos poderão aumentar a vulnerabilidade para a Ideação suicida.

Por outro lado, foram encontradas associações negativas entre as Razões para viver, a Autoestima, a Satisfação com o suporte social e a Ideação suicida, o que remete para o papel protetor que desempenham sobre a Ideação suicida, tal como a literatura sugere (Ahmadi et al., 2012; Esposito et al., 2003; Gutierrez & Osman, 2008; Marcenko et al., 1999; Sharaf et al., 2009).

Perante a natureza destas associações e com base nos modelos teóricos dos atos suicidas explicitados anteriormente (Cruz, 2006; Wenzel & Beck, 2008; Yang & Clum, 1996) (cf. Modelos Explicativos**,** p. 39), procurou-se compreender o efeito destas variáveis como potenciais fatores de risco e de proteção nos níveis de Ideação suicida enquanto variável dependente. Quando se analisou o contributo diferencial da Desesperança e dos Acontecimentos negativos constatou-se que, em conjunto, explicam quase um terço (R^2 = 28.7%) dos níveis de Ideação suicida, sendo o contributo positivo e significativo.

O modelo que integrou somente os três fatores considerados protetores (Razões para viver, Autoestima e Satisfação com o suporte social) explicou uma maior variação (R^2 = 34.2%) dos níveis de Ideação suicida, apesar de este aumento se poder dever ao facto de serem três preditores e no modelo anterior serem dois. De notar que o contributo

de todos os fatores protetores foi negativo, mas o contributo das Razões para viver não foi significativo. Apesar de se perspetivar teoricamente que as Razões para viver tivessem um contributo negativo e significativo para a Ideação suicida, compreende-se que, quando em conjunto com outros fatores protetores (Autoestima e Satisfação com o suporte social) numa amostra de adolescentes perca "peso" comparativo. Parece-nos compreensível que, na adolescência, as variáveis mais centradas em torno da valorização do próprio e da valorização do suporte que os outros possam prestar, sobretudo os pares, sejam mais relevantes do que as Razões para viver, que podem ser interpretadas como algo mais subjetivo pelos adolescentes.

A última testagem, que integrou o contributo conjunto de todas as variáveis consideradas de risco e de proteção, conseguiu alcançar uma maior explicação (R^2 = 39.2%) da variação dos níveis de Ideação suicida do que os anteriores. O tipo de contributo (positivo ou negativo) em relação à Ideação suicida manteve-se igual aos modelos anteriores, mas a Desesperança e as Razões para viver não apresentaram contributos significativos.

A ausência de contributo significativo das Razões para viver é entendível à luz das explicações apresentadas no ponto anterior, sendo de acrescentar que a análise por subescalas permitiu observar que apenas a subescala Aliança familiar não teve um contributo significativo. Este dado vem reforçar a ideia de que, na adolescência, a família pode não assumir o papel principal na "proteção" contra a Ideação suicida.

A inexistência de significância estatística no contributo da Desesperança, quando em conjunto com os outros fatores, pode justificar-se também, parcialmente, por duas razões: (a) as expectativas negativas em relação ao futuro podem não ser o mais determinante da Ideação suicida nesta faixa etária, mas sim outros fatores socio-relacionais e (b) trata-se de uma amostra não-clínica, em que os níveis de Desesperança são tendencialmente mais baixos.

Tal como foi previamente deduzido, por ser tratar de uma amostra de adolescentes, a Autoestima e a Satisfação com o suporte social mantêm a sua influência na Ideação suicida, bem como os Acontecimentos negativos por serem de difícil controlo pelos indivíduos e pelo seu papel essencial no desenvolvimento desta problemática.

Dado o contributo dos Acontecimentos negativos e o seu estatuto de variável independente, pela sua própria natureza, procurou-se, por último, compreender se o papel destes sobre a Ideação suicida era, exclusivamente, direto ou mediado pelos fatores psicológicos em estudo. A análise dos modelos mediadores expressa a relevância da

Satisfação com o suporte social que alcança a maior mediação (38.0%), seguida da Desesperança (20.5%), da Autoestima (18.3%) e, por último, das Razões para viver (15.1%). Não obstante estes valores mediacionais, é de salientar que nenhum deles explica a totalidade da variância da Ideação suicida, o que significa que coexiste sempre uma relação direta entre os Acontecimentos negativos e a Ideação suicida.

Estes resultados conduzem a duas reflexões. Por um lado, o facto de a relação entre os Acontecimentos negativos e a Ideação suicida ser mediada parcialmente pelos fatores psicológicos estudados, nomeadamente a Desesperança, a Autoestima, as Razões para viver e a Satisfação com o suporte social, sugere a importância de intervir sobre os mesmos consoante o estatuto que assumiram. Isto é, para diminuir o risco de comportamento suicida, representado neste estudo pelos níveis de Ideação suicida, é essencial desenvolver ações para diminuir os níveis Desesperança (fator de risco) e, em concomitância, promover a Autoestima, as Razões para viver e a Satisfação com o suporte social (fatores de proteção). Desta forma, mesmo na presença de Acontecimentos negativos – que podem ser imprevisíveis e inevitáveis – se o contributo de outros fatores de risco for diminuto e os fatores protetores estiverem presentes, a relação direta entre os Acontecimentos negativos e a Ideação suicida torna-se mais fraca. Numa perspetiva mais ampla, pode adotar-se a ideia de que quando não se consegue eliminar os fatores de risco, promove-se os fatores protetores para reduzir o risco de suicídio (Lee, 2011).

Por outro lado, o efeito direto dos Acontecimentos negativos alerta para a importância de uma intervenção adequada sobre os indivíduos que os vivenciam, devido ao risco contínuo que representam para o desenvolvimento dos níveis de Ideação suicida. Torna-se, ainda, pertinente alertar que o efeito negativo destes Acontecimentos negativos tende a prolongar-se para além do momento em que ocorrem, ou seja, as consequências negativas são a curto e a longo-prazo. Os estudos têm mostrado que os Acontecimentos negativos – particularmente as situações de abuso psicológico na infância (McLewin & Muller, 2006) – predizem o surgimento sintomatologia psicopatológica a longo-prazo (McLewin & Muller, 2006; Schilling et al., 2007) e de Ideação suicida (e.g., Brás & Cruz, 2009; Enns et al., 2006). Os dados da presente investigação parecem, também, enaltecer o papel determinante que as situações de Abuso psicológico desempenham na Ideação suicida.

Importa, pois, integrar os fatores de risco e de proteção em abordagens preventivas e terapêuticas face ao comportamento suicida, considerando as respetivas diferenças em função do sexo dos destinatários.

Todavia, é de ressalvar que os níveis de Ideação suicida não são totalmente explicados nem pelo modelo direto, nem pelos modelos mediadores, nem pelo conjunto de todos os fatores de risco (R^2 = 39.2%), apesar da sua pertinência, o que indicia a existência de outras variáveis mediadoras ou moderadoras que contribuem para a Ideação suicida. De acordo com a literatura, pode pressupor-se que se trata de outros fatores de risco, como a baixa capacidade de resolução de problemas, o perfeccionismo, a impulsividade ou o neuroticismo, entre outros, os quais deverão ser integrados em futuros estudos (e.g., Cruz, 2006; Wenzel & Beck, 2008; Yang & Clum, 1996).

A constatação de que restam por explicar 60.8% dos níveis de Ideação suicida pode ser uma limitação apontada ao estudo, embora se reconheça a natureza multidimensional do comportamento suicida e a dificuldade em abranger todos os eventuais fatores preditores.

Pode referir-se também como limitação o facto de ser tratar de uma amostra de adolescentes não-clínica, com níveis de Ideação suicida relativamente baixos, o que pode condicionar o conhecimento aprofundado do seu contributo diferencial para os atos suicidas. Além disso, a referência à Ideação suicida como uma medida do risco primário e mais próximo dos atos suicidas é baseada em argumentos teóricos, mas não se pode garantir com certeza absoluta que os indivíduos com maiores níveis de Ideação suicida são aqueles que vão cometer atos suicidas. Do mesmo modo, poderá ser pouco seguro afirmar que uma pessoa que, neste momento, tem baixo nível de Ideação suicida não venha, futuramente, a cometer suicido.

O contexto de aplicação dos questionários, em sala-de-aula e em grupo-turma é outro aspeto que, eventualmente, pode ter inibido os indivíduos a responder de forma totalmente sincera, pelo carácter pessoal e íntimo de algumas questões. Todavia tentou-se contornar tal facto com a introdução dos questionários, pelo próprio respondente, numa urna improvisada para o efeito.

O estudo permitiu, apesar destas limitações, caracterizar os níveis de Ideação suicida na amostra de adolescentes, bem como o grau de prevalência das outras variáveis; permitiu, também, validar o estatuto de fatores de risco dos Acontecimentos de vida negativos e da Desesperança e de fatores de proteção das Razões para viver, da Autoestima e da Satisfação com o suporte social para a Ideação suicida; permitiu ainda perceber que este conjunto de fatores explica uma parte importante (cerca de 40%) da variação dos níveis de Ideação suicida e, por último, destacou o papel que os Acontecimentos de vida negativos assumem enquanto variável independente e direta na

Ideação suicida, mas que esta relação também pode ser mediada por outros fatores psicológicos.

Assim sendo, a investigação proporcionou um melhor esclarecimento dos papéis dos diferentes fatores que explicam a Ideação suicida, sugerindo a sua inserção em programas completos de prevenção dos atos suicidas.

CAPÍTULO 6. ESTUDO 3. ESTUDO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO INVENTÁRIO DE CRENÇAS SOBRE ATOS SUICIDAS (ICAS)

"Tackling the stigma of suicide is a complex task"
*(*Jenkins & Singh, 2000, p. 604).

6.1. Introdução[27]

As falsas-crenças sobre os atos suicidas têm vindo a ser mais divulgadas nas últimas duas décadas, especialmente devido à sua associação com o estigma e à sua influência nas estratégias de prevenção.

Uma revisão da literatura sobre a conceção da conduta humana, percorrendo os mais diferentes espaços, tempos, contextos, ideais políticos ou religiosos que marcaram a história da Humanidade, conduz-nos à constatação de que o mais estigmatizado dos comportamentos humanos é o suicídio. Condenado pelas religiões mais influentes do mundo e conotado como um ato reprovável por imemoráveis figuras históricas[28], o suicídio tem sido alvo de um estigma que ainda hoje permanece (T. Joiner, 2010).

Nas últimas décadas têm sido debatidas as consequências do estigma em torno dos atos suicidas, em múltiplas áreas. Como potenciais consequências negativas do estigma podem referir-se: (a) inibição do pedido de ajuda, por parte do potencial suicida; (b) desvalorização do sofrimento ou da seriedade da intenção suicida, por parte dos sistemas de saúde; (c) menor predisposição para sinalizar e intervir ativamente perante casos de risco, por parte da comunidade (Jenkins & Singh, 2000); (d) um processo de luto diferente e mais complicado (culpa, vergonha, raiva, rejeição, procura ativa do "porquê", ansiedade) para os enlutados, familiares, amigos, vizinhos e terapeutas de alguém que

[27] Uma versão parcial deste documento será publicada em 2014 com a seguinte referência: Brás, M., & Cruz, J. P. (*in press*). Mitos e falsas-crenças sobre os atos suicidas. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Eds). *Suicídio e comportamentos autolesivos*. Lisboa: LIDEL.

[28] O suicídio tem sido condenado por influentes religiões – como o Cristianismo (na Bíblia, o 5.º Mandamento "Não matarás" reporta-se também ao próprio) ou o Islamismo (no Alcorão 4:29 "Não se destrua a si próprio" – e por inúmeras figuras históricas – como Dante (na obra *Inferno* atribuiu o sétimo círculo do inferno aos suicidas) ou Shakespeare (na obra *Hamlet* relata a recusa das cerimónias fúnebres à personagem Ophelia que se suicidou) (T. Joiner, 2010).

morreu por suicídio, comparativamente a mortes por outras causas (Dunne & Dunne-Maxim, 2009); (e) menor recetividade de potenciais indivíduos/grupos de risco para integrarem programas de prevenção do suicídio, comprometendo a eficácia dos mesmos (King, 1999) e (f) menor sensibilidade dos governantes para esta problemática, resultando na subavaliação da sua dimensão real e desinvestimento nas estratégias de prevenção (Jenkins & Singh, 2000). A própria OMS reiterou, recentemente, que "*the prevention of suicide has not been adequately addressed due to basically a lack of awareness of suicide as a major problem and the* taboo *in many societies to discuss openly about it"* (OMS, 2013b, p. 2).

De notar que o estigma assume também uma consequência positiva, na medida em que desempenha um papel protetor em relação aos atos suicidas. Para alguns indivíduos, o estigma será um impedimento ou desincentivo para a concretização do suicídio, pela sua conotação social negativa (e.g., restrições nas cerimónias fúnebres; sentimento de culpa e discriminação de que os familiares podem ser vítimas) (Jenkins & Singh, 2000; T. Joiner, 2010).

Subjacente a esta análise das consequências, encontra-se o estudo das causas do estigma e das potenciais estratégias para lidar com o mesmo, no sentido de prevenir o suicídio.

No que respeita às causas, o estigma sobre o suicídio resulta do medo e da ignorância, que se prende, substancialmente, com a perpetuação social de certas falsas-crenças/mitos sobre o suicídio (T. Joiner, 2010). As falsas-crenças/mitos sobre o suicídio consistem em "critérios culturalmente aceites e enraizados na população que não refletem a veracidade científica, pois tratam de juízos de valor erróneos em relação ao suicídio, aos suicidas e àqueles que tentam o suicídio" (Barrero, 2005, p. 386).

Neste trabalho decidimos utilizar a designação falsas-crenças[29], por contraponto ao termo mitos, para descrever os falsos-conceitos/falsas-ideias que se foram estabelecendo acerca do fenómeno suicida e que, devido à sua partilha generalizada, se converteram em

[29] Importa aqui ressalvar que a literatura científica em Suicidologia, assim como noutras áreas das Ciências Humunas e Sociais, tende a utilizar os termos "mito" e "crença" como sinónimos. Recentemente, temos assistido à crescente difusão do conceito de mitos acerca do suicídio, para designar as falsas-crenças assumidas como verdadeiras pela generalidade das populações.

verdadeiros inibidores duma compreensão correta e cientificamente fundamentada deste fenómeno social.

Esta decisão radica na nossa convicção de que mitos e crenças são conceitos não totalmente sobreponíveis e que as falsas-crenças sobre o fenómeno suicida não podem ser completamente equiparadas a mitos. Com efeito, se consultarmos a definição de mitos no *Dicionário da Língua Portuguesa* (2011)[30] ou no livro *Mito e Realidade*[31], redigido por Mirecea Eliade, um dos maiores especialistas em mitos (Eliade, 2000), percebemos que o mito é uma narrativa destinada a explicar o inexplicável, a canalizar ou orientar as energias dum determinado grupo ou sociedade e a criar fontes de inspiração para seres humanos inseguros num mundo cujas leis mal compreendiam.

Já as crenças são convicções, aparentemente racionais e fundadas sobre a experiência, que se foram construindo ao longo do tempo até passarem a ser partilhadas pela grande maioria dos membros duma determinada cultura. É graças às crenças (convicções) que aprendemos ou desenvolvemos por nós próprios, que podemos aumentar a nossa sensação de controlo sobre o futuro, antecipando os acontecimentos e agindo sobre eles (G. A. Kelly, 1963). Posto isto, como já foi referido, utilizar-se-á neste trabalho a designação de falsas-crenças.

Relativamente às estratégias para lidar com o estigma é necessário, por um lado, reforçar o medo da morte, do sofrimento do próprio e dos outros e de todas as repercussões negativas destes atos, uma vez que tal desempenha um efeito inibidor positivo. Por outro lado, é necessário diminuir a ignorância sobre o fenómeno suicídio – abolindo determinadas falsas-crenças e aumentando o conhecimento factual – mas sem o considerar como um ato aceitável para lidar com os problemas (Jenkins & Singh, 2000; T.

[30] Narrativa fabulosa de origem popular; relato das proezas de deuses ou de heróis, suscetível de dar uma explicação do real satisfatória para um espírito primitivo; elaboração do espírito essencialmente ou puramente imaginativa; alegoria; representação falsa, por simplista, mas geralmente admitida por todos os membros de um grupo; representação de uma coisa inteiramente irreal; exposição de uma ideia ou de uma doutrina sob forma voluntariamente poética e quase religiosa, lenda (Do grego *mŷthos*, «palavra expressa» pelo lat. *mythu-*, «fábula; mito») (Dicionário da Língua Portuguesa, 2011, p. 1104) .

[31] "A definição que a mim, pessoalmente, me parece a menos imperfeita, por ser a mais ampla, é a seguinte: o mito conta uma história sagrada; ele relata um acontecimento ocorrido no tempo primordial, o tempo fabuloso do "princípio". Em outros termos, o mito narra como, graças às façanhas dos Entes Sobrenaturais, uma realidade passou a existir, seja uma realidade total, o Cosmo, ou apenas um fragmento: uma ilha, uma espécie vegetal, um comportamento humano, uma instituição. É sempre, portanto, a narrativa de uma "criação": ele relata de que modo algo foi produzido e começou a ser. O mito fala apenas do que realmente ocorreu, do que se manifestou plenamente" (Eliade, 2000, p. 9).

Joiner, 2010). Com efeito, a desmistificação de falsas-crenças em relação ao suicídio traduz-se numa estratégia fundamental de prevenção (Capuzzi, 2009; OMS, 2006b).

Existem muitas falsas-crenças sobre o suicídio, tais como as que apresentamos seguidamente:

(a) O suicídio só ocorre em famílias socioeconomicamente carenciadas; na verdade, o suicídio é cometido por pessoas de todas as classes sociais (Barrero, 2005; Capuzzi, 2009; OMS, 2006b);

(b) Como as mulheres realizam menos suicídios do que os homens, as suas tentativas de suicídio não devem ser consideradas seriamente. Independentemente da fatalidade, todos os atos suicidas devem ser valorizados e receber tratamento especializado (King, 1999);

(c) As crianças não morrem por suicídio. Os registos de óbitos infantis mostram que é um fenómeno raro, mas que pode acontecer sobretudo em crianças negligenciadas e vítimas de abusos (DGS, 2013; T. Joiner, 2010; OMS, 2006b);

(d) O suicídio é causado pelo stresse familiar e social. A investigação científica tem vindo a mostrar que o suicídio é um fenómeno multideterminado, resultado da interação entre vários fatores de risco (Moskos, Achilles, & Gray, 2004);

(e) Os indivíduos suicidas são perigosos, pois se têm coragem para se matar, também podem matar os outros. Em geral, são indivíduos com perfis diferentes, o homicida é tendencialmente hétero-agressivo e o suicida é autoagressivo (Barrero, 2005);

(f) O pico de suicídios é no outono e início do inverno, no hemisfério norte. Os registos mostram, porém, que é na primavera e no início do verão que ocorrem mais casos de suicídios (Voracek, Tran, & Sonneck, 2007);

(g) A maioria dos suicidas deixa uma carta. A estimativa é de que apenas 25% tenha esse comportamento (T. Joiner, 2010);

(h) O suicídio é um ato de cobardia. O suicídio é, sobretudo, um ato que resulta de um grande sofrimento psicológico (Barrero, 2005; Saraiva, 2006a);

(i) Os indivíduos que realizam tentativas de suicídio e suicídio têm o mesmo perfil. Existem várias diferenças, das quais sublinhamos as diferenças de género, pois as mulheres têm uma maior taxa de tentativas de suicídio e os homens de suicídio, o que implica intervenções clínicas diferenciadas (Moskos et al., 2004).

Para além das falsas-crenças referidas, existem outras que se destacam por poderem desempenhar um papel importante na predisposição para atos suicidas, no

reconhecimento de indivíduos em risco, na capacidade de procurar autoajuda ou de prestar ajuda a terceiros antes e/ou após um ato suicida – ou seja, na prevenção, intervenção e pós-venção.

Neste sentido, propomo-nos, de seguida, a inventariar essas principais falsas-crenças, contrastá-las com a informação científica e apresentar recomendações para a prevenção do suicídio.

De uma forma geral, as principais falsas-crenças podem ser integradas em quatro dimensões globais: (1) Inexistência de sinais de alerta, (2) Impossibilidade de prevenção, (3) Evitamento da temática suicida e (4) Causalidade unimodal dos atos suicidas.

A primeira dimensão *Inexistência de sinais de alerta* inclui a crença de que "os atos suicidas acontecem sem avisos ou sinais prévios".

Existe a crença de que o suicídio ocorre inexplicável e imprevisivelmente, i.e., sem sinais de alerta prévios que possam ser reconhecidos pelos outros. Esta falsa-crença é particularmente problemática, uma vez que está fortemente propagada nos mais diversos contextos, dificultando a sinalização de pessoas em risco (T. Joiner, 2010).

No entanto, vários autores têm-na refutado, uma vez que a maioria dos sujeitos suicidas dá pistas mais ou menos claras sobre a sua intenção de morrer (Barrero, 2005; King, 1999; Nelson & Galas, 2006; OMS, 2006b). King (1999) concluiu, com base numa revisão da literatura, que 9 em cada 10 adolescentes suicidas deram sinais de alerta prévios.

Os sinais de alerta podem assumir diversas formas, tanto verbais como não-verbais. Os sinais verbais podem ser transmitidos de uma forma direta, através de ameaças suicidas (e.g., "estou a pensar matar-me"), ou de uma forma indireta, por meio de expressões de desesperança ou de problemas considerados irresolúveis e intoleráveis (e.g., "a minha vida não tem sentido", "sou um fardo para as pessoas") (Capuzzi, 2009).

No que concerne aos sinais não-verbais, podem referir-se determinados comportamentos e atitudes pouco habituais: (a) mudanças nos padrões de relacionamento social; (b) diminuição repentina do rendimento escolar ou profissional; (c) preparação súbita de todos os assuntos pessoais (e.g., património pessoal, testamento); (d) consumos excessivos de álcool; (e) diminuição do interesse por atividades antes consideradas gratificantes ou (f) envolvimento em comportamentos com elevado grau de risco de vida (A. Berman et al., 2006; Capuzzi, 2009; Van Orden et al., 2006).

É verdade que existe um número elevado de falsos-positivos – pessoas que transmitem a ideia de que se podem matar, mas que não têm intenção de o fazer – da mesma forma que uma dor intensa no peito nem sempre significa um ataque cardíaco fatal. Todavia, em ambos os casos, a situação deve ser avaliada por uma equipa de especialistas, de forma a eliminar os potenciais riscos (T. Joiner, 2010).

Em suma, tanto os sinais verbais como os sinais não-verbais, em conjunto, devem ser considerados e alvo de uma intervenção adequada (Barrero, 2005; A. Berman et al., 2006; Capuzzi, 2009; T. Joiner, 2010; King, 1999).

A segunda dimensão *Impossibilidade de prevenção* representa a crença de que "é impossível prevenir o suicídio", ainda que se identifiquem sinais de alerta. Esta crença pode ter repercussões negativas a diversos níveis: (a) a nível individual, pode inibir o pedido de ajuda (M. Miller, Azrael, & Hemenway, 2006); (b) a nível comunitário, pode contribuir para uma atitude passiva, quer na prestação de ajuda familiar e social (Schurtz, Cerel, & Rodgers, 2010), quer na pressão sobre os meios político-legais para implementarem medidas preventivas (M. Miller et al., 2006) e (c) a nível da saúde, pode comprometer o encaminhamento para especialistas de saúde mental (Jenkins & Singh, 2000; T. Joiner, 2010).

Esta crença pode apresentar duas variações, consoante o suporte da sua justificação: na disponibilidade do método ("quem já pensou cometer suicídio vai fazê-lo de qualquer forma") ou no momento temporal da ocorrência do suicídio ("se uma pessoa tem pensamentos suicidas, tê-los-á para sempre"), como se explica de seguida.

Comecemos por analisar a primeira crença desta segunda dimensão: "é impossível prevenir o suicídio: quem já pensou cometer suicídio vai fazê-lo de qualquer forma", mesmo que o meio previamente selecionado não esteja disponível. Num estudo desenvolvido nos EUA, por exemplo, 40% dos sujeitos inquiridos (N = 2770) consideraram que os suicídios na *Golden Gate Bridge* teriam ocorrido por outros métodos se a ponte tivesse barreiras de proteção (M. Miller et al., 2006). Os resultados deste estudo e de outros semelhantes sugerem que as pessoas são céticas em relação às medidas de prevenção e estão convictas de que o suicídio, uma vez decidido, não pode ser evitado" (A. Berman et al., 2006; Hawton, 2010; M. Miller et al., 2006).

No entanto, os estudos têm mostrado que a restrição ao acesso a meios letais é uma das estratégias mais eficazes na prevenção do suicídio, sobretudo durante a fase de crise suicida e em contextos potencialmente problemáticos (e.g., hospitais psiquiátricos,

residências, prisões). A indisponibilidade de métodos letais pode levar à opção por métodos menos letais ou ao abandono do plano suicida, aumentando a probabilidade de sobrevida (A. Berman et al., 2006; Jenkins & Singh, 2000). Salienta-se, assim, a necessidade de sensibilização para o papel da restrição ao acesso a meios letais (e.g., armas, fármacos, pontes) na prevenção do suicídio (A. Berman et al., 2006; Jenkins & Singh, 2000; T. Joiner, 2010; M. Miller et al., 2006).

Em relação à segunda crença, de que "é impossível prevenir o suicídio: se uma pessoa tem pensamentos suicidas, tê-los-á para sempre", ou seja, quando alguém tem pensamentos suicidas já nada se pode fazer para os "travar" e que, mais tarde ou mais cedo, cometerá o ato, prende-se com a ideia da impossibilidade de inverter o processo suicida. No entanto, os conhecimentos científicos na área da Suicidologia têm vindo a contrariar esta ideia, de acordo com as seguintes explicações.

Embora possam existir variações individuais, o processo suicida evolui tipicamente ao longo de um *continuum*, que vai da ideação suicida ocasional até ao suicídio consumado, passando, eventualmente, pela realização de atos suicidas não-fatais (e.g., Portzky & van Heeringen, 2006). Tratando-se de um processo evolutivo, marcado pela ambivalência entre o desejo de viver e morrer, é possível interrompê-lo e remitir a ideação suicida (T. Joiner, 2010; Shneidman, 1993; Simon, 2006).

Além disso, a fase de crise suicida – caracterizada pela intenção persistente e intensa de morte e que corresponde ao risco máximo de suicídio – tem uma duração breve, que pode variar entre alguns minutos, horas ou, raramente, dias (Hawton, 2010). Esta fase de crise pode ser resolvida de forma ainda mais célere se houver a ativação dos serviços de intervenção em crise, a monitorização do grau de risco suicida por profissionais de saúde mental (Capuzzi, 2009) e a restrição ao acesso a métodos letais (A. Berman et al., 2006; Hawton, 2010).

A recorrência de outra crise será tanto menos provável quanto mais tempo decorrer e quanto maior for o desenvolvimento de competências para identificar agentes stressores e para resolver problemas no período pós-crise (Capuzzi, 2009). O tratamento clínico pode, inclusivamente, levar à remissão completa da ideação suicida (Nelson & Galas, 2006).

O risco de outra crise no futuro dependerá largamente da história de atos suicidas. Isto é, se ocorreu uma crise suicida, mas sem passagem ao ato, o risco de suicídio diminui. Se a crise suicida culminou numa tentativa de suicídio, o risco futuro de suicídio aumenta (Capuzzi, 2009).

Este dado contrasta com outra falsa-crença: "o risco de suicídio diminui após a concretização de uma tentativa de suicídio" (OMS, 2006b; Saraiva, 2006a). Uma vez que no caso de crise suicida é mais frequente o indivíduo estar próximo dos amigos ou família e no caso de tentativa de suicídio há, normalmente, recurso a profissionais de saúde (King, 1999), torna-se pertinente que todos os potenciais alvos de prestação de ajuda – formais e informais – desenvolvam competências para intervir em situações de risco. A prestação de ajuda por parte de alguém que reconheça o risco de suicídio e que considere a prevenção exequível pode, assim, ser vital (T. Joiner, 2010).

Em síntese, a conceção dos atos suicidas como um processo reversível, a ambivalência morte-vida, a curta duração das crises suicidas e a menor reincidência dessas crises após tratamento clínico (sobretudo se a ideação suicida não se consumar em atos), possibilita uma intervenção prévia à ocorrência do suicídio de maior eficácia (Portzky & van Heeringen, 2006).

A terceira dimensão *Evitamento da temática suicida* também inclui dois tipos de crenças: (a) "é errado falar sobre suicídio com quem nunca pensou nisso, pois pode levar à sua concretização" e (b) "é errado falar sobre suicídio com pessoas que manifestam desejo ou intenção de o realizar".

Em relação à crença de que "é errado falar sobre suicídio com quem nunca pensou nisso, pois pode levar à sua concretização", poder-se-á referir que alguns pais, professores, educadores e/ou profissionais de saúde receiam usar a palavra suicídio, sobretudo com os jovens, acreditando que tal despertará o interesse pelo mesmo e levá-los-á a querer experimentar (Capuzzi, 2009; Nelson & Galas, 2006). Mesmo quando os jovens tomam conhecimento do suicídio de pessoas próximas, de colegas de escola ou de outros casos noticiados na comunicação social (e.g., suicídio de celebridades), os adultos evitam falar nesse assunto para que os jovens o esqueçam (T. Joiner, 2010).

O principal motivo alegado para não abordar a temática suicida assenta no possível "efeito de imitação", que se processa através do mecanismo de aprendizagem por imitação (T. Joiner, 2010). No entanto, o efeito de contágio parece ser mais prevalente nos casos em que há uma identificação com o indivíduo que realiza o suicídio, como uma figura mediática (e.g., uma atriz) ou uma pessoa próxima (T. Joiner, 2010). Ou seja, não se aplica a todos os contextos, nem é legítimo afirmar que um ato suicida ocorreu por influência direta e exclusiva de um filme, um livro, uma música ou uma conversa (Capuzzi, 2009; King, 1999).

Os resultados dos programas de prevenção do suicídio, inclusive daqueles que avaliam dados epidemiológicos a longo-prazo, refutam fortemente esta falsa-crença (Kalafat, 2003). A ideia de que na escola, por exemplo, não se deve falar sobre o suicídio com os jovens, porque isso lhes dará ideias e terão contacto com métodos suicidas, deve por isso ser reconsiderada (Pompili et al., 2011), pois é muito pouco provável desenvolver ideias suicidas em alguém que nunca as teve (Capuzzi, 2009).

A investigação empírica não tem encontrado efeitos secundários advenientes da abordagem do tema suicídio. Num estudo, em que um grupo de estudantes contactou com uma lista de sinais de risco para o suicídio (grupo experimental) e um outro grupo com sinais de risco para outro problema de saúde (grupo de controlo) não se registaram diferenças significativas em termos de humor entre os dois grupos (Van Orden et al., 2006).

Num outro estudo, foi avaliado o impacto de questionar os jovens sobre atos suicidas. Também aqui não se registaram diferenças entre o grupo que respondeu a questões sobre o suicídio e o grupo que não respondeu – nem imediatamente após, nem no período de seguimento – ao nível de sintomatologia depressiva, distresse geral e ideação suicida (M. S. Gould et al., 2005). A abordagem da temática suicida não parece, portanto, ser um fator de risco.

No que respeita à segunda crença da terceira dimensão, "é errado falar sobre suicídio com pessoas que manifestam desejo ou intenção de o realizar", pode argumentar-se que falar sobre suicídio com um indivíduo que tem essas ideias, pode criar uma oportunidade para que expresse verbalmente os seus pensamentos e sentimentos de mal-estar. Abordar o problema, de forma empática e autêntica, pode contribuir para criar canais de comunicação e facilitar o pedido de ajuda, tornando assim o indivíduo menos suscetível ao suicídio (Barrero, 2005; Capuzzi, 2009; Nelson & Galas, 2006; OMS, 2006b; Sampaio, 2000; Saraiva, 2006a). Pelo contrário, se o indivíduo tem ideias suicidas e sente que se trata de um tema que é tabu ou que causa desconforto a outros, tende a isolar-se mais ainda nos seus sentimentos de desespero, o que facilita a eclosão do ato (Capuzzi, 2009; OMS, 2006b).

A importância de abordar a temática suicida junto de indivíduos em risco tem sido documentada empiricamente. Gould et al. (2005) verificaram que um grupo de alto-

risco[32], que preencheu uma componente do questionário sobre pensamentos/atos suicidas diminuiu os níveis de depressão e ideação suicida, ao contrário do grupo de alto-risco que não preencheu essa parte do questionário.

Na verdade, a crise suicida costuma provocar uma constrição cognitiva, que facilita a perceção de que o suicídio é a "única via" para lidar com os atuais problemas. Falar do tema facilita o desbloqueamento de novas formas de percecionar os problemas e ajuda o indivíduo a descentrar-se da sua visão "em túnel" e simplista.

Importa, no entanto, ressalvar que a temática do suicídio, sobretudo em indivíduos mais vulneráveis, deve ser abordada de forma cuidada (M. S. Gould et al., 2005).

Por último, apresenta-se a quarta dimensão das falsas-crenças *Causalidade unimodal* dos atos suicidas. Os resultados da investigação científica sustentam, há largos anos, a perceção do suicídio como um fenómeno multidimensional (e.g., Shneidman, 1993). No entanto, a ideia de que existem explicações simples e únicas para este comportamento continua ativa na comunidade e em alguns setores profissionais. Esta dimensão engloba vários tipos de falsas-crenças: (a) "as ameaças e/os atos suicidas têm como objetivo chamar à atenção", (b) "quem pensa suicidar-se tem sempre a intenção de morrer e não aceita ajuda", (c) "os atos suicidas têm origem hereditária" e (d) "os atos suicidas são sempre o resultado de uma doença mental".

Comecemos por analisar a falsa-crença de que "as ameaças e/os atos suicidas têm como objetivo chamar à atenção". Apesar de as ameaças verbais representarem um sinal de alerta, existe a falsa-crença de que quem expressa verbalmente o desejo de morrer tem um menor risco de vir a tentar o suicídio (Barrero, 2005; T. Joiner, 2010; OMS, 2006b), vulgarmente referido como "quem ameaça nunca o faz". Muitas pessoas interpretam essa ameaça como uma forma de chamar a atenção ou chantagem para obterem algo (Barrero, 2005; Capuzzi, 2009; Nelson & Galas, 2006; Saraiva, 2006a). Esta crença pode conduzir a atitudes de desvalorização e a interpretações distorcidas da crise suicida, dificultando formas adequadas e eficazes de prevenção (Barrero, 2005; T. Joiner, 2010).

É verdade que uma ameaça pode ter objetivos secundários, mas também pode traduzir uma intenção séria de suicídio. Neste caso, é importante colocar de parte aquilo

[32] O grupo de alto-risco foi caracterizado por evidenciar sintomatologia depressiva e abuso de substâncias e/ou já ter realizado uma tentativa de suicídio (M. S. Gould et al., 2005).

que se considera serem os motivos da ameaça e dirigir a atenção para aquilo que o indivíduo efetivamente diz e sente. A melhor atitude é ouvir e considerar seriamente os seus planos, como se se tratasse de um "grito por ajuda", por parte de alguém verdadeiramente perturbado (Capuzzi, 2009; Nelson & Galas, 2006). Estes indivíduos devem ser encaminhados e ser alvo de intervenção por profissionais de saúde, de forma a evitar atos suicidas (A. Berman et al., 2006; Capuzzi, 2009; T. Joiner, 2010; King, 1999; Nelson & Galas, 2006).

A segunda falsa-crença assume que "quem pensa suicidar-se tem sempre a intenção de morrer e não aceita ajuda". No entanto, o processo suicida é caracterizado pela ambivalência entre a morte e a vida até ao último momento (Barrero, 2005; T. Joiner, 2010). O estado protótipo do indivíduo suicida é de alguém que, ao mesmo tempo, corta os pulsos e grita por ajuda, sendo genuíno em ambos os atos (Shneidman, 1993).

A maioria dos indivíduos não pretende terminar com a vida, mas com uma dor psicológica insuportável provocada pela frustração de necessidades consideradas vitais (Shneidman, 1993); neste contexto, a melhor opção que encontram é cometer suicídio (Capuzzi, 2009; Shneidman, 1993).

Enquanto as forças da morte e da vida se debatem na mente do indivíduo, este tende a partilhar o que está a viver, a sentir e, por vezes, o que tenciona fazer; esta partilha deve ser entendida como um pedido de ajuda ou como um teste às suas redes de suporte (T. Joiner, 2010; OMS, 2006b). Perante um indivíduo em risco, a atitude de um amigo preocupado e consciente deste problema pode fazer a diferença entre a vida e a morte. Para tal terá de ser se este for capaz de ouvir; deixar expressar os sentimentos, os medos, as intenções; oferecer ajuda; não julgar e encaminhar para técnicos de saúde mental (Nelson & Galas, 2006). Os técnicos de saúde, por sua vez, deverão ter competências de intervenção em crise suicida (OMS, 2006b), já que se trata de uma situação com múltiplas facetas, que requer perícia, sensibilidade e treino.

A terceira falsa-crença refere que "os atos suicidas têm sempre origem hereditária". A influência da genética sobre o suicídio tem sido um ponto de debate entre os investigadores, procedente da sua repetição entre membros da mesma família. Alguns autores, por um lado, referem que esta realidade se prende com o facto de haver similaridades no clima emocional familiar, nos modelos de *coping* aprendidos para lidar com os problemas, nas competências para a gestão do stresse e nos baixos níveis de autoestima (Capuzzi, 2009; T. Joiner, 2010; Nelson & Galas, 2006). Entendem também que a genética apenas pode ter um impacto modesto no suicídio e que o mais importante é

monitorizar as crianças e jovens com vulnerabilidades familiares específicas para perturbações mentais de risco. O contributo da genética ocupa um segundo plano, quando comparado com outros fatores de risco.

Uma linha de investigação mais recente, por outro lado, tem procurado demonstrar o papel de alguns genes nos suicídios. As alterações do sistema neurobiológico, nomeadamente do sistema neurotransmissor serotoninérgico e noradrenérgico e do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, têm sido associadas ao aumento dos atos suicidas. Essas alterações podem dever-se a fatores genéticos e/ou ambientais e persistem para toda a vida. Assim, atualmente está em estudo o contributo dos genes, mecanismos epigenéticos bem como contextos ambientais que podem explicar o ato suicida, de forma a poderem ser considerados nas estratégias de prevenção (Mann & Currier, 2011b). Num estudo desenvolvido em Portugal, foi encontrada uma associação significativa entre o SNP267C/T do gene 5-HTR6 e o suicídio no sexo masculino, o que sugere que polimorfismos neste gene poderão aumentar o risco genético subjacente a disfunções neurológicas relacionadas, contribuindo para uma maior predisposição para o suicídio (Azenha et al., 2009).

Os estudos com gémeos monozigóticos também encontram uma maior probabilidade de ocorrer um ato suicida num gémeo se o outro gémeo o realizar, sendo esta probabilidade maior do que nos gémeos dizigóticos; no entanto, falta ainda analisar gémeos monozigóticos separados à nascença (King, 1999; Moskos et al., 2004).

A neurobiologia do suicídio parece, assim, ser uma área promissora em desenvolvimento. Contudo, a sua influência poderá ser residual – isto é, influente, mas não determinante – se não existirem os outros fatores de risco e/ou se existirem fatores protetores.

A última falsa-crença da quarta dimensão, defende que “os atos suicidas são sempre o resultado de uma doença mental”. Como o suicídio não é um comportamento adaptativo, muitas pessoas caracterizam os indivíduos que o cometem como “loucos” e associam-no sempre a doenças psiquiátricas (Nelson & Galas, 2006). A existência de doença mental, como condição prévia obrigatória ao ato suicida, tem sido uma das falsas-crenças perpetuadas na sociedade.

O ato suicida não está, obrigatoriamente, associado ao diagnóstico de uma doença mental. Muitas vezes surge devido a problemas relacionais, sociais, acontecimentos de vida negativos, dificuldades em lidar com determinadas circunstâncias de vida ou outros fatores de risco (Capuzzi, 2009; Nelson & Galas, 2006; OMS, 2006b).

No entanto, na maioria dos casos de atos suicidas existe uma doença mental, sendo as mais comuns as Perturbação do Humor (e.g., Perturbação Depressiva e Perturbação Bipolar), a Perturbação de Abuso de Substâncias e a Esquizofrenia (Capuzzi, 2009; Jenkins & Singh, 2000; OMS, 2006b).

A prevalência de doença mental em indivíduos suicidas é elevada, mas os valores não são consensuais, oscilando, por exemplo, entre 68% (Owens, Booth, Briscoe, Lawrence, & Lloyd, 2003) e 90% (Mishara & Chagnon, 2011). Apesar desta associação, a maior parte das pessoas com doença mental não comete suicídio, o que significa que "*a mental disorder is not sufficient cause of suicide*" (Mishara & Chagnon, 2011, p. 610).

A própria doença mental, como a Perturbação Depressiva, pode também ser uma reação às circunstâncias de vida e, por conseguinte, surgir frequentemente associada ao suicídio (Capuzzi, 2009).

Face ao exposto, é necessário questionar a explicação unimodal de que a doença mental é a única causa dos atos suicidas e que é suficiente tratar as doenças mentais para erradicar o suicídio. Na verdade, existem vários fatores de risco associados ao suicídio, além da doença mental, sendo por isso necessário integrá-los nas estratégias de prevenção (Mishara & Chagnon, 2011).

Uma vez que, como ficou evidenciado, as falsas-crenças sobre o comportamento suicida podem ter um papel negativo sobre as estratégias de prevenção, importa, numa primeira fase, avaliar a sua prevalência na população, sobretudo em grupos de risco e respetivos pares, de modo a que, numa segunda fase, seja possível intervir adequadamente sobre os mesmos. Para isso, são necessários instrumentos de avaliação que identifiquem o grau de concordância com as falsas-crenças capazes de monitorizar uma mudança nos mesmos.

A revisão da literatura permite identificar alguns instrumentos que avaliam crenças sobre o comportamento suicida, tais como: *Suicide Opinion Questionnaire* (SOQ) (Domino, Gibson, Poling, & Westlake, 1980); *Knowledge Questionnaire* (A. A. Leenaars et al., 1988); *Cuestionario de Creencias Actitudinales sobre el Comportamiento Suicida* (CCCS) (Hernández, Navarro-Ruiz, Hernandez, & Gonzalez, 2005) e *Suicide Beliefs Questionnaire* (SBQ) (Rudd, Mandrusiak, et al., 2006). Existem também estudos que avaliam a existência de falsas-crenças apenas através de itens desenvolvidos ocasionalmente para esse efeito (e.g., Chávez-Hernández, Núñez, & Macías-García, 2008).

A grande limitação no estudo das falsas-crenças prende-se, exatamente, com a metodologia de avaliação, mais especificamente com a variedade de métodos e instrumentos que têm sido usados para esse efeito (Katz-Sheiban & Eshet, 2008). Como se sabe, a utilização de instrumentos de medida com características psicométricas pouco adequadas ou não estudadas previamente na população-alvo, representa uma limitação adicional, sobretudo quando estes são integrados na avaliação da eficácia de programas de prevenção (Guo & Harstall, 2002)**.**

Alguns dos referidos instrumentos apresentam as seguintes especificidades: (a) destinam-se exclusivamente a populações adultas; (b) apresentam défices na avaliação da prevalência das falsas-crenças na população adolescente; (c) não têm qualidades psicométricas satisfatórias ou (d) não permitem avaliar uma mudança no grau das crenças após um programa de sensibilização.

Face a estas características dos instrumentos existentes bem como dos objetivos da investigação em curso, foi necessário desenvolver um instrumento que avaliasse o grau de crença dos adolescentes em determinadas falsas-crenças e que permitisse detetar o grau de mudança dos mesmos após uma intervenção psicoeducativa no âmbito da prevenção primária.

6.2. Objetivos

O objetivo geral do presente estudo consiste em desenvolver um inventário para avaliar falsas-crenças sobre atos suicidas. Foram definidos os seguintes objetivos específicos: (a) conceptualizar um conjunto de dimensões teóricas que representem o constructo-alvo (falsas-crenças); (b) elaborar um conjunto de itens, representativos das dimensões teóricas, que permitam avaliar o grau de concordância com as falsas-crenças sobre atos suicidas; (c) analisar a validade de conteúdo do inventário; (d) apresentar as características descritivas e a validade interna dos itens; (e) estudar as propriedades psicométricas, nomeadamente a estrutura interna, a fiabilidade (consistência interna e estabilidade temporal), a validade convergente, a validade discriminante e a validade concorrente e (f) caracterizar as diferenças entre sexos no inventário, de modo a contribuir para o estabelecimento de dados normativos.

6.3. Método

6.3.1. Estratégias para a construção e desenvolvimento do Inventário de Crenças sobre Atos Suicidas (ICAS)

A construção e o desenvolvimento do presente inventário tiveram por base as estratégias sugeridas por vários autores no âmbito da abordagem psicométrica na Psicologia (Almeida & Freire, 2008; Gutierrez & Osman, 2008; Hill & Hill, 2008; Moreira, 2004; J. L. P. Ribeiro, 1999).

Os primeiros procedimentos na construção do inventário foram os seguintes: (a) definir o constructo-alvo; (b) especificar o propósito do instrumento e (c) operacionalizar os domínios do constructo a medir, tendo em consideração a população a que se destina e o contexto de aplicação.

O constructo-alvo consiste nas falsas-crenças sobre os atos suicidas, conforme a revisão da literatura. De modo a não enviesar as respostas dos indivíduos, optou-se por definir um título neutro quanto à veracidade das afirmações apresentadas: Inventário de Crenças sobre Atos Suicidas (ICAS).

O propósito do ICAS consiste em avaliar em que medida os indivíduos concordam com algumas falsas-crenças que representam uma barreira à prevenção dos atos suicidas.

No que respeita aos domínios do constructo, como foi descrito na introdução deste estudo, foram conceptualizadas quatro dimensões teóricas das falsas-crenças sobre os atos suicidas: (1) Inexistência de sinais de alerta; (2) Impossibilidade de prevenção; (3) Evitamento da temática suicida e (4) Causalidade unimodal dos atos suicidas.

A população-alvo são adolescentes e o contexto de aplicação são os estabelecimentos de ensino secundário.

Após esta fase inicial de especificações (constructo e respetivas dimensões, objetivo, público-alvo e contexto de aplicação), prosseguiu-se com a elaboração dos itens para cada uma das dimensões teóricas enunciadas anteriormente. Os itens formulados resultaram, sobretudo, da revisão da literatura temática e, em menor proporção, da análise de outras medidas que avaliaram este constructo, pelo facto de essas medidas se destinarem a outras populações, como também foi explicitado na introdução.

O número de itens formulados foi superior ao dobro do esperado na versão final, de acordo com as indicações de Almeida e Freire (2008), sendo que o número de itens

recomendado por escala é de vinte, embora dez itens possam ser suficientes (J. L. P. Ribeiro, 1999).

Os itens corresponderam a afirmações, de orientação positiva e negativa. O formato de resposta consistiu numa escala tipo *Likert* de cinco pontos, desde 1 (*Discordo completamente*) a 5 (*Concordo completamente*).

Obtida uma primeira versão do ICAS (43 itens no total), procedeu-se à fase de pré-teste, em que se consultou um painel de cinco juízes especialistas em Psicologia Clínica e com conhecimentos ao nível da investigação científica. A cada um dos juízes solicitou-se que, numa primeira fase, avaliassem os itens, numa escala tipo *Likert* de cinco pontos, com base nos seguintes critérios: relevância, de 1 (*Nada relevante*) a 5 (*Extremamente relevante*); representatividade, de 1 (*Nada representativo*) a 5 (*Extremamente representativo*); especificidade, de 1 (*Nada específico*) a 5 (*Extremamente específico*); clareza, de 1 (*Nada claro*) a 5 (*Extremamente claro*); linguagem, de 1 (*Nada adequada*) a 5 (*Extremamente adequada*) e extensão, de 1 (*Extremamente extenso*) a 5 (*Nada extenso*). Numa segunda fase, solicitou-se que fizessem a correspondência entre os itens apresentados e as quatro dimensões teóricas conceptualizadas. Numa terceira fase, pediu-se que prestassem um parecer sobre a clareza das instruções, a adequabilidade da escala de medida, a extensão global do inventário, a potencial utilidade do mesmo no âmbito da prevenção primária, a existência de eventuais dimensões não incluídas pelos autores e outras sugestões (Anexo N).

A maioria dos juízes avaliou os itens nos parâmetros 4 e 5 em relação à relevância, representatividade, especificidade, clareza e linguagem e nos parâmetros 1, 2 e 3 quanto à extensão.

No seguimento do parecer dos juízes foram efetuadas algumas reformulações, apresentadas na Tabela 21, no sentido de tornar o inventário mais claro e menos extenso.

Tabela 21
Formulação Inicial e Reformulação dos Itens do ICAS Após Análise do Painel de Juízes

Formulação inicial	Sugestão / Formulação Final
19. Todas as pessoas que realizam atos suicidas geralmente pretendem obter a simpatia/compaixão dos outros.	19. As pessoas que realizam atos suicidas geralmente pretendem obter compaixão.
28.$_{(I)}$ Se as pessoas próximas estiverem suficientemente atentas conseguem identificar os sinais da intenção de pôr fim à vida.	28.$_{(I)}$ Se as pessoas próximas estiverem atentas conseguem identificar os sinais da intenção de pôr fim à vida.

Formulação inicial	Sugestão / Formulação Final
33. Os pensamentos e comportamentos suicidas podem ser tratados com a ajuda de especialistas.	33. Os pensamentos e comportamentos suicidas podem ser tratados com a ajuda de profissionais.
43.$_{(I)}$ Uma pessoa pode cometer um ato suicida quando perde algo (ou alguém) que considera vital.	43.$_{(I)}$ Uma pessoa pode cometer um ato suicida quando perde algo (ou alguém) que considera indispensável para continuar a viver.

Nota. (I) – Itens invertidos.

A maioria dos itens foram associados às dimensões teóricas originais e todos os itens que geraram controvérsia foram reformulados (e.g., item 28, antes: "Se as pessoas próximas estiverem suficientemente atentas conseguem identificar os sinais da intenção de pôr fim à vida"; depois: "Se as pessoas próximas estiverem atentas conseguem identificar os sinais da intenção de pôr fim à vida"), de forma a diminuir a ambiguidade ou a redundância, respetivamente.

O procedimento seguinte consistiu em aplicar o inventário a um grupo de seis adolescentes para avaliar se compreendiam e interpretavam o conteúdo dos itens da forma que se pretendia. Foi utilizado o método da "reflexão falada" ou *thinking aloud* que consiste em solicitar aos indivíduos que respondam à prova comunicando simultaneamente as suas reflexões, facilidades e dificuldades sobre cada um dos itens. Todas as verbalizações foram anotadas e analisadas posteriormente, conduzindo a algumas reformulações, como por exemplo no item 2 de "Se uma pessoa está a pensar pôr termo à própria vida, ninguém a conseguirá demover dessa ideia" para "Se uma pessoa está a pensar pôr termo à própria vida, ninguém conseguirá desconvencê-la dessa ideia", pelo facto de os jovens apresentarem algumas dificuldades na compreensão do termo "demover".

Com estes procedimentos iniciais procurou-se garantir a validade de conteúdo, pois como alguns autores referem "*[u]nfortunately there have been limited attempts to extend these contemporary measurement strategies to the development and validation of self-report instruments in the area of adolescent suicidality*" (Haynes et al., 1995).

Após estas análises qualitativas formulou-se a versão definitiva do inventário com 43 itens (Anexo O) organizados em quatro dimensões teóricas, conforme se apresenta na Tabela 22.

Tabela 22
Dimensões Teóricas e Respetivos Itens do ICAS

Dimensões	Itens
I. Inexistência de sinais de alerta	
	1.Os atos suicidas acontecem sem avisos ou sinais prévios.
	3. As pessoas que falam em "desistir da vida" são aquelas que nunca se vão matar.
	6. Existem certas atitudes e comportamentos que permitem prever os atos suicidas.
	12. A maioria dos atos suicidas ocorre de forma imprevisível.
	15. As pessoas que pensam em terminar com a própria vida guardam sempre esses pensamentos para si próprios.
	20. Os atos suicidas geralmente surgem após manifestações dessa intenção.
	24. As pessoas que ameaçam cometer suicídio raramente o fazem.
	27. Em geral, a intenção de pôr fim à própria vida é totalmente secreta.
	28. Se as pessoas próximas estiverem atentas conseguem identificar os sinais da intenção de pôr fim à vida.
	32. Se uma pessoa está a pensar terminar com a própria vida, geralmente manifesta sinais desse tipo de pensamentos.
	36. É possível identificar sinais indicadores de intenção suicida.
	40. As pessoas, geralmente, antes de cometerem um ato suicida transmitem sinais dessa intenção.
II. Impossibilidade de prevenção	
	2.Se uma pessoa está a pensar pôr termo à própria vida, ninguém conseguirá desconvencê-la dessa ideia.
	8.É pouco provável que uma pessoa desista de um ato suicida após conversar com um amigo próximo.
	9.As pessoas que querem pôr termo à vida normalmente aceitam ajuda.
	11.Perante uma pessoa que tencione pôr termo à própria vida, pode sempre fazer-se alguma coisa para tentar impedi-la.
	13.Qualquer pessoa pode ajudar alguém próximo a desistir de pôr termo à própria vida.
	18. Os pensamentos suicidas podem ser passageiros.
	25. Se uma pessoa tem pensamentos suicidas, tê-los-á para sempre.
	30. Se a pessoa está determinada a pôr fim à vida, ninguém pode impedi-la.

Dimensões	Itens
	33. Os pensamentos e comportamentos suicidas podem ser tratados com a ajuda de profissionais.
	39. Só um profissional especializado pode ajudar uma pessoa a desistir de um ato suicida.
	41. Os comportamentos suicidas podem ser prevenidos.
III. Evitamento da temática suicida	
	5.Falar sobre comportamentos suicidas com alguém, que antes nunca tinha pensado nisso, pode levar a pessoa a cometer atos desse tipo.
	7. Falar sobre suicídio com pessoas que têm esses pensamentos pode ser positivo.
	17. Seja qual for a circunstância, a melhor opção é nunca falar em suicídio.
	21. Perguntar a uma pessoa se está com pensamentos suicidas pode despoletar uma tentativa de suicídio.
	29. Falar sobre suicídio com alguém que expressa o desejo de o cometer é pouco sensato e incorreto.
	35. É errado falar sobre comportamentos suicidas com pessoas que manifestam desejo ou intenção de os realizar.
	38. Perante alguém que demonstre vontade de desistir da vida pode ser positivo abordar diretamente esse problema.
	42. Falar sobre comportamentos suicidas leva a um aumento das tentativas de suicídio.
IV. Causalidade unimodal dos atos suicidas	
	4.Todas as pessoas que cometem atos suicidas têm uma doença mental.
	10. O objetivo de quem realiza atos suicidas é sempre demonstrar coragem e valentia.
	14. Os comportamentos suicidas têm origem hereditária e/ou genética.
	16. A crise suicida pode surgir quando a pessoa não vê satisfeita uma necessidade que considera extremamente importante.
	19. As pessoas que realizam atos suicidas geralmente pretendem obter compaixão.
	22.O suicídio é um ato de cobardia.
	23.As pessoas podem realizar atos suicidas sem terem a intenção de morrer.
	26. Os atos suicidas são sempre para chamar à atenção.
	31. Os comportamentos suicidas são uma opção para resolver problemas do dia a dia.

Dimensões	Itens
	34. As pessoas que cometem atos suicidas estão sempre isoladas e deprimidas.
	37. As pessoas que se matam são loucas.
	43.(I) Uma pessoa pode cometer um ato suicida quando perde algo (ou alguém) que considera indispensável para continuar a viver.

Nota. Itens invertidos: 6, 7, 9, 11, 13, 16, 18, 20, 23, 28, 32, 33, 36, 38, 40, 41, 43

Em relação à cotação, o ICAS permite obter um valor total e um valor por cada subescala, cujo cálculo se obtém através da média aritmética de todos os itens, assim como dos itens de cada subescala, respetivamente. Em termos de interpretação, quanto mais elevada for a pontuação obtida, maior o grau de concordância com as falsas-crenças apresentadas.

6.3.2. Participantes

A amostra foi formada por 512 jovens do ensino secundário, 210 do sexo masculino (41%) e 302 do sexo feminino (59%), com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos (M = 16.78; DP = 1.17). A maioria (66.2%) residia com ambos os pais, 141 com o pai ou com a mãe, 22 com outros familiares e 10 com outras pessoas. O rendimento escolar médio da maioria (55.5%) foi considerado "suficiente" (10 a 13 valores), seguindo-se a classificação de "bom" (36.5%), "muito bom" (5.7%) e "insuficiente" (2.3%).

Num segundo momento de aplicação, destinado à avaliação da fiabilidade pelo método teste-reteste, participaram 300 jovens (58.6% da amostra total) que preencheram novamente o ICAS, num intervalo de tempo que oscilou entre as 3 e as 4 semanas. As características sociodemográficas da subamostra (N = 300) e da amostra total (N = 512) foram comparadas. Os resultados não registaram diferenças estatisticamente significativas nem na idade ($t_{(437.882)}$ = -1.524, p = .128), nem no sexo ($\chi^2_{(1)}$ = .309, p = .578), o que significa que a subamostra pode ser considerada representativa da amostra total.

6.3.3. Procedimento de Recolha de Dados

O primeiro procedimento desta fase foi solicitar autorização à Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), do Ministério da Educação, para desenvolver a investigação em meio escolar, de acordo com o Despacho n.º 15847/2007, publicado em Diário da República 2.ª série, n.º140, de 23 de Junho de 2007. O processo foi submetido *online*. Após análise do mesmo pelos serviços competentes, o pedido de autorização foi aprovado (Anexo F).

O procedimento seguinte consistiu no contacto telefónico dos estabelecimentos de ensino secundário do Algarve a solicitar o agendamento de uma reunião com o/a diretor/a do Conselho Executivo para apresentar o projeto de investigação e entregar o pedido de autorização escrito (Anexo G). As escolas que se mostraram recetivas para conhecer o projeto e que autorizaram a sua realização foram nomeadamente, a Escola Secundária José Belchior Viegas, em São Brás de Alportel, a Escola Secundária de Loulé, a Escola Secundária de Silves, a Escola Manuel Teixeira Gomes, em Portimão e a Escola Secundária de Vila Real de Santo António.

Após a autorização, o/a diretor/a do Conselho Executivo encaminhava o assunto para outro membro da direção ou diretamente para os diretores de turma que, posteriormente, agendavam as sessões de recolha de dados com as turmas (Anexo I). Os pedidos de autorização destinados aos encarregados de educação, uma vez que a maioria dos participantes era menor de idade, foram entregues previamente ao diretor de turma. Este, por sua vez, encaminhava-os para os encarregados de educação, solicitando a sua devolução até ao dia da aplicação dos questionários (Anexo H).

As aplicações dos questionários decorreram de acordo com os agendamentos, em contexto de sala-de-aula.

No início da primeira sessão foram apresentados, de forma oral e escrita, os princípios do consentimento informado a cada um dos jovens (Anexo A). No final do preenchimento, os questionários foram introduzidos numa pequena urna improvisada para o efeito, no sentido de aumentar a perceção de confidencialidade.

Uma subamostra preencheu o ICAS uma segunda vez, como já foi mencionado. Os procedimentos de aplicação foram os mesmos da primeira aplicação.

A recolha de dados decorreu no ano letivo 2010/11 e, no final do mesmo, foi enviado um ofício de agradecimento a todas as escolas que participaram no estudo (Anexo J).

6.3.4. Medidas de Resultado

Tal como foi referido na revisão da literatura, não se conhecem medidas com características psicométricas adequadas para avaliar as falsas-crenças na população jovem, o que motivou a construção do ICAS. Para avaliar a validade por referência a critério, especificamente a validade concorrente, do instrumento foram utilizadas três medidas de resultado: (1) perceção de sucesso da prevenção do suicídio; (2) perceção de autoeficácia na prevenção do suicídio dos pares e (3) perceção de sucesso na prevenção do suicídio do próprio.

Perspetiva-se, de acordo com a literatura, que a uma maior concordância com os falsas-crenças sobre os atos suicidas (Inexistência de sinais de alerta, Impossibilidade de prevenção, Evitamento da temática suicida, Causalidade unimodal dos atos suicidas) corresponda uma menor predisposição para a prevenção do suicídio (Capuzzi, 2009; Chávez-Hernández et al., 2008; T. Joiner, 2010; D. N. Miller & Eckert, 2009; D. N. Miller et al., 1999).

A predisposição para a prevenção, na sua globalidade, foi avaliada através de três itens que correspondiam a afirmações. Solicitou-se aos jovens que assinalassem, com base numa escala tipo *Likert* de 1 (*Discordo totalmente*) a 5 (*Concordo totalmente*), em que medida concordavam com cada uma das seguintes afirmações: (1) É possível evitar que alguém termine com a própria vida; (2) Se um colega quisesse terminar com a própria vida, eu seria capaz de ajudá-lo a mudar de intenção e (3) Se eu pensasse em terminar com a minha vida, seria capaz de procurar ajuda (profissional ou outra) para desistir dessa ideia.

Cada uma destas afirmações procurou avaliar, respetivamente, a perceção de sucesso da prevenção do suicídio em geral, a perceção de autoeficácia na prevenção do suicídio dos pares e a perceção de sucesso na prevenção do suicídio do próprio.

Estes três itens apresentam um alfa de Cronbach de .73, o que indica que têm uma consistência interna satisfatória.

6.3.5. Procedimento de Análise Estatística

As análises estatísticas foram realizadas na sua maioria com base no programa de tratamento de dados estatísticos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPPS) (versão 21.0) para *Windows*. Foi também utilizado o programa *Microsoft Office Excel* 2010 (para calcular as estimativas das magnitudes do efeito obtidas através da fórmula para o *d* de Cohen (1988) e o *software Analysis of Moment Structures* (AMOS) (versão 21.0) para realizar a análise fatorial confirmatória do ICAS.

Os valores omissos foram imputados pelo método do algoritmo *Expectation Maximization* (EM), que permitiu proceder à estimação dos valores em falta, a partir das respostas aos restantes itens do instrumento.

O estudo das propriedades psicométricas dos itens do ICAS começou pela análise das medidas de tendência central (média), medidas de dispersão (desvios-padrão e amplitude), medidas de distribuição (assimetria e curtose) e medidas de precisão (coeficiente de correlação item-total corrigido e consistência interna, calculada através do alfa de Cronbach).

De seguida, realizou-se a análise fatorial exploratória de acordo com os seguintes critérios: método das componentes principais; rotação varimax – que pressupõe a independência dos fatores; retenção dos fatores com valor próprio superior à unidade e retenção dos itens com pesos fatoriais superiores ou iguais a .40 no fator primário e inferiores a .3 nos outros fatores. Após a exclusão de alguns itens foi realizada novamente a análise fatorial exploratória, retendo-se quatro fatores.

Os dados foram, posteriormente, submetidos a análise fatorial confirmatória para avaliar a qualidade do ajustamento do modelo. Foram avaliados os seguintes índices: qui-quadrado (χ^2) e respetivos graus de liberdade (gl); Raiz da média quadrática do erro de aproximação (*Root mean square error of approximation*, RMSEA); Índice Tucker-Lewis (*Tucker-Lewis index*, TLI); Raiz da média quadrática residual (*Standardized root mean square residual*, SRMR); Índice de bondade do ajustamento (Goodness-of-fit index, GFI); Índice de ajustamento comparativo (*Comparative fit index*, CFI); Índice de ajustamento normalizado de parcimónia (*Parsimonious normed fit index*, PNFI) e Índice esperado de validação cruzada (*Expected cross-validation index*, ECVI).

A qualidade do modelo foi interpretada de acordo com os parâmetros dos índices estabelecidos na literatura. Assim, considerou-se que o ajustamento de um

modelo aos dados é adequado para valores χ^2/gl entre 1 e 2; para valores de CFI, GFI e TLI iguais ou superiores a .9; para valores de RMSEA inferiores a .05 ou, para casos mais liberais, inferior a .08; para valores de SRMR inferiores a .1, e para valores de PNFI entre .5 e .9. Comparados os dois modelos, aquele com menor ECVI corresponde ao mais estável na população estudada (Kline, 2011). Foram também analisados os coeficientes padronizados de saturação fatorial bem como os indicadores de fiabilidade (R^2).

A fiabilidade do ICAS foi estudada através da análise da consistência interna (pelo alfa de Cronbach) e da estabilidade temporal (pelo método teste-reteste), assim como a validade convergente (pelo índice da variância extraída média), a validade discriminante (pela variância partilhada, r^2) e a validade concorrente (através do coeficiente de correlação de Pearson entre o ICAS e a medida de resultado). Por último, foram exploradas diferenças entre grupos (sexo), recorrendo-se ao teste *t* de Student, para amostras independentes.

6.4. Resultados

6.4.1. Análise Descritiva

A apresentação das características psicométricas do ICAS, tal como foi referido na seção anterior, encontra-se organizada inicialmente por dimensões teóricas. Apresenta-se, de seguida, a análise das características descritivas (medidas de tendência central, de dispersão e de distribuição), a sensibilidade e o poder discriminativo dos itens, bem como a consistência interna das diferentes dimensões (Tabela 23).

Tabela 23
Descrição Estatística dos Itens do ICAS

Itens	*M*	*DP*	*A*	*C*	*ritc*	*alfa s/ item*
I. Inexistência de sinais de alerta (α = .85)						
1. Os atos suicidas acontecem sem avisos ou sinais prévios.	2.75	1.147	.208	-.814	.548	.839
3. As pessoas que falam em "desistir da vida" são aquelas que nunca se vão matar.	2.52	1.027	.263	-.472	.525	.840

Itens	*M*	*DP*	*A*	*C*	*ritc*	*alfa s/ item*
6.$_{(I)}$ Existem certas atitudes e comportamentos que permitem prever os atos suicidas.	2.39	.997	.672	-.079	.598	.835
12. A maioria dos atos suicidas ocorre de forma imprevisível.	3.11	1.038	-.027	-.652	.426	.847
15. As pessoas que pensam em terminar com a própria vida guardam sempre esses pensamentos para si próprios.	3.32	.907	-.005	-.550	.337	.852
20.$_{(I)}$ Os atos suicidas geralmente surgem após manifestações dessa intenção.	2.94	.980	.367	-.370	.496	.842
24. As pessoas que ameaçam cometer suicídio raramente o fazem.	2.87	.924	.198	-.220	.511	.841
27. Em geral, a intenção de pôr fim à própria vida é totalmente secreta.	2.98	1.013	.031	-.538	.390	.849
28.$_{(I)}$ Se as pessoas próximas estiverem atentas conseguem identificar os sinais da intenção de pôr fim à vida.	2.53	1.054	.595	-.191	.581	.836
32.$_{(I)}$ Se uma pessoa está a pensar terminar com a própria vida, geralmente manifesta sinais desse tipo de pensamentos.	2.79	.991	.484	-.448	.588	.836
36.$_{(I)}$ É possível identificar sinais indicadores de intenção suicida.	2.58	1.025	.702	-.138	.647	.831
40.$_{(I)}$ As pessoas, geralmente, antes de cometerem um ato suicida transmitem sinais dessa intenção.	2.70	.968	.526	-.199	.619	.834
II. Impossibilidade de prevenção (α = .86)						
2. Se uma pessoa está a pensar pôr termo à própria vida, ninguém conseguirá desconvencê-la dessa ideia.	2.24	1.139	.847	-.080	.672	.840
8. É pouco provável que uma pessoa desista de um ato suicida após conversar com um amigo próximo.	2.79	1.146	.220	-.801	.401	.861
9.$_{(I)}$ As pessoas que querem pôr termo à vida normalmente aceitam ajuda.	3.37	.999	-.099	-.605	.276	.868
11.$_{(I)}$ Perante uma pessoa que tencione pôr termo à própria vida, pode sempre fazer-se alguma coisa para tentar impedi-la.	2.18	1.131	.973	.254	.664	.841
13.$_{(I)}$ Qualquer pessoa pode ajudar alguém próximo a desistir de pôr termo à própria vida.	2.60	1.180	.504	-.629	.582	.848
18.$_{(I)}$ Os pensamentos suicidas podem ser passageiros.	2.68	1.004	.484	-.262	.525	.852
25. Se uma pessoa tem pensamentos suicidas, tê-los-á para sempre.	2.49	1.056	.507	-.270	.595	.847
30. Se a pessoa está determinada a pôr fim à vida, ninguém pode impedi-la.	2.16	1.163	.967	.121	.685	.839
33.$_{(I)}$ Os pensamentos e comportamentos suicidas podem ser tratados com a ajuda de profissionais.	2.23	1.116	.866	.045	.576	.848

Itens	*M*	*DP*	*A*	*C*	*ritc*	*alfa s/ item*
39. Só um profissional especializado pode ajudar uma pessoa a desistir de um ato suicida.	2.53	1.087	.532	-.289	.672	.853
41.$_{(I)}$ Os comportamentos suicidas podem ser prevenidos.	2.58	1.024	.525	-.158	.401	.846
III. Evitamento da temática suicida (α = .82)						
5.Falar sobre comportamentos suicidas com alguém, que antes nunca tinha pensado nisso, pode levar a pessoa a cometer atos desse tipo.	2.39	1.095	.482	-.454	.514	.799
7.$_{(I)}$ Falar sobre suicídio com pessoas que têm esses pensamentos pode ser positivo.	3.02	1.116	.144	-.689	.437	.810
17. Seja qual for a circunstância, a melhor opção é nunca falar em suicídio.	3.01	1.216	.113	-.909	.417	.815
21. Perguntar a uma pessoa se está com pensamentos suicidas pode despoletar uma tentativa de suicídio.	2.77	1.004	.241	-.373	.491	.802
29. Falar sobre suicídio com alguém que expressa o desejo de o cometer é pouco sensato e incorreto.	2.83	1.124	.268	-.446	.644	.780
35. É errado falar sobre comportamentos suicidas com pessoas que manifestam desejo ou intenção de os realizar.	2.75	1.082	.187	-.606	.676	.775
38.$_{(I)}$ Perante alguém que demonstre vontade de desistir da vida pode ser positivo abordar diretamente esse problema.	2.81	1.016	.394	-.198	.532	.797
42. Falar sobre comportamentos suicidas leva a um aumento das tentativas de suicídio.	2.58	.947	.279	-.206	.602	.788
IV. Causalidade unimodal (α = .76)						
4.Todas as pessoas que cometem atos suicidas têm uma doença mental.	2.37	1.208	.508	-.780	.519	.723
10. O objetivo de quem realiza atos suicidas é sempre demonstrar coragem e valentia.	2.28	1.099	.585	-.383	.451	.732
14. Os comportamentos suicidas têm origem hereditária e/ou genética.	2.29	1.197	.549	-.625	.452	.731
16.$_{(I)}$ A crise suicida pode surgir quando a pessoa não vê satisfeita uma necessidade que considera extremamente importante.	2.44	.909	.523	.172	.354	.743
19. As pessoas que realizam atos suicidas geralmente pretendem obter compaixão.	2.64	1.081	.102	-.689	.377	.741
22.O suicídio é um ato de cobardia.	3.14	1.276	-.162	-.980	.247	.758
23.$_{(I)}$ As pessoas podem realizar atos suicidas sem terem a intenção de morrer.	3.14	1.183	.152	-1.055	.203	.761
26. Os atos suicidas são sempre para chamar à atenção.	2.62	1.086	.264	-.601	.502	.726
31. Os comportamentos suicidas são uma opção para resolver problemas do dia a dia.	2.43	1.259	.322	-1.081	.235	.759

Itens	*M*	*DP*	*A*	*C*	*ritc*	*alfa s/ item*
34. As pessoas que cometem atos suicidas estão sempre isoladas e deprimidas.	3.05	1.025	-.050	-.506	.431	.735
37. As pessoas que se matam são loucas.	2.37	1.227	.584	-.615	.599	.712
43.$_{(I)}$ Uma pessoa pode cometer um ato suicida quando perde algo (ou alguém) que considera indispensável para continuar a viver.	2.35	1.037	.779	.245	.368	.742

Nota. I = Itens invertidos: 6, 7, 9, 11, 13, 16, 18, 20, 23, 28, 32, 33, 36, 38, 40, 41, 43. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *A* =Assimetria; *C* = Curtose; *ritc* = Coeficiente de correlação item-total corrigido; *alfa s/item* = Valor do alfa de Cronbach, se o item for eliminado.

Na primeira dimensão, designada por Inexistência de sinais de alerta, os valores médios oscilaram entre 2.39 (*DP* = .997) no item 6 e 3.32 (*DP* = .907) no item 15, ou seja, encontram-se próximos do ponto médio da escala de resposta tipo *Likert* de cinco pontos (ponto três é o ponto intermédio). Os desvios-padrão obtiveram valores próximos da unidade, o que é indicado como desejável (Almeida & Freire, 2008). No entanto, a existência de valores ligeiramente superiores a 1.00 aponta para alguma dispersão dos resultados nesses itens. A análise da amplitude de opções de resposta mostra que todas as opções de resposta, de 1 a 5, foram selecionadas pelos respondentes.

Os valores de assimetria (entre -.005 e .702) e curtose (entre -.814 e -.079) apontam para uma distribuição simétrica e mesocúrtica (valores absolutos inferiores a 1), respetivamente, pelo que parece cumprir o critério da normalidade (Marôco, 2011). De referir que apenas dois itens obtiveram coeficientes de assimetria negativos (itens 12 e 15), refletindo a preferência dos participantes pelos níveis mais elevados da escala de resposta nestes itens, o que corrobora os valores médios. Os valores de curtose, por sua vez, assumiram sinal negativo, mas foram todos inferiores à unidade, como já referido.

Os índices de validade interna dos itens, avaliados pelo coeficiente de correlação item x total corrigido, apresentaram valores entre .337, no item 15, e .647, no item 36. O alfa de Cronbach global desta subescala foi de .82, considerado bastante satisfatório, sendo de referir que nenhum dos itens, se eliminado, contribuiria para o aumento deste coeficiente.

Na segunda dimensão, Impossibilidade de prevenção**,** registaram-se valores médios entre 2.16 (*DP* = 1.163), no item 30, e 3.37 (*DP* = .999), no item 9, situando-se próximos do ponto médio da escala de resposta de 5 pontos. Em relação aos desvios-padrão, todos os valores foram muito próximos da unidade, indicando uma dispersão adequada dos

resultados. Todas as opções da escala de resposta foram assinaladas, assumindo uma amplitude entre 1 e 5.

Os coeficientes de assimetria variaram entre -.099 (item 9) e .973 (item 11), sendo positivos em todos os itens, exceto no 9. Como todos os valores foram inferiores à unidade (em valor absoluto), pode considerar-se que a distribuição é simétrica. Em relação à curtose, os coeficientes oscilaram entre -.801 (item 8) e .045 (item 33), sendo que a maioria dos coeficientes foram negativos e apenas os itens 11, 30 e 33 obtiveram coeficientes positivos. Todos foram inferiores a |1|, o que permite classificar a distribuição como mesocúrtica. Em conjunto, os dados de assimetria e de curtose indicam uma distribuição próxima do padrão ideal de normalidade.

Os coeficientes de correlação item x total corrigido variaram entre .276 (item 2) e .685 (item 30). Considerando que o valor da correlação item x total deve ser superior a .3 (Moreira, 2004) colocou-se a possibilidade de eliminar o item 9. A constatação de que o alfa de Cronbach da subescala (α = .86) poderia aumentar, ainda que ligeiramente, se o item 9 fosse eliminado (α = .87), reforçou a decisão pela sua exclusão.

A terceira dimensão, denominada Evitamento da temática suicida, apresentou valores médios abaixo do ponto médio da escala de resposta em todos os itens, à exceção nos itens 7 (*M* = 3.02; *DP* = 1.095) e 17 (*M* = 3.01; *DP* = 1.216), cujos valores foram ligeiramente acima de 3. A maioria dos desvios-padrão foi acima de 1.00, indicando alguma dispersão dos resultados; a amplitude registou um valor mínimo de 1 e máximo de 5.

No que respeita aos coeficientes de assimetria, os valores oscilaram entre .113 (item 17) e .482 (item 5), ou seja, todos os valores obtiveram sinal positivo inferiores à unidade. Os coeficientes de curtose, por sua vez, assumiram um valor mínimo de -.909 (item 17) e máximo de -.198 (item 38). Como se pode observar, todos os coeficientes foram negativos e inferiores ao valor absoluto de 1. Assim, podemos constatar que a distribuição é simétrica e mesocúrtica, com valores que apontam para uma distribuição normal.

A validade interna dos itens foi assegurada pelos coeficientes de correlação item x total corrigidos superiores a .417 (item 17) e inferiores a .675 (item 35). Observou-se também que o alfa de Cronbach total, no valor de .82 , não aumentaria mesmo que se eliminasse qualquer um dos itens desta subescala.

Na quarta dimensão, Causalidade unimodal dos atos suicidas, observa-se uma oscilação dos valores médios entre 2.28 (*DP* = 1.099), no item 10, e 3.14, nos itens 22 (*DP* = 1.276) e 28 (*DP* = 1.183). Os valores-médios foram todos ligeiramente acima do valor 1.00, exceto no item 16 (*DP* = .999). Quanto à amplitude de respostas, em todos os itens registaram- se valores mínimos de 1 e máximo de 5.

Os coeficientes de assimetria registaram valores entre .050 (item 34) e .779 (item 43), sendo negativo apenas em dois itens (itens 34 e 22). Os coeficientes de curtose oscilaram entre -1.081 (item 31) e .172 (item 16); apenas os itens 16 e 43 registaram valores positivos. Como se pode observar, os itens 23 e 31 obtiveram valores superiores à unidade (em valor absoluto), com sinal negativo, sugerindo uma distribuição platicúrtica. De acordo com um critério mais conservador (<1) (e.g. Almeida & Freire, 2008; Marôco, 2011) não poderíamos considerar que a distribuição nestes itens fosse normal. No entanto, segundo estudos mais recentes, apenas os coeficientes de curtose superiores a 10 (Kline, 2011) é que indicam desvios severos à normalidade. Nesta amostra, os coeficientes são apenas ligeiramente superiores à unidade, pelo que se pode afirmar que os desvios à mesma são apenas ligeiros ou negligenciáveis.

Os coeficientes de correlação item x total corrigidos, que indicam a validade interna dos itens, registaram valores inferiores a .3 em três itens, nomeadamente no item 22 (*r* = .247), no item 23 (*r* = 203) e no item 31 (*r* = .235), critério para a sua eliminação (Almeida & Freire, 2008; Moreira, 2004). Pode, ainda, observar-se que a eliminação de qualquer um dos itens não alteraria o valor do alfa de Cronbach total da subescala (α = .76). Desta forma, optou-se pela eliminação dos referidos itens.

Em todas as dimensões, os valores de alfa foram superiores ao valor mínimo aceitável (α = .70), sendo que a dimensão quatro, Causalidade unimodal, foi a que registou um alfa mais baixo (α = .76), o que pode ser justificado pelo próprio conteúdo dos itens, ou seja, trata-se de causas únicas e dispersas, que podem estar menos associadas entre si e contribuir para uma maior heterogeneidade da dimensão.

A análise dos itens organizados em dimensões indicou que a maioria apresenta características psicométricas favoráveis. No entanto, alguns itens não obtiveram validade interna apropriada (coeficiente de correlação item x total corrigido < .3), o que levou à sua eliminação, nomeadamente os itens 9, 22, 23 e 31.

6.4.2. Análise da Estrutura Interna

6.4.2.1. Análise Fatorial Exploratória (AFE)

Os dados foram, previamente, submetidos a análises estatísticas para verificar se reuniam os requisitos necessários à realização da análise fatorial, nomeadamente o teste de Esfericidade de Bartlett e o teste *Kaiser-Meyer-Olkin of Sample Adequacy* (KMO). O primeiro revelou-se significativo ($\chi^2_{(741)}$ = 7259.281, p = .000) sendo que o segundo obteve um índice .917, comprovando, deste modo, a adequabilidade dos dados à análise fatorial.

Foi efetuada a AFE com 39 itens recorrendo ao método das componentes principais, seguido de rotação varimax, com valores próprios superiores à unidade. Foram obtidos 8 fatores que explicavam 55.76% da variância total. No entanto, os itens apresentavam-se bastante dispersos pela matriz de correlações, apresentando alguns itens saturações pouco diferenciadas nos fatores, ou seja, correlações superiores a .3 em mais do que um fator. Além disso, do ponto de vista teórico, não se conseguiu apoiar esta distribuição, possivelmente porque estamos a trabalhar sobre crenças que envolvem processos cognitivos complexos.

A análise do *scree plot* sugeriu a existência de 4 fatores. Com efeito, refez-se a análise fatorial exploratória com os 39 itens retendo, *a priori*, esses 4 fatores. O valor do teste de Esfericidade de Bartlett foi significativo ($\chi^2_{(741)}$ = 7259.281, p = .000) e do teste KMO (.917) foi muito bom, mas a percentagem de variância total explicada foi de 43.22%, logo inferior ao limite mínimo aceitável de 50%.

No sentido de obter uma solução fatorial mais adequada, foram sendo eliminados progressivamente os itens com comunalidades mais baixas e com saturações mais elevadas em mais do que um fator, controlando simultaneamente a percentagem de variância. Com uma solução de 26 itens, as comunalidades foram todas superiores a .35, a percentagem de variância total explicada foi de 52.46%, mas quatro itens (25, 28, 41 e 42) ainda apresentaram saturações duplas, embora com um peso de saturação máximo de .367 no fator secundário.

Optou-se por eliminar os dois itens (25 e 41) com um peso fatorial mais elevado, resultando numa solução de 24 itens**.** Os pesos fatoriais, as comunalidades, os valores

próprios e a percentagem de variância de cada fator e do total encontravam-se expostos na Tabela 24.

Tabela 24
Análise Fatorial Exploratória do ICAS: Método das Componentes Principais, com Rotação Varimax (4 fatores, 24 itens)

Itens	F1	F2	F3	F4	h^2
Fator 1 – Inexistência de sinais de alerta					
32.$_{(I)}$ Se uma pessoa está a pensar terminar com a própria vida, geralmente manifesta sinais desse tipo de pensamentos.	**.743**	.164	.040	.125	.596
40.$_{(I)}$ As pessoas, geralmente, antes de cometerem um ato suicida transmitem sinais dessa intenção.	**.742**	.174	.133	.048	.601
36.$_{(I)}$ É possível identificar sinais indicadores de intenção suicida.	**.726**	.216	.094	.200	.623
20.$_{(I)}$ Os atos suicidas geralmente surgem após manifestações dessa intenção.	**.695**	.065	.015	-.108	.499
28.$_{(I)}$ Se as pessoas próximas estiverem atentas conseguem identificar os sinais da intenção de pôr fim à vida.	**.683**	.300	-.006	.166	.584
6.$_{(I)}$ Existem certas atitudes e comportamentos que permitem prever os atos suicidas.	**.659**	.216	.163	.101	.518
1. Os atos suicidas acontecem sem avisos ou sinais prévios.	**.574**	.046	.111	.173	.374
Fator 2 – Impossibilidade de prevenção					
11.$_{(I)}$ Perante uma pessoa que tencione pôr termo à própria vida, pode sempre fazer-se alguma coisa para tentar impedi-la.	.202	**.764**	.068	.019	.630
13.$_{(I)}$ Qualquer pessoa pode ajudar alguém próximo a desistir de pôr termo à própria vida.	.140	**.704**	.080	.016	.521
30. Se a pessoa está determinada a pôr fim à vida, ninguém pode impedi-la.	.244	**.678**	.248	.175	.611
2. Se uma pessoa está a pensar pôr termo à própria vida, ninguém conseguirá desconvencê-la dessa ideia.	.179	**.675**	.177	.214	.565
33.$_{(I)}$ Os pensamentos e comportamentos suicidas podem ser tratados com a ajuda de profissionais.	.299	**.634**	.076	.122	.512
25. Se uma pessoa tem pensamentos suicidas, tê-los-á para sempre.	.052	**.627**	.250	.258	.525

Itens	F1	F2	F3	F4	h^2
18.(I) Os pensamentos suicidas podem ser passageiros.	.101	**.614**	.025	.177	.419
Fator 3 – Evitamento da temática suicida					
35. É errado falar sobre comportamentos suicidas com pessoas que manifestam desejo ou intenção de os realizar.	.152	.058	**.787**	.076	.652
29. Falar sobre suicídio com alguém que expressa o desejo de o cometer é pouco sensato e incorreto.	.115	.060	**.785**	.024	.633
42. Falar sobre suicídio leva a um aumento das tentativas de suicídio.	.129	.108	**.688**	.313	.600
21. Perguntar a uma pessoa se está com pensamentos suicidas pode despoletar uma tentativa de suicídio.	-.016	.192	**.637**	.169	.471
5.Falar sobre comportamentos suicidas com alguém, que antes nunca tinha pensado nisso, pode levar a pessoa a cometer atos desse tipo.	.076	.239	**.608**	.200	.472
Fator 4 – Causalidade unimodal					
19. As pessoas que realizam atos suicidas geralmente pretendem obter compaixão.	.017	.002	.077	**.696**	.490
26. Os atos suicidas são sempre para chamar à atenção.	.089	.113	.110	**.670**	.481
10. O objetivo de quem realiza atos suicidas é sempre demonstrar coragem e valentia.	.168	.190	.124	**.603**	.443
4.Todas as pessoas que cometem atos suicidas têm uma doença mental.	.082	.237	.211	**.582**	.446
37. As pessoas que se matam são loucas.	.221	.243	.209	**.560**	.465
Valor Próprio (*eigenvalues*)	7.16	2.41	1.77	1.39	
Variância Explicada (%)	24.84	10.05	7.39	5.78	
Variância Explicada Total (%)			53.05		

Nota. Os itens encontram-se organizados por fatores e, dentro de cada fator, estão ordenados em função dos pesos fatoriais obtidos; h^2 = Comunalidades.

(I) = Itens invertidos: 6, 11, 13, 18, 20, 28, 32, 33, 36, 40.

Esta solução de 24 itens estruturados em 4 fatores explicou 53.05% da variância total e registou comunalidades superiores a .37; no entanto, os itens 28 e 42 ainda apresentaram saturações superiores a .3 no fator secundário, ainda que de valores limítrofes .30 e .31, respetivamente. Os fatores apresentaram boa consistência interna, como demonstram os valores de alfa de Cronbach: fator 1 (α = .85); fator 2 (α = .85); fator 3 (α = .79) e fator 4 (α = .71).

Com o intuito de obter uma solução o mais "pura" possível, eliminaram-se ainda os itens 28 e 42. Assim, a solução final ficou composta por 22 itens. O teste de Esfericidade de Bartlett foi novamente significativo ($\chi^2_{(231)} = 3808.12$, $p = .000$) e o teste KMO obteve um índice de .896, indicando que os dados cumpriam os requisitos necessários para a análise fatorial (Pestana & Gageiro, 2009).

A análise do *scree plot* sugeriu a existência de quatro fatores, conforme se pode constatar na Figura 5.

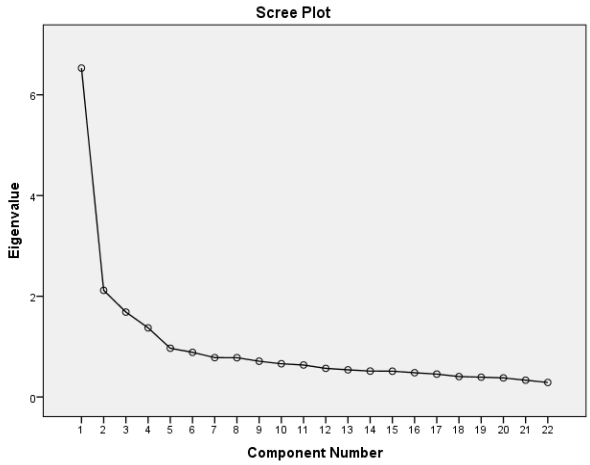


Figura 5. *Scree Plot* para a solução de 22 itens.

Os resultados obtidos para o conjunto dos 22 itens, com valores próprios superiores a 1[33], recorrendo ao método das componentes principais, seguido de rotação varimax, são apresentados na Tabela 25. Apresenta-se detalhadamente os pesos fatoriais de cada item nos vários fatores, as comunalidades dos itens, os valores próprios dos fatores e a percentagem de variância total e de cada um deles.

[33] Ao selecionar-se a opção dos valores próprios superiores a 1 ou a extração de 4 fatores obtém-se exatamente a mesma matriz fatorial.

Tabela 25
Análise Fatorial Exploratória do ICAS: Método das Componentes Principais, com Rotação Varimax (4 fatores, 22 itens)

Itens	F1	F2	F3	F4	h^2
Fator 1 – Impossibilidade de prevenção					
11.$_{(I)}$ Perante uma pessoa que tencione pôr termo à própria vida, pode sempre fazer-se alguma coisa para tentar impedi-la.	**.763**	.185	.023	.080	.624
13.$_{(I)}$ Qualquer pessoa pode ajudar alguém próximo a desistir de pôr termo à própria vida.	**.710**	.115	.015	.075	.523
30. Se a pessoa está determinada a pôr fim à vida, ninguém pode impedi-la.	**.679**	.238	.188	.241	.612
2. Se uma pessoa está a pensar pôr termo à própria vida, ninguém conseguirá desconvencê-la dessa ideia.	**.671**	.183	.226	.177	.566
33.$_{(I)}$ Os pensamentos e comportamentos suicidas podem ser tratados com a ajuda de profissionais.	**.641**	.281	.125	.070	.510
25. Se uma pessoa tem pensamentos suicidas, tê-los-á para sempre.	**.630**	.055	.271	.226	.524
18.$_{(I)}$ Os pensamentos suicidas podem ser passageiros.	**.624**	.089	.177	-.007	.428
Fator 2 – Inexistência de sinais de alerta					
40.$_{(I)}$ As pessoas, geralmente, antes de cometerem um ato suicida transmitem sinais dessa intenção.	.187	**.752**	.062	.119	.619
32.$_{(I)}$ Se uma pessoa está a pensar terminar com a própria vida, geralmente manifesta sinais desse tipo de pensamentos.	.183	**.747**	.132	.007	.610
36.$_{(I)}$ É possível identificar sinais indicadores de intenção suicida.	.233	**.726**	.209	.067	.630
20.$_{(I)}$ Os atos suicidas geralmente surgem após manifestações dessa intenção.	.084	**.691**	-.105	.003	.495
6.$_{(I)}$ Existem certas atitudes e comportamentos que permitem prever os atos suicidas.	.225	**.665**	.113	.160	.531
1. Os atos suicidas acontecem sem avisos ou sinais prévios.	.054	**.592**	.185	.090	.396
Fator 3 – Causalidade unimodal					
19. As pessoas que realizam atos suicidas geralmente pretendem obter compaixão.	.003	.005	**.696**	.054	.488
26. Os atos suicidas são sempre para chamar à atenção.	.107	.092	**.676**	.102	.487
10. O objetivo de quem realiza atos suicidas é sempre demonstrar coragem e valentia.	.187	.172	**.612**	.111	.451
4.Todas as pessoas que cometem atos suicidas têm uma doença mental.	.241	.066	**.589**	.189	.446
37. As pessoas que se matam são loucas.	.250	.201	**.570**	.190	.464

Itens	F1	F2	F3	F4	h^2
Fator 4 – Evitamento da temática suicida					
29. Falar sobre suicídio com alguém que expressa o desejo de o cometer é pouco sensato e incorreto.	.048	.120	.058	**.831**	.711
35. É errado falar sobre comportamentos suicidas com pessoas que manifestam desejo ou intenção de os realizar.	.057	.155	.107	**.803**	.684
21. Perguntar a uma pessoa se está com pensamentos suicidas pode despoletar uma tentativa de suicídio.	.200	-.003	.196	**.602**	.441
5.Falar sobre comportamentos suicidas com alguém, que antes nunca tinha pensado nisso, pode levar a pessoa a cometer atos desse tipo.	.244	.069	.226	**.594**	.468
Valor Próprio (*eigenvalues*)	6.53	2.12	1.69	1.37	
Variância Explicada (%)	29.68	9.63	7.67	6.24	
Variância Explicada Total (%)			53.21		

Nota. Os itens encontram-se organizados por fatores e, dentro de cada fator, estão ordenados em função dos pesos fatoriais obtidos; h^2 = Comunalidades.
(I) = Itens invertidos: 6, 11, 13, 18, 20, 28, 32, 33, 36, 40.

Como se pode observar a partir dos dados anteriores (Tabela 25), obteve-se uma matriz de saturação dos itens isoladamente nos quatro fatores, decorrente dos critérios adotados na eliminação de itens menos "puros" (i.e., com uma saturação superior a .3 em mais do que um fator). Assim, obtiveram-se 4 fatores com valores próprios superiores a 1 que, no conjunto, explicaram 53.21% da variância.

O fator 1 inclui os itens 2, 11, 13, 18, 25, 30 e 33 e explica 29.68% da variância, podendo ser designado por Impossibilidade de prevenção, uma vez que estes itens estavam integrados na dimensão teórica assim designada.

O fator 2 integra os itens 1, 6, 20, 32, 36 e 40, sendo responsável por 9.63% da variância explicada, recebendo a denominação de Inexistência de sinais de alerta, pelo facto de incluir alguns itens da dimensão teórica com esta designação.

O fator 3 agrega os itens 4, 10, 19, 26 e 37, explica 7.67% da variância dos dados e corresponde à dimensão teórica referente à Causalidade unimodal atribuída aos atos suicidas, i.e., explicações simplistas e únicas.

O fator 4 inclui os itens 5, 21, 29 e 35, explicando 6.24% da variância, e é denominado por Evitamento da temática suicida, pela equivalência dos itens com a dimensão teórica intitulada desta forma.

Os itens incluídos na análise fatorial agrupam-se em fatores que correspondem genericamente à organização teórica previamente formulada, embora vários itens tivessem sido excluídos em prol de uma solução fatorial mais diferenciada.

A versão final do inventário integra, assim, 22 itens, o que é apontado como um número bastante satisfatório (cerca de 20 itens por questionário) (Almeida & Freire, 2008; J. L. P. Ribeiro, 1999) ao mesmo tempo que cumpre o critério mínimo de três itens por fator (J. L. P. Ribeiro, 1999).

6.4.2.2. Análise Fatorial Confirmatória (AFC)

Os vários modelos resultantes da análise fatorial exploratória foram submetidos a análise fatorial confirmatória, no sentido de testar os respetivos ajustamentos aos dados. Os resultados são apresentados na Tabela 26.

Tabela 26
Índices de Ajustamento para os Modelos Testados (4 fatores)

Modelo	$\chi 2$	*gl*	$\chi 2$ /*gl*	RMSEA (IC) 95 %	SRMR	GFI	TLI	CFI	PNFI	ECVI
43 itens	1642.15	834	1.97	.044 (.040-.047)	.064	.857	.876	.885	.733	3.652
39 itens	1366.90	681	2.01	.044 (.041-.048)	.062	.867	.889	.898	.751	3.062
26 itens	572.12	288	1.98	.044 (.039-.049)	.057	.914	.933	.940	.787	1.366
24 itens	411.90	241	1.71	.037 (.031-.043)	.050	.935	.954	.960	.794	1.037
22 itens	292.17	194	1.51	.031 (.024-.039)	.046	.949	.968	.973	.776	.803

Nota. $\chi 2$ = 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.

Como se pode constatar, os índices de ajustamento das diferentes soluções fatoriais melhoraram progressivamente à medida que se reduziu o número de itens. Esta evolução sugere que a solução fatorial se torna cada vez mais ajustada aos dados. As soluções de 43 e 39 itens não apresentam índices de ajustamento satisfatórios. No entanto, a partir da

solução de 26 itens, os índices já se encontram dentro dos critérios de qualidade exigidos. Contudo, quando comparados os valores de ajustamento das soluções de 26, 24 e 22 itens, constata-se que a solução de 22 itens é aquela que cumpre os critérios mais rigorosos de ajustamento.

No modelo de 22 itens, o quociente do qui-quadrado pelos graus de liberdade encontra-se dentro dos parâmetros estabelecidos como adequados (entre 1 e 2); o facto do teste do qui-quadrado ser significativo pode dever-se à dimensão da amostra.

Os índices de ajustamento GFI, TLI e CFI apresentam valores bastante satisfatórios, todos superiores a .9, sendo os valores do TLI e do CFI superiores a .95. O PNFI também obteve um valor satisfatório (entre .7 e .9), sugerindo que o modelo é parcimonioso.

O RMSEA obteve um valor de .031 (inferior a .05, que é o critério mais exigente) e corresponde ao valor mais baixo de todos os modelos, bem como o SRMS, o que reforça o bom ajustamento aos dados. O ECVI, por sua vez, regista também o valor mais baixo na solução de 22 itens (.803), provando-se assim que este modelo é o mais estável de todos.

De acordo com estes resultados, o ajustamento do modelo de 22 itens poder-se-á classificar como "muito bom" (Marôco, 2010).

Tabela 27
Estrutura Fatorial do ICAS (22 itens): Coeficiente de Saturação Fatorial (Padronizado) e Indicadores Individuais de Fiabilidade (R^2)

Itens	IP	ISA	CUM	ETS	R^2
1		.528			.279
2	.743				.552
4			.610		.372
5				.690	.475
6		.666			.444
10			.602		.362
11	.673				.453
13	.568				.322
18	.502				.252
19			.368		.135
20		.533			.284
21				.609	.370

Itens	IP	ISA	CUM	ETS	R^2
25	.634				.402
26			.510		.260
29				.515	.266
30	.793				.628
32		.724			.524
33	.653				.426
35				.531	.282
36		.765			.585
37			.746		.557
40		.743			.551

Nota. N = 512; R^2 = Indicadores individuais de fiabilidade; IP = Impossibilidade de prevenção; ISA = Inexistência de sinais de alerta; CUM = Causalidade unimodal; ETS = Evitamento da temática suicida.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Os coeficientes padronizados de saturação para os itens e os respetivos indicadores de fiabilidade individual (R^2) foram também analisados para perceber qual a fração de variabilidade total de cada item explicada pelo fator a que pertence (Tabela 27).

Os coeficientes de saturação de todos os itens são considerados moderados e fortes (> .5), exceto no item 19. Aqui, o coeficiente (.368) é indicador de menor fiabilidade individual.

A análise do R^2 mostra que alguns indicadores de fiabilidade individual são relativamente mais baixos do que seria de esperar, segundo os valores de qualidade determinados (Fornell & Larcker, 1981); no entanto, dado que as outras medidas da análise fatorial confirmatória foram bastante favoráveis, como é o caso dos índices de ajustamento do modelo, optou-se por manter esta solução fatorial.

Uma vez que a solução fatorial em estudo derivou do método das componentes principais seguido de rotação varimax, pressupondo-se a independência dos fatores, procedeu-se à análise das correlações entre os quatro fatores obtidos.

Os resultados (Tabela 28) mostram que os coeficientes de correlação entre os fatores oscilaram entre .28 e .47, ou seja, como era expectável; os coeficientes são positivos e significativos, mas relativamente baixos e moderados. Estes dados parecem, desde logo, indicar que, embora as falsas-crenças estejam positivamente associadas entre si, existe uma diferenciação conceptual entre as mesmas.

Tabela 28
Correlação entre os Fatores do ICAS (22 itens)

	r			
	IP	ISA	CUM	ETS
Impossibilidade de prevenção (IP)	-			
Inexistência de sinais de alerta (ISA)	.47***	-		
Causalidade unimodal (CUM)	.47***	.35***	-	
Evitamento da temática suicida (ETS)	.39***	.28***	.42***	-

Nota. *N* = 512. *r* = Coeficiente de correlação de Pearson. IP = Impossibilidade de prevenção; ISA = Inexistência de sinais de alerta; CUM = Causalidade unimodal; ETS = Evitamento da temática suicida.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

6.4.3. Análise da Fiabilidade

A qualidade de um instrumento é determinada pelos estudos de fiabilidade e de validade, sendo que os resultados dos mesmos se expressam em termos de graus (Fortin, 2003). Neste ponto, avaliámos a fiabilidade, que diz respeito à precisão e constância dos resultados obtidos em momentos diferentes (Rust & Golombok, 2000).

Para avaliar a fiabilidade do ICAS foram considerados dois critérios, a consistência interna (através do alfa de Cronbach) e a estabilidade temporal (através do método teste-reteste). A consistência interna refere-se à homogeneidade e correlação entre os itens do instrumento, i.e., quanto mais relacionados estiverem os itens maior será a sua consistência interna (Fortin, 2003).

A estabilidade temporal diz respeito à reprodutibilidade de resultados idênticos, quando recolhidos em períodos temporais diferentes, sob as mesmas condições de aplicação (Rust & Golombok, 2000).

6.4.3.1. Análise da Consistência Interna

A consistência interna do ICAS foi avaliada para a totalidade dos 22 itens e para cada um dos fatores obtidos nesta solução fatorial (Tabela 29).

Tabela 29
*Consistência Interna das Subescalas e do Total do ICAS (*alfa de Cronbach)

	α
Subescalas e total do ICAS	(*N* = 512)
Impossibilidade de prevenção (IP)	.85
Inexistência de sinais de alerta (ISA)	.82
Causalidade unimodal (CUM)	.71
Evitamento da temática suicida (ETS)	.74
ICAS total	.88

Nota. *N* = 512. α = Alfa de Cronbach.

O ICAS, na sua totalidade, obteve um alfa de Cronbach de .88, o que corresponde a um valor "bom", segundo os critérios considerados (Pestana & Gageiro, 2009). Os alfas dos fatores (1) Impossibilidade de prevenção e (2) Inexistência de sinais de alerta foram igualmente considerados bastante satisfatórios (> .8) e dos fatores (3) Causalidade unimodal e (5) Evitamento da temática suicida foram satisfatórios.

Não obstante analisaram-se os coeficientes de correlação item-total corrigidos (*ritc*) para cada um dos fatores e o valor dos alfas se algum item fosse eliminado. No fator 1, as *ritc* variaram entre .51 (item 18) e .68 (item 30), sendo que a eliminação de qualquer um dos itens não contribuiria para o aumento do alfa de Cronbach. No fator 2, as *ritc* registaram um valor mínimo de .48 (item 1) e máximo de .67 (item 36) e mesmo que se excluísse algum item o valor global do alfa não aumentaria. No fator 3, verificaram-se correlações cujos coeficientes variaram entre .41 (item 19) e .50 (item 37), constatando-se ainda que a exclusão de qualquer um dos itens apenas diminuiria o alfa. Por último, no fator 4 observaram-se *ritc* entre .47 (item 21) e .59 (item 35) não se notando quaisquer subidas no alfa de Cronbach mesmo que algum dos itens fosse eliminado.

Em termos da escala na sua globalidade (22 itens), as *ritc* oscilaram entre .29 (item 19) e .65 (item 30); o valor do alfa de Cronbach da escala total (α = .88) não aumentaria caso se eliminasse algum dos itens.

6.4.3.2. Análise da Estabilidade Temporal

A estabilidade temporal do ICAS foi estudada através do método teste-reteste. Com efeito, os valores obtidos em duas aplicações diferentes foram correlacionados e submetidos ao teste *t* de Student para amostras emparelhadas.

Tabela 30
Estabilidade Temporal do ICAS (22 itens)

	Teste		Reteste			
Subescalas do ICAS	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*r*	*t*
Impossibilidade de prevenção (IP)	2.36	.852	2.41	.807	.69***	-1.127
Inexistência de sinais de alerta (ISA)	2.68	.764	2.64	.794	.60***	.933
Causalidade unimodal (CUM)	2.45	.790	2.46	.799	.61***	-.204
Evitamento da temática suicida (ETS)	2.67	.810	2.62	.947	.68***	1.237
ICAS total	2.53	.593	2.52	.617	.73***	.157

Nota. *N = 300. M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *r* = Coeficiente de correlação de Pearson entre os dois momentos de avaliação; *t* = Teste *t* de Student para amostras emparelhadas.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Os resultados obtidos (Tabela 30) no primeiro e no segundo momentos de aplicação encontram-se correlacionados de forma positiva (*r* entre .60 e .73) e não apresentam diferenças significativas entre ambos. Estes dados sugerem, assim, que existiu constância nos resultados entre os dois momentos de aplicação, o que suporta a estabilidade temporal do ICAS.

O conjunto dos resultados referentes à consistência interna e à estabilidade temporal permite afirmar que o ICAS apresenta índices adequados de fiabilidade.

6.4.4. Análise da Validade

6.4.4.1. Validade Convergente e Discriminante

A validade convergente refere-se ao grau de coesão dos itens incluídos num determinado fator. Quanto mais elevada for a fração da variância dos itens atribuível ao fator em causa, melhor será a validade convergente. Para avaliar a validade convergente

pode recorrer-se ao índice Variância extraída média (VEM) (Fornell & Larcker, 1981), sendo desejável que o mesmo alcance um valor superior a .5. Na Tabela 31 apresenta-se o índice VEM para cada um dos fatores do ICAS.

Tabela 31
Variância Extraída Média (VEM) do ICAS (22 itens)

Subescalas do ICAS	VEM (N = 512)
Impossibilidade de prevenção (IP)	.55
Inexistência de sinais de alerta (ISA)	.57
Causalidade unimodal (CUM)	.44
Evitamento da temática suicida (ETS)	.46

Nota. VEM = Variância extraída média.

Os fatores (1) Impossibilidade de prevenção e (2) Inexistência de sinais de alerta obtiveram valores de VEM superiores a .5, o que indica que os itens refletem exatamente o fator em que estão incluídos. Os fatores (3) Causalidade unimodal e (4) Evitamento da temática suicida apresentaram índices mais baixos, embora estes não sejam muito inferiores ao valor mínimo desejável (.5), pois são ≥ .44. Deste modo, a validade convergente do ICAS é considerada razoavelmente satisfatória.

Para garantir a validade discriminante, espera-se que o índice VEM de cada fator seja superior à variância partilhada entre eles (Fornell & Larcker, 1981).

Tabela 32
Variância Partilhada (r^2) entre os Fatores do ICAS

	r^2			
Subescalas	IP	ISA	CUM	ETS
Impossibilidade de prevenção (IP)	-			
Inexistência de sinais de alerta (ISA)	.34	-		
Causalidade unimodal (CUM)	.38	.24	-	
Evitamento da temática suicida (ETS)	.33	.14	.38	-

Nota. N = 512. r^2 = Quadrado da correlação entre os fatores.

Os resultados anteriormente expostos (Tabela 32) evidenciam que a variância partilhada entre os fatores foi claramente inferior à variância extraída média de cada fator (Tabela 31). Assim, poder-se-á afirmar que o ICAS permite uma diferenciação nítida entre os seus diferentes fatores.

6.4.4.2. Validade por Referência a Critério

A validade por referência a critério é avaliada através do "grau de relacionamento que é possível obter entre os resultados na prova (preditores) e a realização dos sujeitos em critérios externos" (Almeida & Freire, 2008, p. 195), considerada o subtipo validade concorrente quando "envolvem critérios obtidos mais ou menos na mesma altura em que é aplicado o questionário" (Moreira, 2004, p. 477), como é o caso da Predisposição para a prevenção, no presente estudo.

Assim, a validade concorrente foi analisada por meio dos coeficientes de correlação de Pearson entre o valor total do ICAS e as medidas de resultado referentes à Predisposição para a prevenção, de acordo com o pressuposto assumido anteriormente.

Tabela 33
Correlação entre o ICAS e a Predisposição para a Prevenção

	r
Perceção global de sucesso da prevenção do suicídio	-.51***
Perceção de autoeficácia na prevenção do suicídio dos pares	-.60***
Perceção de sucesso na prevenção do suicídio do próprio	-.70***

Nota. N = 512. r = Coeficiente de correlação de Pearson. ICAS = Valor total do Inventário de Crenças sobre Atos Suicidas.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Os resultados que constam na tabela anterior (Tabela 33) mostram coeficientes de correlação moderados, negativos e estatisticamente significativos entre o grau de concordância com as Falsas-crenças e a Predisposição para a prevenção, ou seja, um grau superior de concordância com as falsas-crenças está associado a menor perceção global de sucesso da prevenção, menor perceção de autoeficácia na prevenção do suicídio dos pares e do próprio, o que faz antever várias implicações práticas.

6.4.5. Diferenças entre Grupos

No sentido de explorar eventuais diferenças no ICAS em função do sexo dos participantes, aplicou-se o teste *t* de Student para amostras independentes, quer para o total, quer para os fatores do inventário.

Tabela 34
Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e teste t de Student em Função do Sexo

	Amostra total (*N* = 512)		Sexo masculino (*n* = 210)		Sexo feminino (*n* = 302)				
	M	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*d* de Cohen	*t*	*p*
Impossibilidade de prevenção (IP)	2.37	.806	2.38	.783	2.36	.823	.025	.169	.866
Inexistência de sinais de alerta (ISA)	2.69	.739	2.72	.715	2.67	.756	.068	.828	.408
Causalidade unimodal (CUM)	2.46	.776	2.57	.732	2.38	.797	.248	2.780	.006
Evitamento da temática suicida (ETS)	2.68	.808	2.73	.835	2.66	.788	.086	.948	.344
ICAS total	2.53	.585	2.58	.571	2.50	.594	.137	1.432	.153

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *t* = Teste *t* de Student para amostras independentes; ICAS total = Valor total do Inventário de Crenças sobre os Atos Suicidas.

Os resultados apresentados na Tabela 34 mostram que não se registaram diferenças significativas entre os sexos nas subescalas do ICAS e no ICAS-total, exceto na subescala Causalidade unimodal. O sexo masculino, comparativamente ao sexo feminino, apresentou uma média significativamente mais elevada de concordância com os itens desta subescala ($t_{(510)}$ = 2.780, p = .006).

6.5. Discussão

O presente estudo teve como principais objetivos construir um inventário que avaliasse as principais falsas-crenças sobre os atos suicidas e estudar as suas características psicométricas.

Inicialmente, foram seguidos os vários procedimentos inerentes à elaboração de um inventário, desde a concetualização das dimensões teóricas, a formulação inicial dos itens, revisão dos mesmos por um painel de juízes, aplicação do instrumento a um grupo da população-alvo, pela técnica da "reflexão falada", revisão global das análises qualitativas e redação da versão final do designado Inventário de Crenças sobre Atos Suicidas (ICAS).

A análise qualitativa dos itens, após as reformulações decorrentes do feedback do painel de juízes e do grupo de participantes da população-alvo, permite-nos afirmar que o ICAS parece apresentar uma validade de conteúdo adequada, critério primário para prosseguir com as análises quantitativas (Almeida & Freire, 2008; Hill & Hill, 2008; Moreira, 2004).

Nesta fase, a versão final incluiu 43 itens, distribuídos por quatro dimensões teóricas representativas do constructo principal: falsas-crenças sobre o suicídio, que interfiram negativamente na prevenção. As quatro dimensões teóricas foram as seguintes: (1) Inexistência de sinais de alerta (12 itens); (2) Impossibilidade de prevenção (11 itens); (3) Evitamento da temática suicida (8 itens) e (4) Causalidade unimodal dos atos suicidas (12 itens).

As características descritivas de cada item – a média, o desvio-padrão, a amplitude, a assimetria, a curtose, o coeficiente de correlação item-total corrigido e o contributo do item para o alfa total – apresentam globalmente resultados satisfatórios.

Os valores médios dos itens, em todas as dimensões, encontram-se próximos do ponto intermédio da escala de resposta tipo *Likert* de cinco pontos (ponto três), embora sejam ligeiramente mais baixos nas dimensões três (Evitamento da temática suicida) e quatro (Causalidade unimodal). Os desvios-padrão encontram-se, tal como desejada (Almeida & Freire, 2008), próximos da unidade (entre .907 e 1.276). Estes resultados sugerem que a concordância com as falsas-crenças tende a assumir resultados intermédios da escala de resposta, ou seja, globalmente, os jovens não apresentam uma posição muito definida em relação às mesmas (e.g., Chávez-Hernández et al., 2008).

Na generalidade, os valores de assimetria e curtose dos itens de cada uma das dimensões são inferiores à unidade (em valor absoluto), o que permite considerar que a distribuição cumpre os critérios da normalidade estabelecidos na literatura (Almeida & Freire, 2008; Kline, 2011; Marôco, 2011).

A análise dos coeficientes de correlação item-total corrigidos mostram que a maioria dos itens apresenta uma validade interna adequada. No entanto, quatro itens (itens 9, 22, 23 e 31) foram excluídos do instrumento por terem coeficientes de correlação mais baixos com o total (< .3), pois significa que têm um menor poder discriminativo. Verificou-se simultaneamente que a eliminação dos referidos itens não afetava de forma significativa o alfa global das respetivas dimensões, o que reforçou a decisão pela sua eliminação. Segundo Almeida e Freire (2008), os itens com maior poder discriminativo associam-se a coeficientes de correlação mais elevados, correspondendo a uma melhor validade interna. Assim, a exclusão dos itens com menor poder discriminativo contribui para a homogeneidade da medida (Almeida & Freire, 2008).

Os alfas obtidos para as diferentes dimensões teóricas foram todos bastante elevados (entre .76 na dimensão Causalidade unimodal e .86 na dimensão Impossibilidade de prevenção), o que sugeriu a boa consistência das dimensões teóricas.

Após a análise das estatísticas descritivas e da validade interna dos itens, procedeu-se à análise fatorial exploratória, no sentido de perceber se os itens refletiam as dimensões teóricas concetualizadas. A primeira análise fatorial exploratória obteve 8 fatores com itens dispersos e de difícil interpretação, o que levou ao estudo de outras soluções. A análise do *scree plot* sugeriu a retenção 4 fatores, pelo que foi explorada essa solução fatorial. Após a eliminação de itens com características menos adequadas já que obtiveram saturações superiores a .3 em mais do que um fator, obteve-se uma última solução fatorial com 22 itens organizados em 4 fatores, que explicam 53.21% da variância total. O número final de 22 itens é indicado como apropriado para um instrumento, embora não exista um número ideal (Almeida & Freire, 2008; J. L. P. Ribeiro, 1999), bem como a percentagem de variância total explicada, que não deve ser inferior a 50% (Marôco, 2011).

O fator 1 assume a designação Impossibilidade de prevenção, inclui 7 itens, explica 29.69% da variância e tem um valor próprio de 6.53. O fator 2 foi intitulado como Inexistência de sinais de alerta, integra 6 itens, explica 9.63% da variância e tem um valor próprio de 2.12. O fator 3 foi designado de Causalidade unimodal, representa 5 itens que explicam 7.67% da variância e tem um valor próprio de 1.69. Por último, o fator 4 foi denominado de Evitamento da temática suicida, resultou do agrupamento de 4 itens, explica 6.24% da variância e tem um valor próprio de 1.37.

Esta solução fatorial cumpre os critérios mínimos de qualidade estabelecidos na literatura, uma vez que cada fator tem mais do que o mínimo de três itens (J. L. P. Ribeiro, 1999) cada fator explica mais do que 5% da variância, a variância total não é inferior a 50% (Marôco, 2011; Tabachnick & Fidell, 2007) e os valores próprios de cada fator são superior a 1 (Marôco, 2011; Moreira, 2004). Importa ainda referir que as comunalidades são todas superiores a .4 (exceto no item 1, em que h^2 = .396) e todos os itens têm um peso de saturação superior a .5 no fator primário e inferior a .3 nos outros fatores, o que cumpre os requisitos de uma solução fatorial bastante satisfatória (Marôco, 2011; Pestana & Gageiro, 2009; Tabachnick & Fidell, 2007).

Para além da adequabilidade dos critérios estatísticos quantitativos, a nível conceptual o agrupamento final dos itens em fatores – após a exclusão de alguns itens – correspondeu à estruturação das dimensões teóricas iniciais. Esta equivalência levou à atribuição das mesmas designações das dimensões teóricas aos fatores estatísticos, embora por uma sequência diferente, respeitando a ordem de extração dos fatores.

A análise fatorial confirmatória mostrou que o modelo de 4 fatores com 22 itens apresentou o melhor ajustamento aos dados, sendo que mesmo classificado como muito bom. Todos os índices de ajustamento obtiveram resultados dentro dos parâmetros de qualidade mais rigorosos (Kline, 2011). Estes resultados levaram a que esta solução fatorial de 22 itens fosse adotada como a solução final do ICAS.

Em relação aos coeficientes padronizados de saturação fatorial e aos indicadores de fiabilidade individual, os resultados da maioria dos itens mostraram-se adequados.

Relativamente aos valores do coeficiente padronizado de saturação fatorial, poder-se-á afirmar que a variação nas respostas a estes itens parece depender do fator latente que lhes está associado, subsistindo apenas algumas dúvidas em relação ao item 19. O facto de este item explicar uma menor fração do fator a que está associado pode dever-se à sua própria natureza, i.e., trata-se de um fator, Causalidade unimodal, que integra diferentes explicações para as causas dos atos suicidas que teoricamente não têm que estar relacionadas entre si. Possivelmente o item 19 não é tão representativo do fator comparativamente aos outros itens do mesmo.

Em relação à análise do R^2, alguns indicadores de fiabilidade individual mostraram-se relativamente mais baixos do que seria de esperar, segundo os valores de qualidade determinados (Fornell & Larcker, 1981); no entanto, uma vez que as outras medidas da

análise fatorial foram bastante favoráveis, como é o caso dos índices de ajustamento do modelo, optou-se por manter esta solução fatorial.

Dado que a rotação dos fatores foi varimax, que pressupõe a independência dos mesmos, analisaram-se as respetivas intercorrelações. O coeficiente de correlação entre os fatores do ICAS obteve valores baixos e moderados, corroborando assim a diferenciação individual dos fatores. No entanto, considerando os fatores como unidades conceptuais representativas do constructo "falsas-crenças", a independência entre os mesmos naturalmente não é total. O sinal positivo dos coeficientes de correlação indicou que o posicionamento dos indivíduos em relação às diferentes falsas-crenças tende a evoluir no mesmo sentido. Para além disso, é de salientar que a correlação foi mais elevada entre a crença na Impossibilidade de prevenção e a crença na Inexistência de sinais de alerta e na Causalidade unimodal. Ou seja, quem considera que não existem sinais de alerta prévios e quem acredita que existe apenas uma única causa simplista para a eclosão dos atos suicidas, tende a perspetivar os atos suicidas também como não-preveníveis. Estes resultados parecem indicar que talvez os indivíduos considerem ser difícil identificar a pessoa em risco e atuar sobre a causa que explica a eclosão do ato suicida.

No que respeita à consistência interna dos fatores, medida pelo alfa de Cronbach, o instrumento na sua globalidade regista um valor bastante satisfatório ($\alpha = .88$), bem como em todos os outros fatores ($\alpha > .70$) (e.g., Almeida & Freire, 2008; Hill & Hill, 2008). De referir que o fator 3 (Causalidade unimodal) foi aquele que registou um valor de alfa mais baixo ($\alpha = .71$), o que pode dever-se à maior heterogeneidade dos itens. Uma vez que se tratam de diferentes causas explicativas para os atos suicidas é compreensível que a consistência interna deste fator não seja tão elevada como nos outros.

Em relação à estabilidade temporal, avaliada através do método teste-reteste, os resultados apontam para a constância das medidas entre os dois momentos de aplicação, i.e., encontram-se relativamente correlacionados e não apresentam diferenças significativas entre si.

Os resultados ao nível da consistência interna e da estabilidade temporal permitem afirmar que a fiabilidade do ICAS é satisfatória. A garantia de fiabilidade do instrumento é um dos critérios essenciais no estudo das características psicométricas, sendo o outro critério a validade (Rust & Golombok, 2000).

A validade convergente, avaliada através do índice de variância extraída média, obteve resultados satisfatórios nos fatores (1) Impossibilidade de prevenção e (2) Inexistência de sinais de alerta (VEM > a .5). No entanto, os fatores (3) Causalidade unimodal e (4) Evitamento da temática suicida apresentaram valores sensivelmente inferiores ao desejável (.5), o que poderá levantar algumas questões sobre a convergência dos itens nestes fatores. Estes resultados surgem no mesmo sentido da consistência interna, uma vez que os referidos valores também foram mais baixos nos fatores 3 e 4, (embora satisfatórios). Possivelmente, tanto a menor convergência, como a menor consistência interna podem ser explicadas, quer pela maior heterogeneidade dos itens destes fatores, quer pelo menor número de itens associados aos mesmos.

Em relação à variância partilhada, os resultados encontrados são bastante baixos (<.38) e inferiores à variância média extraída de cada fator, o que evidencia a diferenciação entre os fatores do ICAS. Deste modo, os dados suportam a existência de validade discriminante.

A validade por referência a critério, mais especificamente a validade concorrente, foi explorada através das correlações entre o ICAS e a predisposição para a prevenção, considerada como medida de resultado. Pode observar-se uma correlação negativa e significativa moderada, corroborando assim o papel negativo que as falsas-crenças podem desempenhar sobre a predisposição para a prevenção. É de salientar que se verificou o mesmo tipo relação (coeficientes negativos, moderados e significativos) com as três medidas utilizadas: (1) perceção global de sucesso da prevenção do suicídio, (2) perceção de autoeficácia na prevenção do suicídio dos pares e (3) perceção de sucesso na prevenção do suicídio do próprio.

Esta associação negativa alerta, deste modo, para a necessidade de ações de esclarecimento sobre as falsas-crenças que interferem negativamente na prevenção (Capuzzi, 2009; Lake & Gould, 2011; Moskos et al., 2004; Shaffer & Gould, 2000), à semelhança do que demonstram alguns programas de prevenção desenvolvidos especificamente para jovens (e.g., Chávez-Hernández et al., 2008; Walker et al., 2009; Wasserman et al., 2010).

A comparação dos resultados no ICAS, em função do sexo dos participantes, apenas registou diferenças significativas no fator Causalidade unimodal, sendo que o sexo masculino regista valores médios significativamente mais elevados do que o sexo feminino. Parece, assim, que os rapazes tendem a atribuir razões únicas ou mais simplistas aos atos suicidas do que as raparigas.

Globalmente, as análises desenvolvidas permitem-nos afirmar que o ICAS se trata de um instrumento que corresponde aos objetivos para os quais foi construído. As dimensões conceptualizadas teoricamente correspondem aos fatores estatísticos extraídos, embora tivessem sido excluídos alguns itens com características psicométricas menos apropriadas. A eliminação de itens é um procedimento comum e previsível desde o início da construção de qualquer instrumento, como é proposto por vários autores (e.g., Almeida & Freire, 2008; Fortin, 2009; J. L. P. Ribeiro, 1999), em prol da obtenção de um instrumento com melhores características psicométricas e mais parcimonioso.

O conjunto de 22 itens, organizados em quatro fatores, obteve características psicométricas satisfatórias, quer em termos de fiabilidade, quer em termos de validade. A sua reduzida dimensão poderá torná-lo num instrumento de fácil e rápida aplicação, potenciando as suas vantagens. O ICAS tem como principal potencialidade permitir a medição da prevalência de falsas-crenças na população jovem, além disso, permitirá, posteriormente, avaliar a mudança dessas crenças, antes e depois de uma ação de prevenção. De referir que este instrumento poderá ser particularmente útil em intervenções no âmbito da prevenção primária.

No entanto, o esforço de construção de um instrumento deve ser entendido como um investimento que pode ser melhorado. Com efeito, notamos algumas limitações neste estudo que se poderão tentar contornar no futuro. Especificamente, pode referir-se o facto de dois coeficientes padronizados de saturação fatorial, alguns indicadores de fiabilidade individual e a variância extraída média de dois fatores não terem obtido resultados tão satisfatórios como seria desejável. Sugere-se que estes parâmetros sejam melhorados em próximos estudos. Poderá ainda questionar-se se os resultados menos satisfatórios poderiam ser minimizados se os jovens tivessem respondido apenas à versão definitiva do ICAS com 22 itens, em vez dos 43 itens inicias.

Outra limitação que pode ser referida é o facto da aplicação dos questionários decorrer no contexto de sala-de-aula, onde a distância interpessoal com os seus pares, professor e investigador está condicionada.

Sugere-se que as características psicométricas do ICAS continuem a ser estudadas na população adolescente, em diferentes contextos e que a sua aplicabilidade seja alargada a outras faixas etárias, bem como a populações clínicas. O facto de o ICAS abordar crenças que frequentemente são transmitidas pelos familiares e pelo ambiente cultural alerta para a importância de explorar as potencialidades do ICAS

em grupos etários mais avançados. Este instrumento poderá ainda ter bastante utilidade em programas de prevenção primária dos atos suicidas, bem como junto de familiares e pessoas próximas de indivíduos em risco suicida. Esta ideia surge do pressuposto de que as falsas-crenças apresentam consequências negativas que justificam o desenvolvimento de programas de sensibilização e destigmatização sobre o suicídio, dirigidos a diferentes públicos-alvo (Capuzzi, 2009; Lake & Gould, 2011; Moskos et al., 2004; Shaffer & Gould, 2000).

Em síntese, os resultados permitem afirmar que o ICAS satisfaz adequadamente, quer os critérios de fiabilidade, quer os critérios de validade, constituindo-se como um instrumento adequado para o estudo das falsas-crenças comprometedoras da prevenção do suicídio.

CAPÍTULO 7. ESTUDO 4. ESTUDO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO INVENTÁRIO DE SINAIS DE ALERTA PARA ATOS SUICIDAS (ISAS)

"Ignoring or otherwise mishandling suicide-related communications can have tragic consequences"

(T. Joiner, 2010, p. 172).

7.1. Introdução

O reconhecimento dos sinais de alerta é um dos princípios básicos para a prevenção dos problemas de saúde mental, em geral, e dos atos suicidas[34], em particular, sendo uma componente transversal aos vários níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. No âmbito da prevenção primária, em específico, ter a capacidade de reconhecer os sinais de alerta, pode ser determinante na interrupção precoce do percurso suicida, antes da ocorrência do primeiro ato.

Deste modo, pressupõe-se que a divulgação dos sinais de alerta em campanhas de prevenção potencia a sua deteção precoce, assim como o encaminhamento de indivíduos vulneráveis para intervenção clínica e, consequentemente, a redução do número de mortes por suicídio (Rudd, Berman, et al., 2006; Shaffer & Gould, 2000).

No entanto, o estudo dos sinais de alerta para os atos suicidas tem encontrado algumas limitações conceptuais e metodológicas em ações de prevenção, nomeadamente ao nível da identificação dos sinais de alerta bem como das conjugações e da forma mais eficiente, empiricamente validada, de os transmitir aos clínicos e à comunidade. No sentido de colmatar estas limitações, a Associação Americana de Suicidologia (AAS) sinalizou três domínios prioritários: (a) definição de uma lista consensual de sinais de alerta; (b) métodos para a divulgação dos mesmos e (c) avaliação dos conhecimentos adquiridos pelo público após a sua divulgação (AAS, 2013). Dada a sua importância, apresenta-se, de seguida, uma revisão destes principais aspetos.

[34] A designação atos suicidas refere-se a tentativas de suicídio e suicídio consumado (DGS, 2013).

O constructo sinais de alerta[35], também designado por sinais de risco ou sinais de perigo, para os atos suicidas, permaneceu, durante largos anos, indefinido e pouco estudado na literatura científica (Rudd, Mandrusiak, et al., 2006). Apenas recentemente foram desenvolvidos alguns esforços para circunscrever este constructo e distingui-lo de outros próximos, com os quais é muitas vezes confundido, como é o caso dos fatores de risco (e.g., Rudd, Berman, et al., 2006).

Os sinais de alerta para o suicídio podem ser definidos como "manifestações comportamentais da precipitação de condições num indivíduo particular: elas são diretamente observáveis, refletem o atual estado do indivíduo e indicam a presença de uma crise suicida" (Van Orden et al., 2006, p. 273). Os sinais de alerta sugerem, assim, a possibilidade de ocorrência de um ato suicida num futuro muito próximo – que pode variar de horas a alguns dias – e, por isso, exigem uma intervenção imediata e eficaz (Hawton, 2010; Rudd, Berman, et al., 2006). Estes sinais caracterizam-se também por serem dinâmicos, o que significa que podem desaparecer com alguma facilidade quando a crise suicida é superada. O mesmo não se sucede com os fatores de risco que são mais estáticos, com uma duração mais prologada no tempo e com menos probabilidade de mudança (Rudd, Berman, et al., 2006).

Perante a necessidade de delimitar o constructo sinais de alerta, Rudd, Berman, et al. (2006) enunciaram ainda um conjunto de categorias em que estes se distinguem dos fatores de risco. No que diz respeito à sua especificidade, os sinais de alerta têm sido de forma insuficiente definidos e sem grande suporte empírico. Por seu lado, os fatores de risco estão mais bem definidos, pois derivam de resultados empíricos e de estudos com populações clínicas e não-clínicas. Em relação à natureza da ocorrência, os sinais de alerta são episódicos e variáveis (e.g., ideação suicida) e os fatores de risco são estáticos e persistentes (e.g., o diagnóstico de uma doença psiquiátrica). No que respeita ao carácter experiencial, os sinais de alerta têm um carácter mais subjetivo (e.g., ameaças de suicídio) (Rudd, Berman, et al., 2006) e os fatores de risco são mais objetivos (e.g., história de tentativas de suicídio).

Se estas características são consensuais, o mesmo não acontece com a identificação e importância comparativa dos vários sinais de alerta, que podem significar a iminência de um ato suicida.

[35] Da expressão inglesa *warning signals*.

A identificação dos sinais de alerta específicos para os atos suicidas tem suscitado alguma controvérsia devido à própria complexidade do fenómeno suicídio. Alguns indivíduos apresentam vários sinais de alerta, mas não cometem atos suicidas; outros mostram poucos ou nenhuns sinais de alerta e realizam atos suicidas, o que significa que há sinais de alerta comuns em indivíduos suicidas e não-suicidas. Além disso, os sinais de alerta podem não ser os mesmos em diferentes indivíduos e assumem diferentes graus de importância, ou seja, existe uma grande variabilidade interpessoal (T. Joiner, 2010; D. N. Miller, 2011; Shaffer & Gould, 2000).

Perante as dificuldades concetuais e a ausência de um documento oficial com o conjunto dos sinais de alerta, um grupo de trabalho sob os auspícios da ASS, em 2003, elaborou uma lista desses potenciais sinais e divulgou-a pela comunidade. Essa lista foi organizada de forma hierárquica e dividida em duas partes. Na primeira, foram apresentados os sinais que carecem de intervenção muito urgente, nomeadamente ameaças suicidas, planos suicidas e expressão (verbal ou escrita) sobre pensamentos suicidas ou morte. Na segunda, foram expostos os sinais que carecem de avaliação por parte de profissionais especializados, mas não com carácter de máxima urgência. Desta segunda lista constam os seguintes sinais: (a) desesperança; (b) raiva e desejo de vingança; (c) envolvimento em atividades de risco, aparentemente de forma impulsiva; (d) sentimento de "estar preso", sem qualquer saída; (e) aumento do uso de álcool e drogas; (f) isolamento dos amigos, família ou sociedade; (g) ansiedade, agitação, dificuldades para dormir ou dormir excessivamente; (h) mudanças drásticas do humor e (i) ausência de razões para viver, perceção de que a vida não tem sentido, nem objetivos (AAS, 2013).

Em conjunto com esta lista de sinais de alerta, o grupo de trabalho da AAS criou também as instruções sobre o comportamento que se deve adotar perante cada um dos tipos. Segundo estes peritos, perante alguém que manifeste os sinais da primeira lista deve-se contactar de imediato o número de emergência médica nacional e entrar diretamente em contacto com um profissional de saúde mental. Quando na presença dos sinais da segunda parte da lista, os indivíduos devem ser encaminhados para um profissional de saúde mental, mas não como um caso de emergência (AAS, 2013).

A AAS criou ainda a mnemónica *IS PATH WARM?* que corresponde aos seguintes sinais de alerta: (a) ideação suicida (I-*Ideation*); (b) abuso de substâncias (S-*Substance Abuse*); (c) sentimento de inutilidade (P-*Purposelessness*); (d) ansiedade (A-*Anxiety*); (e) sentimento de que não existem alternativas (T-*Trapped*); (f) desesperança (H-

Hopelessness); (g) isolamento (W-*Withdrawal*); (h) raiva (A-*Anger*); (i) impulsividade (R-*Recklessness*) e (j) mudanças de humor (M-*Mood Changes*). Esta mnemónica está disponível no sítio *web* da AAS (2013), sendo largamente difundida em *newsletters* (e.g., Juhnke, Granello, Lebrón-Striker, & Lebrón-Striker, 2007) e em artigos científicos (e.g., Bryan, Steiner-Pappalardo, & Rudd, 2009; Rudd, Berman, et al., 2006).

Os sinais de alerta têm sido categorizados também de outras formas: (a) sinais verbais diretos; (b) sinais verbais indiretos; (c) sinais comportamentais diretos e (d) sinais comportamentais indiretos.

Os sinais verbais diretos são expressões diretas dos pensamentos suicidas, como por exemplo "eu quero morrer". Os sinais verbais indiretos correspondem a expressões que indiciam o desejo de morrer, como sejam "apetece-me desaparecer". Os sinais comportamentais diretos são ações relacionadas com a preparação dos atos suicidas, de que pode ser exemplo a compra de produtos tóxicos. Os sinais comportamentais indiretos correspondem a indícios de que a pessoa pode estar a preparar o suicídio, como por exemplo o ato de se desfazer dos seus objetos pessoais significativos (Inoue et al., 2007).

Com base nesta categorização, num estudo com 2948 indivíduos que cometeram atos suicidas, em que 40.4% dos casos demonstraram sinais de alerta, verificou-se que 32.5% eram sinais verbais diretos, 27.8% sinais verbais indiretos, 6.5% sinais comportamentais diretos e 33.2% sinais comportamentais indiretos (Inoue et al., 2007).

Os sinais de alerta enunciados no estudo anterior são comuns aos potenciais suicidas de várias faixas etárias. O facto de não existir uma lista de sinais de alerta validada para a população jovem que seja distinta das listas de outras faixas etárias, é outra das lacunas apontadas no estudo da Suicidologia na adolescência (D. N. Miller, 2011). Existem porém alguns autores que, nas últimas décadas, se têm dedicado especificamente ao estudo dos atos suicidas e dos sinais de alerta na adolescência, dadas as particularidades dos indivíduos nesta fase de desenvolvimento.

Os adolescentes podem falar abertamente sobre a morte e o morrer (A. Berman et al., 2006), mas o mais comum é transmitirem os seus pensamentos suicidas apenas por pistas indiretas, sem os verbalizarem diretamente (Capuzzi, 2009). Entre essas pistas podem enunciar-se desenhos sobre a morte, a falta de cuidado com a segurança pessoal, envolvimento em comportamentos de risco pouco habituais, como conduzir a alta velocidade ou experimentar drogas, álcool e/ou medicamentos em excesso (A. Berman et al., 2006; Capuzzi, 2009). Também ao nível dos padrões sociais, um adolescente cooperante, compreensivo e socialmente participativo pode tornar-se indiferente aos

outros, egoísta, desrespeitador das regras e isolar-se das atividades em que habitualmente participava. A diminuição repentina do desempenho e interesse escolar é outra área que pode indiciar a presença de pensamentos suicidas, pois os adolescentes deixam de ter concentração suficiente para se envolverem e investirem nas tarefas escolares (Capuzzi, 2009).

Entre os sinais de alerta nos adolescentes, podem, ainda, referir-se dificuldades de concentração, alteração dos padrões de sono e de alimentação, tentativas para colocar os assuntos e objetos pessoais em ordem, preocupações com a morte ou com temas violentos e melhoria repentina após um período depressivo (Capuzzi, 2009).

Em termos de linguagem verbal, alguns adolescentes podem expressar-se aberta e diretamente através de frases do tipo “eu vou-me matar” ou “eu estou a pensar terminar com a minha vida” ou, de forma menos direta, “eu vou-me embora de casa”, “ela vai arrepender-se da forma como me tem tratado”, “um dia vão aperceber-se que as coisas que eu dizia eram sérias” (Capuzzi, 2009).

Segundo Berman et al. (2006), o aparecimento dos sinais de alerta suicida envolve uma constelação de vários fatores: (a) vulnerabilidade prévia para se tornar suicida (e.g., tentativas de suicídio anteriores ou psicopatologia atual); (b) facilitadores do ato (e.g., ideação suicida com um plano ou alta impulsividade); (c) aceitabilidade do suicídio (e.g., razões para morrer, atração pela morte, modelos de suicídio); (d) falta de suporte (e.g., isolamento social, falta de vinculação) e (e) a falha dos fatores protetores (disponibilidade de métodos) (A. Berman et al., 2006). Estes fatores poderão também ser adjuvantes na identificação de alguém em risco iminente de suicídio.

Como se referiu anteriormente, os sinais de alerta não são os mesmos para todos os indivíduos e nem todos manifestam esses sinais. Contudo, a maioria dos adolescentes que comete atos suicidas expressa sinais de alerta (King, 1999), embora esses sinais sejam geralmente ignorados ou mal-interpretados pelos amigos e pela família (Barnes, Ikeda, & Kresnow, 2001; A. Berman et al., 2006). Como grande parte dos indivíduos (75%) que se suicidam não estão em contacto com os serviços de saúde (Owens et al., 2003) manifestando apenas esses sinais entre os familiares e amigos, torna-se essencial prestar informação sobre os mesmos aos entes mais próximos (Hjelmeland & Knizek, 2004). A informação sobre os sinais de alerta é igualmente importante para as pessoas vulneráveis, de modo a que possam solicitar ajuda precocemente (Aseltine & DeMartino, 2004; Aseltine et al., 2007; Capuzzi, 2009).

Face ao exposto, torna-se essencial desenvolver programas de consciencialização sobre a prevenção do suicídio que incluam os sinais de alerta. O aumento do conhecimento sobre os sinais de alerta, enquanto estratégia de prevenção primária (M. S. Gould et al., 2005), tem como objetivo último tornar a deteção do processo suicida mais precoce (M. S. Gould et al., 2003; D. N. Miller, 2011; Shaffer & Gould, 2000), de modo a facilitar uma intervenção mais célere e eficaz (A. Berman et al., 2006; D. N. Miller, 2011; Rudd, Berman, et al., 2006).

As investigações empíricas sobre a eficácia dos programas de sensibilização para os sinais de alerta têm mostrado melhorias na capacidade de reconhecimento destes indicadores. Na investigação de Tsai et al. (2010), após a participação num programa de prevenção do suicídio, a média de consciencialização dos participantes sobre os sinais de alerta aumentou de 3.97 para 4.53 e a percentagem de itens pontuados com 4 valores aumentou de 46.88% para 84.38% e 5 dos 27 itens foram pontuados com 5, numa escala de tipo *Likert* de seis pontos, em que 1 (*Nenhum risco*) e 6 (*Risco extremamente elevado*). Além disso, depois da participação no programa, 80.3% admite que, se encontrasse alguém potencialmente suicida, encorajaria essa pessoa a procurar ajuda profissional (Tsai et al., 2010).

Num outro estudo verificou-se que a utilização da mnemónica *IS PATH WARM?* da AAS também aumentou a capacidade de reconhecimento dos sinais de alerta, após um programa de sensibilização dirigido a uma população adulta (Bryan et al., 2009).

Os programas de prevenção do suicídio dirigidos especificamente a adolescentes, em contexto escolar, têm igualmente demonstrado que é possível aumentar a capacidade de reconhecimento desses sinais nos pares e em si próprios (e.g., Chávez-Hernández et al., 2008; Kalafat & Elias, 1994; Walker et al., 2009).

Uma questão que tem sido levantada recorrentemente no âmbito dos programas de prevenção, diz respeito aos possíveis efeitos secundários advindos da divulgação das listas de sinais de alerta, o que tem suscitado algumas investigações.

Rudd, Mandrusiak, et al. (2006) usaram um *design* experimental com duas condições – grupo experimental e grupo de controlo – para avaliar os possíveis efeitos secundários da leitura de uma lista de sinais de alerta para os atos suicidas. O grupo experimental leu duas listas de sinais de alerta, uma para a diabetes e outra para o suicídio. O grupo de controlo leu também duas listas de sinais de alerta, uma para a diabetes, a mesma que o grupo experimental, e outra para os ataques cardíacos. Quanto aos resultados, não se registaram diferenças significativas entre ambos os grupos em

termos de distresse (depressão, ansiedade, desesperança, afeto positivo e negativo). Ou seja, a leitura de uma lista de sinais de alerta para o suicídio não teve qualquer impacto emocional negativo sobre os estudantes.

Van Orden et al. (2006) desenvolveram um estudo similar sobre os possíveis efeitos do contacto com uma lista de sinais de alerta para o suicídio, mas em relação às crenças sobre a saúde e ao estado de humor – afetos positivos e negativos. Os autores utilizaram o mesmo *design* experimental do estudo anterior. O grupo experimental leu a lista de sinais de alerta para a diabetes e, em seguida, a lista para o suicídio; o grupo de controlo leu primeiro a sinais de alerta para a diabetes e depois para os ataques cardíacos. Chegou-se à seguinte conclusão: o grupo experimental demonstrou maior capacidade para reconhecer os sinais de alerta suicida, sem desenvolver crenças estigmatizadas sobre os indivíduos suicidas (Van Orden et al., 2006); ao nível do estado de humor não foram registadas diferenças significativas entre os grupos, apesar do grupo que leu os sinais de alerta para os ataques cardíacos ter um nível médio de afeto negativo superior ao grupo que leu os sinais de alerta para o suicídio (Van Orden et al., 2006). Pode assim constatar-se que a leitura de uma lista de sinais de alerta para o suicídio aumentou a capacidade percebida para reconhecer pessoas em risco sem criar ou maximizar crenças estigmatizadas sobre os indivíduos suicidas (Van Orden et al., 2006).

Assim, a constatação de que, por um lado, poderá haver um aumento do reconhecimento dos sinais de alerta após intervenções nesse sentido e, por outro, a aparente ausência de efeitos secundários (negativos) alerta para a importância de incluir e avaliar este tema nos programas de prevenção.

No entanto, os instrumentos para avaliar o reconhecimento de sinais de alerta com características psicométricas satisfatórias são escassos, sobretudo em adolescentes. Podemos referir a lista de sinais de alerta publicada pela AAS, já mencionada anteriormente, ou o *Awareness of Suicide Warning Signs Questionnaire* (Tsai et al., 2010). Em Portugal, porém, não se conhece a existência de um instrumento que permita medir o reconhecimento de sinais de alerta para os atos suicidas, que permita avaliar a aquisição de conhecimentos, após uma ação de prevenção e cujas propriedades psicométricas sejam adequadas, o que motivou o desenvolvimento do presente estudo.

7.2. Objetivos

O presente estudo teve como principal objetivo desenvolver um Inventário de Sinais de Alerta para Atos Suicidas (ISAS) nos adolescentes e estudar as respetivas características psicométricas. Os objetivos específicos consistiram em: (a) inventariar os sinais de alerta para o suicídio em adolescentes; (b) averiguar a validade de conteúdo do inventário; (c) analisar as características descritivas e a validade interna dos itens; (d) estudar as características psicométricas, nomeadamente a estrutura interna, a fiabilidade (consistência interna e estabilidade temporal), a validade convergente e a validade discriminante, bem como a validade concorrente e (e) explorar as diferenças no inventário em função do sexo dos participantes.

7.3. Método

7.3.1. Estratégias para a construção e desenvolvimento do Inventário de Sinais de Alerta para Atos Suicidas (ISAS)

A conceção do presente inventário obedeceu a um conjunto de procedimentos estabelecidos na literatura (Almeida & Freire, 2008; Gutierrez & Osman, 2008; Hill & Hill, 2008; Moreira, 2004; J. L. P. Ribeiro, 1999), quer para a elaboração dos itens, instruções e escala de medida, quer para o estudo das suas características psicométricas.

Começou-se por definir o constructo-alvo e o objetivo do inventário, bem como a população a que se destina e o contexto de aplicação.

O constructo-alvo consiste nos sinais de alerta para os atos suicidas, sendo este definido como manifestações diretamente observáveis que sugerem o risco do indivíduo cometer um ato suicida num futuro próximo (Van Orden et al., 2006). Com efeito, o inventário foi intitulado como Inventário de Sinais de Alerta para Atos Suicidas (ISAS).

Este inventário tem como principal objetivo avaliar em que medida os adolescentes concordam ou discordam que cada um dos comportamentos ou verbalizações apresentados pode representar um sinal de alerta para o ato suicida, de um hipotético colega.

No que respeita aos destinatários, são os adolescentes, sendo o contexto de aplicação, por conveniência, os estabelecimentos de ensino secundário.

Tendo em consideração a diversidade de sinais de alerta e as especificidades inerentes a este constructo, concebeu-se o inventário como uma medida unidimensional, tendo-se prosseguido com a elaboração dos itens, baseados na literatura sobre o tema.

O número de itens inicial (37) foi aproximadamente o dobro do número que a literatura na área da metodologia recomenda preservar na versão final dos inventários, após as análises estatísticas (Almeida & Freire, 2008; J. L. P. Ribeiro, 1999). Assim, para que, numa fase seguinte, se pudesse selecionar os que apresentam caraterísticas psicométricas mais adequadas e excluir os restantes, alguns foram considerados sinónimos do ponto de vista conceptual, embora com diferentes estruturas gramaticais. Todos os itens corresponderam a sinais de alerta para o suicídio formulados pela positiva.

As instruções de preenchimento consistiram em solicitar o grau de concordância com cada uma dessas afirmações: "[I]ndica em que medida concordas ou discordas que os seguintes sinais podem indicar que um(a) jovem está desesperado(a) ao ponto de pensar pôr termo à própria vida. Assinala com uma cruz [×], de acordo com a seguinte escala".

Relativamente à escala de resposta, optou-se por um formato tipo *Likert* de cinco pontos, desde 1 (*Discordo completamente*) a 5 (*Concordo completamente*). Foram também formuladas as instruções

A versão inicial do ISAS com 37 itens foi submetida à fase de pré-teste, de forma a avaliar a sua validade de conteúdo. O ISAS foi analisado inicialmente por um conjunto de cinco juízes especialistas em Psicologia Clínica, com prática de investigação científica. Numa primeira fase, este painel de especialistas analisou os itens com base numa escala tipo *Likert* de cinco pontos, relativamente aos seguintes critérios: relevância, de 1 (*Nada relevante*) a 5 (*Extremamente relevante*); representatividade, de 1 (*Nada representativo*) a 5 (*Extremamente representativo*); especificidade, de 1 (*Nada específico*) a 5 (*Extremamente específico*); clareza, de 1 (*Nada claro*) a 5 (*Extremamente claro*); linguagem, de 1 (*Nada adequada*) a 5 (*Extremamente adequada*) e extensão, de 1 (*Extremamente extenso*) a 5 (*Nada extenso*). Numa fase seguinte, pediu-se que dessem um parecer sobre a clareza das instruções, a adequabilidade da escala de medida, a extensão global do inventário, a potencial utilidade do mesmo no âmbito da prevenção primária, a existência de eventuais sinais não incluídos pelos autores, assim como outras sugestões que considerassem pertinentes (Anexo R).

As avaliações obtidas pelos juízes foram maioritariamente nos parâmetros 4 e 5 nos critérios relevância, especificidade, clareza, linguagem e extensão e nos parâmetros 3, 4 e 5 no critério representatividade.

A análise dos pareceres dos juízes conduziu a algumas reformulações no conteúdo dos itens (Tabela 35).

Tabela 35
Formulação Inicial e Reformulação dos Itens do ISAS após Análise do Painel de Juízes

Formulação inicial	Sugestão / Formulação Final
11. Sentimentos de desapontamento face ao mundo e aos outros.	11. Transmitir sentimentos de desapontamento face ao mundo e aos outros.
20. Aborrecimento desproporcional com assuntos que antes considerava importantes e prazerosos.	20. Aborrecimento excessivo e constante com assuntos que antes considerava agradáveis.
24. Redução drástica da tolerância para as pessoas.	24. Redução drástica da paciência para as pessoas.

Após as reformulações decorrentes do parecer dos juízes, o ISAS foi aplicado a um conjunto de seis adolescentes, com o intuito de perceber se a compreensão e interpretação do conteúdo dos itens correspondia à pretensão da investigação. Este procedimento foi realizado através da técnica "reflexão falada" ou *thinking aloud*, em que todas as respostas e reflexões dos adolescentes sobre cada item e sobre o inventário na globalidade foram anotadas e analisadas.

A versão final do inventário ficou composta pelos 37 itens (Anexo S) integrantes de uma única dimensão, conforme se expõe na Tabela 36.

Tabela 36
Itens do ISAS

Itens
1. Diminuição repentina do rendimento e interesse escolar habitual.
2. Isolamento social, afastamento das pessoas com quem convivia habitualmente.
3. Desinteresse inesperado por atividades de que gostava muito (ex. jantares de grupo,...)
4. Desabafos de que a sua vida não faz sentido.
5. Mensagens nas redes sociais (*facebook, msn)* ou noutros sítios *web* revelando desespero.
6. Desvalorização dos projetos para o futuro.

Itens
7. Relacionamento problemático com a família e/ou o grupo de amigos.
8. Manifestações físicas de irritabilidade fora do que é comum.
9. Frases do tipo: “Estou farto(a) desta vida”.
10. Aumento repentino do consumo de substâncias de risco (álcool, drogas,..).
11. Transmitir sentimentos de desapontamento face ao mundo e aos outros.
12. Verbalização de ideias associadas à morte.
13. Conversas que revelem desinteresse pelo “valor” da vida.
14. Falar frequentemente sobre atos suicidas.
15. Expressões de pessimismo e desesperança em relação ao futuro.
16. Resultados escolares bastante inferiores ao esperado.
17. Afastamento repentino do grupo de amigos.
18. Expressões de insatisfação com a vida na sua globalidade.
19. Comunicação cada vez menos aberta com as pessoas próximas.
20. Aborrecimento excessivo e constante com assuntos que antes considerava agradáveis.
21. Comportamentos de risco pouco habituais para essa pessoa (ex. beber excessivamente, conduzir a alta velocidade).
22. Aumento do interesse e das conversas sobre o tema do suicídio.
23. Relacionamento conflituoso com as pessoas próximas.
24. Redução drástica da paciência para as pessoas.
25. Mostrar desinteresse pela vida.
26. Ameaçar que vai cometer atos suicidas.
27. Falta de paciência repentina para qualquer assunto.
28. Dizer que não tem razões para viver.
29. Dificuldade em dormir ou dormir demais, quando isso não é habitual.
30. Isolamento da família.
31. Isolamento da sociedade.
32. Dizer que se sente sem saída, sem alternativas para resolver os problemas.
33. Manifestações de raiva descontrolada.
34. Agir de forma imprudente, insensata, o que não é comum em si.
35. Envolver-se em atividades de alto risco, quando essas atividades não eram praticadas com regularidade.
36. Mostrar drásticas mudanças de humor.
37. Mostrar ansiedade ou agitação descontrolada, fora do comum.

A cotação do valor total do ISAS é realizada através da média aritmética de todos os itens. Se após as análises estatísticas forem identificadas subescalas, a cotação das mesmas corresponderá igualmente à média aritmética dos respetivos itens. No que respeita à interpretação dos resultados, quanto mais elevada for a pontuação obtida, maior o grau de concordância com os sinais de alerta apresentados.

7.3.2. Participantes

A amostra do presente estudo integrou 512 jovens do ensino secundário, 210 do sexo masculino (41%) e 302 do sexo feminino (59%), com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos (M = 16.78; DP = 1.17). A maioria desses jovens (66.2%) residia com ambos os pais, 141 com o pai ou com a mãe, 22 com outros familiares e 10 com outras pessoas. O rendimento escolar médio da maioria (55.5%) era considerado suficiente (10 a 13 valores), seguindo-se a classificação de bom (36.5%), Muito Bom (5.7%) e Insuficiente (2.3%).

Num segundo momento de aplicação, destinado à avaliação da fiabilidade pelo método teste-reteste, participaram 300 jovens (58.6% da amostra total) que preencheram novamente o ISAS. As características sociodemográficas da subamostra (N = 300) e da amostra total (N = 512) foram comparadas. Os resultados não registaram diferenças estatisticamente significativas nem na idade ($t_{(437.882)}$ = -1.524, p = .128), nem no sexo ($\chi^2_{(1)}$ = .309, p = .578), o que significa que a subamostra pode ser considerada representativa da amostra total.

7.3.3. Procedimento de Recolha de Dados

O primeiro procedimento desta fase foi solicitar autorização à Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), do Ministério da Educação, para desenvolver a investigação em meio escolar, de acordo com o Despacho n.º 15847/2007, publicado em Diário da República 2.ª série, n.º140, de 23 de Junho de 2007. O processo foi submetido *online*. Após análise do mesmo pelos serviços competentes, o pedido de autorização foi aprovado (Anexo F).

O procedimento seguinte consistiu em contactar telefonicamente os estabelecimentos de ensino secundário do Algarve a solicitar o agendamento de uma reunião com o/a diretor/a do Conselho Executivo para apresentar o projeto de investigação e entregar o pedido de autorização escrito (Anexo G). As escolas que se mostraram recetivas para conhecer o projeto e que autorizaram a sua realização foram, nomeadamente a Escola Secundária José Belchior Viegas, em São Brás de Alportel, a Escola Secundária de Loulé, a Escola Secundária de Silves, a Escola Manuel Teixeira Gomes, em Portimão e a Escola Secundária de Vila Real de Santo António.

Após a autorização, o/a diretor/a do Conselho Executivo encaminhava o assunto para outro membro da direção ou diretamente para os diretores de turma que, posteriormente, agendavam as sessões de recolha de dados com as turmas (Anexo I). Os pedidos de autorização destinados aos encarregados de educação, uma vez que a maioria dos participantes era menor de idade, eram entregues previamente ao diretor de turma. Este, por sua vez, encaminhava-os para os encarregados de educação, solicitando a sua devolução até ao dia da aplicação dos questionários (Anexo H).

As aplicações dos questionários decorreram de acordo com os agendamentos, em contexto de sala-de-aula.

No início de cada sessão foram apresentados, de forma oral e escrita, os princípios do consentimento informado a cada um dos jovens (Anexo A). No final do preenchimento, os questionários foram introduzidos numa pequena urna improvisada para o efeito, no sentido de aumentar a perceção de confidencialidade.

Uma subamostra preencheu o ISAS numa segunda vez, como já foi mencionado. Os procedimentos de aplicação foram os mesmos da primeira aplicação.

A recolha de dados decorreu no ano letivo 2010/11 e, no final do mesmo, foi enviado um ofício de agradecimento a todas as escolas que participaram no estudo (Anexo J).

7.3.4. Medidas de Resultado

De acordo com a revisão da literatura, não se conhecem medidas com características psicométricas adequadas para avaliar o reconhecimento dos sinais de alerta para os atos suicidas na população jovem, o que levou ao desenvolvimento do ISAS. Para

avaliar a validade por referência a critério do instrumento foram utilizadas três medidas de resultado: (a) perceção de sucesso da prevenção do suicídio; (b) perceção de autoeficácia na prevenção do suicídio dos pares e (c) perceção de sucesso na prevenção do suicídio do próprio.

Perspetiva-se, com base na literatura, que a uma maior concordância entre os sinais de alerta para os atos suicidas corresponda uma maior predisposição para a prevenção do Suicídio (A. Berman et al., 2006; Capuzzi, 2009; Kalafat & Elias, 1994; D. N. Miller, 2011; Tsai et al., 2010; Waldvogel et al., 2008; Walker et al., 2009).

A predisposição para a prevenção, na sua globalidade, foi avaliada através de três itens que correspondiam a afirmações. Solicitou-se aos jovens que assinalassem, com base numa escala tipo *Likert* de 1 (*Discordo totalmente*) a 5 (*Concordo totalmente*), em que medida concordavam com cada uma das seguintes afirmações: (1) É possível evitar que alguém termine com a própria vida; (2) Se um colega quisesse terminar com a própria vida, eu seria capaz de ajudá-lo a mudar de intenção e (3) Se eu pensasse em terminar com a minha vida, seria capaz de procurar ajuda (profissional ou outra) para desistir dessa ideia.

Cada uma destas afirmações procurou avaliar, respetivamente, a perceção de sucesso da prevenção do suicídio em geral, a perceção de autoeficácia na prevenção do suicídio dos pares e a perceção de sucesso na prevenção do suicídio do próprio.

Estes três itens apresentam um alfa de Cronbach de .73, o que indica que têm uma consistência interna satisfatória (Anexo P).

7.3.5. Procedimento de Análise Estatística

A maioria das análises estatísticas foi realizada através do programa de tratamento de dados estatísticos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPPS) (versão 21.0) para *Windows*. Foi também utilizado o programa *Microsoft Office Excel* 2010 (para calcular as estimativas das magnitudes do efeito obtidas através da fórmula para o *d* de Cohen (1988) e o *software Analysis of Moment Structures* (AMOS) (versão 21.0) para realizar a análise fatorial confirmatória do ISAS.

Os valores omissos foram imputados pelo método do algoritmo *Expectation Maximization* (EM), o qual procede à estimação dos valores em falta a partir das respostas aos restantes itens do instrumento.

O estudo das propriedades psicométricas dos itens do ISAS começou pela análise das medidas de tendência central (média), medidas de dispersão (desvios-padrão e amplitude), medidas de distribuição (assimetria e curtose) e medidas de precisão (coeficiente de correlação item-total corrigido e consistência interna, calculada através do alfa de Cronbach).

De seguida, realizou-se a análise fatorial exploratória seguindo os seguintes critérios: método das componentes principais; rotação oblíqua (que pressupõe a existência de correlação entre os fatores) e retiveram-se os itens com pesos fatoriais superiores ou iguais a .4 no fator primário. Os dados foram posteriormente submetidos a análise fatorial confirmatória para avaliar a qualidade do ajustamento do modelo. Foram avaliados os seguintes índices: Qui-quadrado (χ^2) e respetivos graus de liberdade (gl); Raiz da média quadrática do erro de aproximação (*Root mean square error of approximation*, RMSEA), Índice Tucker-Lewis (*Tucker-Lewis index*, TLI), Raiz da média quadrática residual (*Standardized root mean square residual*, SRMR), Índice de bondade do ajustamento (Goodness-of-fit index, GFI), Índice de ajustamento comparativo (*Comparative fit index*, CFI), Índice de ajustamento normalizado de parcimónia (*Parsimonious normed fit index*, PNFI), Índice esperado de validação cruzada (*Expected cross-validation index*, ECVI).

A qualidade do modelo foi interpretada de acordo com os parâmetros dos índices estabelecidos na literatura. Assim, considerou-se que o ajustamento de um modelo aos dados é adequado para valores χ^2/gl entre 1 e 2; para valores de CFI, GFI e TLI iguais ou superiores a .9; para valores de RMSEA inferiores a .05 ou, para casos mais liberais, inferior a .08; para valores de SRMR inferiores a .1, e para valores de PNFI entre .5 e .9; ao comparar os dois modelos, aquele com menor ECVI corresponde ao mais estável na população abrangida (Kline, 2011). Foram também analisados os coeficientes padronizados de saturação fatorial bem como os indicadores de fiabilidade (R^2).

A fiabilidade do ISAS foi estudada através da análise da consistência interna (pelo alfa de Cronbach) e da estabilidade temporal (pelo método teste-reteste), bem como a validade convergente (pelo índice da variância extraída média), a validade discriminante (pela variância partilhada, r^2) e a validade concorrente (através do coeficiente de correlação de Pearson entre o ISAS e a medida de resultado). Por último, foram exploradas diferenças entre grupos (sexo) com recurso ao test *t* de Student para amostras independentes.

7.4. Resultados

7.4.1. Análise Descritiva

A análise das estatísticas descritivas do ISAS incluiu a média (medida de tendência central), o desvio-padrão e a amplitude (medidas de dispersão), a assimetria e a curtose (medidas de distribuição), a sensibilidade e o poder discriminativo dos itens (validade interna).

Tabela 37
Descrição Estatística dos Itens do ISAS

Itens	*M*	*DP*	*A*	*C*	*ritc*	*alfa s/ item*
1. Diminuição repentina do rendimento e interesse escolar habitual.	2.97	1.049	-.29	-.75	.41	.96
2. Isolamento social, afastamento das pessoas com quem convivia habitualmente.	3.56	.896	-.59	-.11	.65	.95
3. Desinteresse inesperado por atividades de que gostava muito (ex. jantares de grupo,...)	3.22	1.010	-.35	-.45	.49	.96
4. Desabafos de que a sua vida não faz sentido.	3.57	.979	-.77	.18	.58	.96
5. Mensagens nas redes sociais (*facebook, msn)* ou noutros sítios *web* revelando desespero.	3.26	1.061	-.54	-.40	.49	.96
6. Desvalorização dos projetos para o futuro.	3.36	.911	-.34	-.32	.59	.95
7. Relacionamento problemático com a família e/ou o grupo de amigos.	3.58	.934	-.48	-.24	.60	.95
8. Manifestações físicas de irritabilidade fora do que é comum.	3.26	.980	-.16	-.46	.60	.95
9. Frases do tipo: “Estou farto(a) desta vida”.	3.27	1.099	-.31	-.71	.59	.96
10. Aumento repentino do consumo de substâncias de risco (álcool, drogas,..).	3.48	1.017	-.34	-.57	.56	.96
11. Transmitir sentimentos de desapontamento face ao mundo e aos outros.	3.46	.866	-.45	-.07	.61	.95
12. Verbalização de ideias associadas à morte.	3.42	.956	-.49	-.16	.50	.96
13. Conversas que revelem desinteresse pelo “valor” da vida.	3.65	.832	-.67	.35	.62	.95

Itens	*M*	*DP*	*A*	*C*	*ritc*	*alfa s/ item*
14. Falar frequentemente sobre atos suicidas.	3.42	.996	-.27	-.58	.56	.96
15. Expressões de pessimismo e desesperança em relação ao futuro.	3.41	.896	-.44	-.37	.61	.95
16. Resultados escolares bastante inferiores ao esperado.	2.93	.995	-.05	-.58	.56	.96
17. Afastamento repentino do grupo de amigos.	3.35	.957	-.33	-.55	.66	.95
18. Expressões de insatisfação com a vida na sua globalidade.	3.45	.889	-.39	-.14	.66	.95
19. Comunicação cada vez menos aberta com as pessoas próximas.	3.43	.903	-.39	-.17	.65	.95
20. Aborrecimento excessivo e constante com assuntos que antes considerava agradáveis.	3.33	.901	-.32	-.26	.63	.95
21. Comportamentos de risco pouco habituais para essa pessoa (ex. beber excessivamente, conduzir a alta velocidade).	3.46	.938	-.46	-.17	.64	.95
22. Aumento do interesse e das conversas sobre o tema do suicídio.	3.25	.975	-.33	-.28	.49	.96
23. Relacionamento conflituoso com as pessoas próximas.	3.34	.903	-.35	-.25	.62	.95
24. Redução drástica da paciência para as pessoas.	3.20	.948	-.16	-.45	.64	.95
25. Mostrar desinteresse pela vida.	3.82	.853	-.62	.02	.62	.95
26. Ameaçar que vai cometer atos suicidas.	3.58	1.011	-.49	-.31	.49	.96
27. Falta de paciência repentina para qualquer assunto.	3.16	.880	-.23	-.13	.57	.96
28. Dizer que não tem razões para viver.	3.68	.941	-.77	.43	.59	.95
29. Dificuldade em dormir ou dormir demais, quando isso não é habitual.	2.89	1.057	-.11	-.61	.51	.96
30. Isolamento da família.	3.57	.942	-.65	.06	.67	.95
31. Isolamento da sociedade.	3.61	.931	-.73	.34	.70	.95
32. Dizer que se sente sem saída, sem alternativas para resolver os problemas.	3.59	.983	-.58	-.10	.66	.95
33. Manifestações de raiva descontrolada.	3.29	.933	-.30	-.54	.68	.95
34. Agir de forma imprudente, insensata, o que não é comum em si.	3.31	.938	-.45	-.15	.66	.95
35. Envolver-se em atividades de alto risco, quando essas atividades não eram praticadas com regularidade.	3.44	.943	-.33	-.33	.64	.95

Itens	*M*	*DP*	*A*	*C*	*ritc*	*alfa s/ item*
36. Mostrar drásticas mudanças de humor.	3.12	.919	-.02	-.39	.62	.95
37. Mostrar ansiedade ou agitação descontrolada, fora do comum.	3.23	.911	-.29	-.36	.66	.95

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *A* =Assimetria; *C* = Curtose; *ritc* = Coeficiente de correlação item-total corrigido; *alfa s/item* = Valor do alfa de Cronbach, se o item for eliminado.

Como pode ser observado na Tabela 37, os valores médios oscilaram entre o mínimo de 2.89 (*DP* = 1.057), no item 29 "Dificuldade em dormir ou dormir demais, quando isso não é habitual.", e o valor máximo de 3.82 (*DP* = .853) no item 25 "Mostrar desinteresse pela vida". Estes resultados mostram que globalmente as médias foram superiores ao ponto intermédio da escala de resposta (que seria de 2.5, uma vez que é de tipo *Likert* de cinco pontos). Os desvios-padrão foram relativamente próximos da unidade, o que sugere uma dispersão adequada dos resultados. Em relação à amplitude, em todos os itens foram registados os valores extremos da escala de resposta.

No que respeita às medidas de distribuição, foram obtidos valores de assimetria (entre -.77 e -.02) e de curtose (entre -.75 e .35), que respeitam o critério da normalidade (valores absolutos inferiores a 1) (Marôco, 2011). Observou-se, ainda, que todos os valores de assimetria foram negativos, refletindo a preferência pelos valores mais elevados da escala de resposta de tipo *Likert*, como demonstraram também as médias dos itens. Os coeficientes de curtose, por sua vez, apresentaram sinais positivos e negativos, mas foram todos inferiores à unidade, indicando uma distribuição mesocúrtica.

Os coeficientes de correlação item x total corrigido registaram o valor mínimo de .41, sugerindo que a validade interna dos itens é adequada, bem como os valores do alfa de Cronbach global que foram sempre muito satisfatórios, mesmo que se eliminasse qualquer um dos itens.

7.4.2. Análise da Estrutura Interna

7.4.2.1. Análise Fatorial Exploratória (AFE)

A primeira análise consistiu em verificar a adequabilidade dos dados à realização da análise fatorial. O teste de Esfericidade de Bartlett foi significativo ($\chi^2_{(666)}$ = 10272.652, *p*

= .000) e o teste *Kaiser-Meyer-Olkin of Sample Adequacy* (KMO) obteve um índice .955, o que indicou a fatorialidade dos dados.

A primeira análise fatorial exploratória foi realizada com os 37 itens do ISAS, recorrendo ao método das componentes principais, com valores próprios superiores à unidade, seguido de rotação oblíqua. Os resultados mostraram 5 fatores, que explicavam 56.31% da variância total. Os itens encontravam-se bastante dispersos na matriz fatorial, alguns saturavam em mais do que um fator e os últimos 3 fatores explicavam menos de 5% da variância total. Conceptualmente não se conseguiu uma explicação plausível para esta matriz fatorial.

A análise do *scree plot* sugeriu uma solução fatorial de 2 ou 3 fatores, destacando-se porém um primeiro fator bastante representativo, o que levou ao estudo das várias soluções fatoriais. De relembrar que a conceção teórica do instrumento assumiu que se tratava de um inventário unidimensional, pelo que se começou por analisar esta solução.

Repetiram-se os procedimentos da AFE, retendo com apenas um fator. Os valores do teste de Esfericidade de Bartlett e de KMO obtiveram os mesmos resultados, mas os valores das comunalidades de alguns itens foram muito baixas e a variância total explicada apenas de 39.34%. Assim, no sentido de obter uma solução unifatorial que pudesse ser o mais homogénea possível, excluíram-se os itens com comunalidades inferiores a .35, nomeadamente os itens 1, 3, 4, 5, 6, 12, 14, 16, 22, 26 e 29. Neste seguimento, repetiu-se o procedimento da AFE e os índices de adequabilidade dos dados à análise fatorial foram bons ($\chi^2_{(325)}$ = 7321.734, p = .000; KMO = .957).

A solução unifatorial com 26 itens explicou 44.68% da variância total, teve um valor próprio de 11.62. Os pesos fatoriais dos itens e as comunalidades podem ser observados na Tabela 38.

Tabela 38
Análise Fatorial Exploratória do ISAS: Método das Componentes Principais (versão 26 itens,1 fator)

Itens	F1	h^2
31. Isolamento da sociedade.	.742	.550
30. Isolamento da família.	.725	.526
33. Manifestações de raiva descontrolada.	.720	.519
37. Mostrar ansiedade ou agitação descontrolada, fora do comum.	.717	.513
34. Agir de forma imprudente, insensata, o que não é comum em si.	.711	.506

Itens	F1	h^2
18. Expressões de insatisfação com a vida na sua globalidade.	.694	.482
17. Afastamento repentino do grupo de amigos.	.689	.475
19. Comunicação cada vez menos aberta com as pessoas próximas.	.687	.472
24. Redução drástica da paciência para as pessoas.	.687	.472
32. Dizer que se sente sem saída, sem alternativas para resolver os problemas.	.684	.468
35. Envolver-se em atividades de alto risco, quando essas atividades não eram praticadas com regularidade.	.684	.468
23. Relacionamento conflituoso com as pessoas próximas.	.675	.456
36. Mostrar drásticas mudanças de humor.	.671	.450
20. Aborrecimento excessivo e constante com assuntos que antes considerava agradáveis.	.665	.442
21. Comportamentos de risco pouco habituais para essa pessoa (ex. beber excessivamente, conduzir a alta velocidade).	.663	.439
2. Isolamento social, afastamento das pessoas com quem convivia habitualmente.	.661	.437
25. Mostrar desinteresse pela vida.	.657	.431
8. Manifestações físicas de irritabilidade fora do que é comum.	.638	.408
11. Transmitir sentimentos de desapontamento face ao mundo e aos outros.	.637	.406
15. Expressões de pessimismo e desesperança em relação ao futuro.	.637	.405
13. Conversas que revelem desinteresse pelo "valor" da vida.	.632	.400
7. Relacionamento problemático com a família e/ou o grupo de amigos.	.627	.394
27. Falta de paciência repentina para qualquer assunto.	.626	.392
28. Dizer que não tem razões para viver.	.611	.374
9. Frases do tipo: "Estou farto(a) desta vida".	.607	.369
10. Aumento repentino do consumo de substâncias de risco (álcool, drogas,..).	.604	.365
Valor Próprio (*eigenvalues*)	11.62	
Variância Explicada Total (%)	44.68 %	

Nota. Os itens estão ordenados em função dos pesos fatoriais obtidos; h^2 = Comunalidades.

A solução unifatorial apresentada na tabela anterior (Tabela 38), apesar de ter um alfa de Cronbach elevado (α = .95), pesos fatoriais e comunalidades adequadas, apresentou uma percentagem de variância total explicada menor do que 50%, valor este considerado mínimo (Marôco, 2011).

Como previamente referido, testou-se de seguida a solução bifatorial. O conjunto inicial de 37 itens foi novamente submetido a AFE, pelo método das componentes principais, seguido de rotação oblíqua, retendo-se dois fatores. Os resultados indicaram que alguns itens saturavam em mais do que um fator, pelo que se procedeu à eliminação progressiva dos mesmos. Primeiro, eliminaram-se os itens com pesos de saturação superiores a .4 no fator secundário (itens 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 15, 18, 21, 25, 27, 29, 30, 31, 33, 35), tendo-se obtido uma solução de 19 itens.

De modo a garantir que os dados cumpriam os requisitos para a análise fatorial consideraram-se novamente o teste de Esfericidade de Bartlett ($\chi^2_{(171)}$ = 4359.566, p = .000), cujo resultado foi significativo, e o teste KMO que registou um valor de .933, considerado muito bom (Pestana & Gageiro, 2009).

O *scree plot* indicou a retenção de dois fatores, como se pode observar na Figura 6.

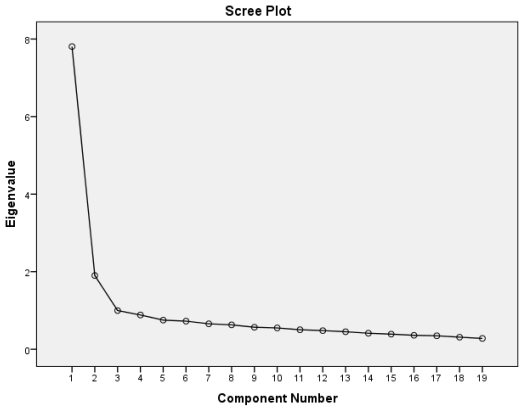


Figura 6. Scree Plot para a solução de 19 itens.

Na Tabela 39 são apresentados os resultados da análise fatorial dos 19 itens, através do método das componentes principais, seguido de rotação oblíqua.

Tabela 39
Análise Fatorial Exploratória do ISAS: Método das Componentes Principais, com Rotação Oblíqua, 2 fatores (19 itens)

Itens	F1	F2	h^2
24. Redução drástica da paciência para as pessoas.	**.821**	-.079	.611
16. Resultados escolares bastante inferiores ao esperado.	**.781**	-.166	.498
36. Mostrar drásticas mudanças de humor.	**.743**	-.023	.534
37. Mostrar ansiedade ou agitação descontrolada, fora do comum.	**.737**	.023	.562

Itens	F1	F2	h^2
19. Comunicação cada vez menos aberta com as pessoas próximas.	**.704**	.050	.535
23. Relacionamento conflituoso com as pessoas próximas.	**.679**	.057	.505
17. Afastamento repentino do grupo de amigos.	**.652**	.097	.503
20. Aborrecimento excessivo e constante com assuntos que antes considerava agradáveis.	**.639**	.110	.496
8. Manifestações físicas de irritabilidade fora do que é comum.	**.627**	.080	.453
34. Agir de forma imprudente, insensata, o que não é comum em si.	**.593**	.186	.505
26. Ameaçar que vai cometer atos suicidas.	-.153	**.831**	.577
14. Falar frequentemente sobre atos suicidas.	-.067	**.802**	.591
28. Dizer que não tem razões para viver.	.037	**.731**	.564
12. Verbalização de ideias associadas à morte.	-.017	**.682**	.454
22. Aumento do interesse e das conversas sobre o tema do suicídio.	.012	**.650**	.431
4. Desabafos de que a sua vida não faz sentido.	.087	**.609**	.435
32. Dizer que se sente sem saída, sem alternativas para resolver os problemas.	.238	**.569**	.525
13. Conversas que revelem desinteresse pelo "valor" da vida.	.196	**.568**	.480
11. Transmitir sentimentos de desapontamento face ao mundo e aos outros.	.275	**.478**	.445
Valor Próprio (*eigenvalues*)	7.81	1.90	
Variância Explicada (%)	41.08	10.00	
Variância Explicada Total (%)	51.08		

Nota. Os itens encontram-se organizados por fatores e, dentro de cada fator, estão ordenados em função dos pesos fatoriais obtidos no fator primário; h^2 = Comunalidades.

Como se pode observar, os itens apresentaram "pesos fatoriais" elevados nos respetivos fatores primários, sendo a percentagem de variância (51.08%) acima do limiar considerado mínimo. Os alfas de Cronbach de ambos os fatores também foram bastante satisfatórios, nomeadamente de .90 no fator 1 e .87 no fator 2. Conceptualmente percebe-se que os itens se agrupam em dois fatores distintos que podem ser classificados como Sinais comportamentais (fator 1) e Sinais verbais (fator 2).

No entanto, procurou-se testar uma solução com resultados estatísticos mais satisfatórios, preservando somente os itens com "pesos fatoriais" mais elevados no fator

primário. Esta opção levou à exclusão dos itens 11, 13, 32 e 34, resultando numa solução final com 15 itens que foi submetida a AFE.

O teste de Esfericidade de Bartlett ($\chi^2_{(105)}$ = 3147.504, p = .000), cujo valor foi significativo, e o teste KMO, com um resultado de .912, permitem afirmar que os dados são adequados à realização da análise fatorial exploratória.

Tabela 40
Análise Fatorial Exploratória do ISAS: Método das Componentes Principais, com Rotação Oblíqua, 2 fatores (15 itens)

Itens	F1	F2	h^2
24. Redução drástica da paciência para as pessoas.	**.818**	-.062	.623
16. Resultados escolares bastante inferiores ao esperado.	**.785**	-.167	.515
37. Mostrar ansiedade ou agitação descontrolada, fora do comum.	**.721**	.034	.545
36. Mostrar drásticas mudanças de humor.	**.719**	-.011	.510
19. Comunicação cada vez menos aberta com as pessoas próximas.	**.714**	.063	.557
23. Relacionamento conflituoso com as pessoas próximas.	**.686**	.055	.512
17. Afastamento repentino do grupo de amigos.	**.671**	.096	.522
20. Aborrecimento excessivo e constante com assuntos que antes considerava agradáveis.	**.647**	.127	.515
8. Manifestações físicas de irritabilidade fora do que é comum.	**.645**	.067	.464
26. Ameaçar que vai cometer atos suicidas.	-.119	**.846**	.631
14. Falar frequentemente sobre atos suicidas.	-.035	**.820**	.646
22. Aumento do interesse e das conversas sobre o tema do suicídio.	.034	**.693**	.505
28. Dizer que não tem razões para viver.	.097	**.670**	.521
12. Verbalização de ideias associadas à morte.	.032	**.659**	.456
4. Desabafos de que a sua vida não faz sentido.	.135	**.584**	.437
Valor Próprio (*eigenvalues*)	6.16	1.80	
Variância Explicada (%)	41.08	11.99	
Variância Explicada Total (%)	53.07		

Nota. Os itens encontram-se organizados por fatores e, dentro de cada fator, estão ordenados em função dos pesos fatoriais obtidos no fator primário; h^2 = Comunalidades

Os resultados da Tabela 40 mostraram que esta solução apresentou claramente dois fatores distintos que explicavam 53.07% da variância total, ou seja, foi a solução que

explicou uma maior percentagem da variância total. Em termos de interpretação teórica manteve-se a distinção entre Sinais comportamentais (fator 1) e Sinais verbais (fator 2).

De seguida, por sugestão inicial do *scree plot* explorou-se também a solução de 3 fatores. Começou-se pela eliminação dos itens com características estatísticas menos adequadas, tendo-se obtido uma solução de 27 itens (teste de Esfericidade de Bartlett: $\chi^2_{(351)} = 7194.091$, $p = .000$; KMO = .947) explicativas dos 52.12% da variância.

De seguida, eliminaram-se ainda mais alguns itens com características menos adequadas na nova solução fatorial de 27 itens, resultando numa solução final de 23 itens.

O *scree plot* da solução de 23 itens é apresentado na Figura 7.

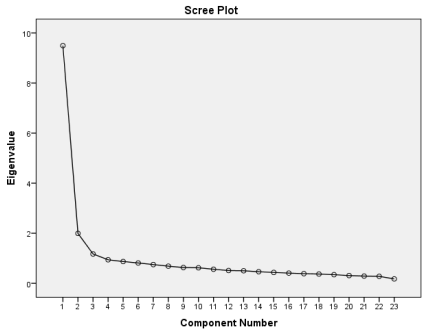


Figura 7. Scree Plot para a solução de 23 itens

O *scree plot* indica claramente a existência de dois fatores distintos e eventualmente um terceiro fator, embora explique uma menor proporção da variância comum.

O teste de Esfericidade de Bartlett foi significativo ($\chi^2_{(253)} = 5927.565$, $p = .000$) e o KMO foi de .938. A análise fatorial exploratória com a solução de 23 itens foi, à semelhança das anteriores, extraída pelo método das componentes principais, seguido de rotação oblíqua (Tabela 41).

Tabela 41
Análise Fatorial Exploratória do ISAS: Método das Componentes Principais, com Rotação Oblíqua, 3 fatores (23 itens)

Itens	F1	F2	F3	h^2
36. Mostrar drásticas mudanças de humor.	**.829**	.000	.073	.623
24. Redução drástica da paciência para as pessoas.	**.793**	-.030	-.001	.610

Itens	F1	F2	F3	h^2
27. Falta de paciência repentina para qualquer assunto.	**.790**	-.025	.063	.555
37. Mostrar ansiedade ou agitação descontrolada, fora do comum.	**.706**	.000	-.123	.614
34. Agir de forma imprudente, insensata, o que não é comum em si.	**.682**	.179	.027	.578
29. Dificuldade em dormir ou dormir demais, quando isso não é habitual.	**.637**	-.080	-.050	.404
8. Manifestações físicas de irritabilidade fora do que é comum.	**.606**	.137	.027	.438
33. Manifestações de raiva descontrolada.	**.596**	.200	-.083	.579
23. Relacionamento conflituoso com as pessoas próximas.	**.561**	.085	-.125	.470
16. Resultados escolares bastante inferiores ao esperado.	**.557**	-.188	-.278	.462
35. Envolver-se em atividades de alto risco, quando essas atividades não eram praticadas com regularidade.	**.481**	.265	-.076	.479
14. Falar frequentemente sobre atos suicidas.	.025	**.795**	.026	.631
26. Ameaçar que vai cometer atos suicidas.	-.017	**.778**	.029	.575
22. Aumento do interesse e das conversas sobre o tema do suicídio.	.120	**.708**	.136	.503
12. Verbalização de ideias associadas à morte.	-.055	**.639**	-.127	.462
28. Dizer que não tem razões para viver.	.082	**.629**	-.104	.527
13. Conversas que revelem desinteresse pelo "valor" da vida.	.100	**.519**	-.194	.475
4. Desabafos de que a sua vida não faz sentido.	-.091	**.495**	-.357	.463
11. Transmitir sentimentos de desapontamento face ao mundo e aos outros.	.254	**.435**	-.098	.427
31. Isolamento da sociedade.	.073	.088	**-.778**	.751
30. Isolamento da família.	.112	.016	**-.776**	.727
2. Isolamento social, afastamento das pessoas com quem convivia habitualmente.	-.033	.113	**-.774**	.659
17. Afastamento repentino do grupo de amigos.	.171	-.034	**-.710**	.647
Valor Próprio (*eigenvalues*)	9.94	1.99	1.17	
Variância Explicada (%)	41.28	8.66	5.10	
Variância Explicada Total (%)		55.04		

Nota. Os itens encontram-se organizados por fatores e, dentro de cada fator, estão ordenados em função dos pesos fatoriais obtidos no fator primário; h^2 = Comunalidades

Esta solução fatorial explicou 55.04% da variância total e apresentou 3 fatores com alfas de Cronbach bastante satisfatórios, valores próprios superiores à unidade e percentagem de variância explicada superior a 5%. Os itens têm "pesos fatoriais" superiores a .4, no respetivo fator primário e inferiores a .3, no fator secundário, exceto o item 4, que assume um valor ligeiramente superior, mas que pela sua importância teórica optou-se pela sua manutenção. A matriz de saturação é justificável do ponto de vista teórico. O fator 1 representa Sinais comportamentais (α = .90), o fator 2 Sinais verbais (α = .85) e o fator 3 Sinais de isolamento (α = .86).

Embora nas soluções fatoriais estudadas tenham sido excluídos vários itens, como era previsível desde o início da construção do inventário, as soluções de 2 e 3 fatores cumpriram os critérios mínimos de exigência ao nível da análise fatorial exploratória. No entanto, nenhuma das soluções emergiu como ideal. Assim, para auxiliar a seleção da melhor solução fatorial do ISAS procedeu-se à análise fatorial confirmatória de todas as soluções anteriormente estudadas.

7.4.2.2. Análise Fatorial Confirmatória (AFC)

O ISAS foi submetido a várias análises fatoriais confirmatórias, com o intuito de encontrar o modelo que apresentasse o melhor ajustamento aos dados. Os resultados são apresentados na Tabela 42.

Tabela 42
Índices de Ajustamento para os Modelos Testados - ISAS

Modelo	$\chi 2$	*gl*	$\chi 2$ /*gl*	RMSEA (IC) 95 %	SRMR	GFI	TLI	CFI	PNFI	ECVI
1F (37 itens)	1538.798	588	2.61	.056 (.053-.060)	.046	.853	.891	.904	.754	3.461
1F (26 itens)	681.494	270	2.52	.055 (.050-.060)	.036	.907	.931	.942	.755	1.651
2F (19 itens)	294.067	139	2.11	.047 (.039-.054)	.036	.944	.955	.964	.759	.775
2F (15 itens)	188.901	84	2.24	.049 (.040-.059)	.037	.953	.957	.966	.753	.511
3F (27 itens)	876.094	312	2.80	.059 (.055-.064)	.047	.886	.909	.919	.783	1.973

Modelo	$\chi 2$	*gl*	$\chi 2$ /*gl*	RMSEA (IC) 95 %	SRMR	GFI	TLI	CFI	PNFI	ECVI
3F (23 itens)	630.328	221	2.85	.060 (.055-.066)	.047	.903	.919	.929	.782	1.449

Nota. $\chi 2$ = 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. Modelo 1 F (26 itens) – 2, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37. Modelo 2F (19 itens) – Fator 1: 8, 16, 17, 19, 20, 23, 24, 34, 36, 37; Fator 2: 4, 11, 12, 13, 14, 22, 26, 28, 32. Modelo 2F (15 itens) – Fator 1: 8, 16, 17, 19, 20, 23, 24, 36, 37; Fator 2: 4, 12, 14, 22, 26, 28. Modelo 3F (27 itens) – Fator 1: 8, 10, 16, 21, 23, 24, 27, 29, 33, 34, 35, 36, 37; Fator 2: 4, 11, 12, 13, 14, 15, 22, 26, 28, 32; Fator 3: 2, 17, 30, 31. Modelo 3F (23 itens) – Fator 1: 8, 16, 23, 24, 27, 29, 33, 34, 35, 36, 37; Fator 2: 4, 11, 12, 13, 14, 22, 26, 28; Fator 3: 2, 17, 30, 31.

Como se pode observar, numa leitura global, apenas as soluções de 1 fator com 37 itens e de 3 fatores com 27 itens apresentaram índices de ajustamento inferiores a .9, nomeadamente no GFI, o que se considerou como critério de exclusão das mesmas. Todas as outras soluções tiveram índices de ajustamento GFI, TLI e CFI superiores a .9, o que corresponde a um bom ajustamento dos modelos aos dados. Considerando os outros parâmetros da análise fatorial confirmatória, pode referir-se que o modelo de 2 fatores, com 19 itens, foi aquele que teve um menor resultado do quociente do qui-quadrado pelos graus de liberdade (2.11), o menor RMSEA (.047) e o menor SRMR (.036). O modelo de 2 fatores, com 15 itens, por sua vez, foi aquele que apresentou um menor ECVI (.511), sugerindo uma maior estabilidade deste modelo comparativamente aos outros.

Em relação aos modelos de 3 fatores, o de 23 itens, apresentou índices GFI, TLI e CFI superiores aos do modelo de 27 itens, bem como um melhor valor de ECVI.

Se selecionássemos o modelo com melhor ajustamento aos dados, unicamente com base em critérios estatísticos, optaríamos pelo modelo de 2 fatores com 19 ou 15 itens. Estes modelos compilam os sinais de alerta em apenas dois grupos e num número de itens mais baixo (embora ligeiramente inferior ao número recomendado) de acordo com a literatura sobre a construção de instrumentos (Almeida & Freire, 2008; J. L. P. Ribeiro, 1999).

No entanto, procurando conciliar os critérios estatísticos, a informação teórica sobre os sinais de alerta e o objetivo conceptual do inventário (avaliar a diversidade de sinais de alerta), a opção inteligível por um dos modelos requer mais informação sobre a psicometria de cada um.

Com efeito, analisaram-se as outras características psicométricas que poderão auxiliar a decisão final por um dos modelos: 1 fator (26 itens); 2 fatores (19 itens); 2 fatores (15 itens); 3 fatores (23 itens).

No sentido de perceber a fração de variabilidade total de cada item explicada pelo fator a que está associado, analisaram-se, de seguida, os coeficientes padronizados de saturação e os respetivos indicadores de fiabilidade individual (R^2) dos vários modelos em estudo.

Tabela 43
Estrutura Fatorial do ISAS (1F, 26 itens): Coeficiente de Saturação Fatorial (Padronizado) e Indicadores Individuais de Fiabilidade (R^2)

Itens	F1	R^2
2	.616	.379
7	.604	.365
8	.618	.382
9	.576	.332
10	.582	.339
11	.630	.397
13	.614	.377
15	.614	.377
17	.674	.454
18	.697	.485
19	.654	.428
20	.644	.415
21	.636	.404
23	.656	.431
24	.660	.436
25	.632	.400
27	.608	.369
28	.585	.342
30	.691	.477
31	.714	.510
32	.668	.447
33	.717	.515
34	.683	.466

Itens	F1	R^2
35	.658	.433
36	.638	.407
37	.686	.471

Nota. N = 512; R^2 = Indicadores individuais de fiabilidade; F1 = Fator 1.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

No modelo de 1 fator, com 26 itens, os coeficientes padronizados de saturação fatorial foram bastante adequados, apresentando-se superiores a .576. Os indicadores individuais de fiabilidade, por sua vez, apresentaram valores relativamente baixos, entre .332 e .515 (Tabela 43).

Tabela 44
Estrutura Fatorial do ISAS (2F, 19 itens): Coeficiente de Saturação Fatorial (Padronizado) e Indicadores Individuais de Fiabilidade (R^2)

Itens	F1	F2	R^2
4		.619	.383
8	.649		.421
11		.678	.460
12		.596	.355
13		.686	.471
14		.620	.384
16	.605		.366
17	.652		.426
19	.690		.476
20	678		.460
22		.565	.320
23	.699		.488
24	.749		.562
26		.560	.313
28		.714	.509
32		.720	.518
34	.639		.408
36	.644		.414

Itens	F1	F2	R^2
37	.672		.452

Nota. N = 512; R^2 = Indicadores individuais de fiabilidade; F1 = Fator 1; F2 = Fator 2.
* p < .05; ** p < .01; *** p < .001.

No modelo de 2 fatores, com 19 itens, os coeficientes padronizados de saturação fatorial foram todos superiores a .560, o que corresponde a valores satisfatórios. Em relação aos indicadores individuais de fiabilidade, os valores oscilaram entre .313 e .562, significando assim que deveriam ter sido mais elevados (Tabela 44).

Tabela 45
Estrutura Fatorial do ISAS (2F, 15 itens): Coeficiente de Saturação Fatorial (Padronizado) e Indicadores Individuais de Fiabilidade (R^2)

Itens	F1	F2	R^2
4		.592	.351
8	.649		.421
12		.591	.350
14		.742	.550
16	.608		.370
17	.647		.418
19	.708		.501
20	.693		.480
22		.700	.491
23	.696		.485
24	.756		.571
26		.664	.442
28		.680	.462
36	.637		.406
37	.663		.440

Nota. N = 512; R^2 = Indicadores individuais de fiabilidade; F1 = Fator 1; F2 = Fator 2.
* p < .05; ** p < .01; *** p < .001.

No modelo de 2 fatores, com 15 itens, os coeficientes padronizados de saturação fatorial foram também adequados, uma vez que registaram valores superiores a .591. Os

indicadores de fiabilidade individual apresentaram valores mínimo de .350 e máximo de .571, o que corresponde a valores mais baixos do que seria desejável (Tabela 45).

Tabela 46
Estrutura Fatorial do ISAS (3F, 23 itens): Coeficiente de Saturação Fatorial (Padronizado) e Indicadores Individuais de Fiabilidade (R^2)

Itens	F1	F2	F3	R^2
2			.673	.454
4		.612		.375
8	.606			.367
11		.634		.402
12		.619		.383
13		.690		.476
14		.677		.458
16	.578			.335
17			.657	.432
22		.584		.342
23	.630			.396
24	704			.495
26		.646		.417
27	.692			.479
28		.695		.483
29	.561			.315
30			.875	.766
31			.898	.806
33	.747			.559
34	.745			.556
35	.683			.466
36	.733			.538
37	.771			.595

Nota. N = 512; R^2 = Indicadores individuais de fiabilidade; F1 = Fator 1; F2 = Fator 2; F3 = Fator 3
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

O modelo de 3 fatores com 23 itens apresentou coeficientes padronizados para os itens superiores a .561, o que significa que uma percentagem adequada da variabilidade dos itens foi explicada pelos respetivos fatores a que estavam associados.

Os indicadores de fiabilidade individual mostraram que o valor mais baixo foi de .335, no item 16, e o valor mais elevado foi de .806, no item 31 (Tabela 46).

Comparativamente aos outros modelos, pode observar-se que o modelo de 3 fatores com 23 itens apresentou coeficientes padronizados de saturação considerados moderados e fortes e, sobretudo, na análise do R^2 obtiveram-se valores mais elevados.

Partiu-se do pressuposto de que se existissem fatores no ISAS, uma vez que inicialmente foi concebido como unidimensional, estes estariam correlacionados. Justamente por essa razão optou-se pela rotação oblíqua. A análise seguinte consistiu no estudo da correlação entre os fatores obtidos nos respetivos modelos, através dos coeficientes de correlação de Pearson.

Tabela 47
Correlação entre os Fatores do ISAS

Subescalas do ISAS	*r* *(2F, 19 itens)*	*r* *(2F, 15 itens)*	*r* *(3F, 23 itens)*	
	F2	F2	F2	F3
F1	.62***	.53***	.59***	.69***
F2	-	-	-	.60***

Nota. N = 512. r = Coeficiente de correlação de Pearson. F1 = Fator 1; F2 = Fator 2; F3 = Fator 3
* p < .05; ** p < .01; *** p < .001.

Os resultados apresentados na Tabela 47 evidenciam que as correlações entre os fatores dos respetivos modelos foram todas moderadas, o que sugere que os fatores não são totalmente independentes, tal como se pressupôs à partida.

7.4.3. Análise da Fiabilidade

O estudo da fiabilidade é um dos critérios imprescindíveis na construção de um instrumento psicométrico (Fortin, 2003). A fiabilidade refere-se, quer à precisão, quer à

estabilidade dos resultados em diferentes momentos de avaliação (Rust & Golombok, 2000).

A fiabilidade do ISAS foi avaliada tendo em consideração a consistência interna, medida pelo alfa de Cronbach, e a estabilidade temporal (através do método teste-reteste).

7.4.3.1. Análise da Consistência Interna

A consistência interna diz respeito à homogeneidade e correlação entre os itens do instrumento (Fortin, 2003). A análise da consistência interna do ISAS foi realizada para cada um dos fatores dos vários modelos em estudo, bem como para o total dos itens integrados em cada modelo (Tabela 48).

Tabela 48
*Consistência Interna das Subescalas e do Total do ISAS (*alfa de Cronbach)

Subescalas e total do ISAS	*α (1F, 26 itens)*	*α (2F, 19 itens)*	*α (2F, 15 itens)*	*α (3F, 23 itens)*
F1		.88	.88	.90
F2		.87	.82	.85
F3		-	-	.86
Total	.95	.92	.90	.93

Nota. *α* = *Alfa de* Cronbach. F1 = Fator 1; F2 = Fator 2; F3 = Fator 3

Os resultados mostram que todos os fatores de cada um dos modelos em estudo obtiveram alfas de Cronbach satisfatórios. Assim, todos os modelos apresentaram uma consistência interna considerada satisfatória.

Os coeficientes de correlação item-total corrigidos (*ritc*) de cada um dos fatores nos vários modelos apresentaram valores adequados. Também não se registariam alterações significativas nos valores de alfa, caso algum item fosse eliminado.

7.4.3.2. Análise da Estabilidade Temporal

A estabilidade temporal é igualmente importante, uma vez que, um instrumento deve garantir a reprodutibilidade de resultados idênticos, quando recolhidos em períodos temporais diferentes sob as mesmas condições de aplicação (Rust & Golombok, 2000).

Para estudar a estabilidade temporal do ISAS, este instrumento foi aplicado duas vezes num intervalo de 3 a 4 semanas. Avaliaram-se os coeficientes de correlação e as diferenças entre os valores médios de ambas as aplicações.

Na primeira aplicação participou a totalidade da amostra (N = 512) e na segunda aplicação participou apenas uma subamostra de 300 adolescentes, conforme descrito anteriormente.

Tabela 49
Estabilidade Temporal do ISAS (1F, 26 itens)

	Teste		Reteste			
Subescalas do ISAS	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*r*	*t*
F1	3.39	.609	3.40	.575	.79***	-.281

Nota. *N = 300. M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *r* = Coeficiente de correlação de Pearson entre os dois momentos de avaliação; *t* = Teste *t* de Student para amostras emparelhadas.

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001.

Os resultados referentes ao modelo de 1 fator com 26 itens indicam que existiu uma forte correlação entre a pontuação total nos dois momentos de aplicação do ISAS e não existiram diferenças significativas entre os mesmos ($t_{(299)}$ = -.281, p = .779) (Tabela 49).

Tabela 50
Estabilidade Temporal do ISAS (2F, 19 itens)

	Teste		Reteste			
Subescalas do ISAS	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*r*	*t*
F1	3.22	.654	3.25	.637	.73***	.794
F2	3.50	.667	3.49	.658	.72***	.345
ISAS total	3.35	.595	3.36	.567	.76***	-291

Nota. *N = 300. M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *r* = Coeficiente de correlação de Pearson entre os dois momentos de avaliação; *t* = Teste *t* de Student para amostras emparelhadas.
* p < .05; ** p < .01; *** p < .001.

Como se pode observar na Tabela 50, no modelo de 2 fatores com 19 itens, os valores médios de ambos os fatores e a pontuação total obtida na primeira aplicação estiveram fortemente associados ($r \geq .72$) aos valores correspondentes na segunda aplicação. Entre as duas aplicações também não existiram diferenças significativas nos fatores, nem na pontuação total.

Tabela 51
Estabilidade Temporal do ISAS (2F, 15 itens)

	Teste		Reteste			
Subescalas do ISAS	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*r*	*t*
F1	3.22	.660	3.24	.646	.72***	-.744
F2	3.48	.715	3.44	.728	.67***	.973
ISAS total	3.32	.600	3.32	.578	.74***	.022

Nota. *N = 300. M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *r* = Coeficiente de correlação de Pearson entre os dois momentos de avaliação; *t* = Teste *t* de Student para amostras emparelhadas.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

À semelhança dos modelos anteriores, o modelo de 2 fatores, com 15 itens (Tabela 51), também apresentou valores médios correlacionados de forma positiva e significativa entre os dois momentos de aplicação, quer nos fatores, quer na pontuação total. As diferenças encontradas entre as duas aplicações não foram significativas do ponto de vista estatístico.

Tabela 52
Estabilidade Temporal do ISAS (3F, 23 itens)

	Teste		Reteste			
Subescalas do ISAS	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*r*	*t*
F1	3.17	.640	3.21	.564	.59***	-1.230
F2	3.49	.664	3.42	.610	.56***	2.035
F3	3.50	.781	3.46	.698	.53***	.920
ISAS total	3.34	.590	3.33	.496	.65***	.479

Nota. *N = 300. M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *r* = Coeficiente de correlação de Pearson entre os dois momentos de avaliação; *t* = Teste *t* de Student para amostras emparelhadas.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

No último modelo em estudo, o modelo de 3 fatores com 23 itens, os valores médios do primeiro e do segundo momento de aplicação encontraram-se correlacionados de forma positiva e significativa, sendo os coeficientes considerados moderados e fortes ($r \geq .530$). Também não se registaram diferenças significativas nos valores médios entre os dois momentos de aplicação, nem nos três fatores, nem na pontuação total.

Globalmente, todos os modelos indicam que existiu constância nos valores médios registados nos dois momentos de aplicação, pois os coeficientes de correlação foram moderados/fortes e não existiram diferenças significativas entre os mesmos. Deste modo, poder-se-á considerar que todos os modelos garantem a estabilidade temporal do ISAS.

Desta forma, tendo em conta os resultados ao nível da consistência interna e da estabilidade temporal, poder-se-á afirmar que o ISAS apresenta bons índices de fiabilidade.

7.4.4. Análise da Validade

7.4.4.1. Validade Convergente e Discriminante

Por validade convergente entende-se o grau de coesão dos itens associados a um determinado fator num instrumento psicométrico. Esta validade será tanto melhor quanto maior for a fração da variância dos itens atribuível ao respetivo fator e pode ser avaliada através do índice de Variância extraída média (VEM) (Fornell & Larcker, 1981).

Tabela 53
Variância Extraída Média (VEM) do ISAS

Subescalas do ISAS	VEM (1F, 23 itens)	VEM *(2F, 19 itens)*	VEM *(2F, 15 itens)*	VEM *(3F, 23 itens)*
F1	.30	.57	.58	.59
F2	-	.53	.57	.54
F3	-	-	-	.73

Nota. *N = 512.* VEM = Variância extraída média.

Na Tabela 53 pode observar-se que o modelo unifatorial foi o único que não apresentou um valor de VEM satisfatório (<.5). Todos os outros modelos cumpriram o

valor mínimo de .5, sendo de salientar que no modelo de 3 fatores, o terceiro fator registou o maior índice de VEM (.73).

A validade discriminante foi estudada através do quadrado da correlação entre os fatores (variância partilhada), perspetivando-se que este valor seja inferior à variância extraída média de cada fator (Fornell & Larcker, 1981).

Tabela 54
Variância Partilhada (r^2) entre os Fatores do ISAS

	r^2 *(2F, 19 itens)*	r^2 *(2F, 15 itens)*	r^2 *(3F, 23 itens)*	
Subescalas do ISAS	F2	F2	F2	F3
F1	.54	.39	.47	.54
F2	-	-	-	.45

Nota. N = 512. r^2 = Quadrado da correlação entre os fatores.

A variância partilhada entre os fatores, como se pode observar na tabela acima apresentada (Tabela 54), assumiu valores inferiores aos da variância extraída média de cada fator, havendo apenas uma ligeira superioridade no fator 2, do modelo com 19 itens.

Em todos os outros modelos existiu uma diferenciação suficiente entre os vários fatores que os representam.

7.4.4.2. Validade por Referência a Critério

A validade por referência a critério ou, mais especificamente, a validade concorrente, foi analisada através do coeficiente de correlação de Pearson entre os resultados no ISAS e nas medidas de resultado referentes à predisposição para a prevenção.

Tabela 55
Correlação entre o ISAS e a Predisposição para a Prevenção

	r *(1F, 26 itens)*	*r* *(2F, 19 itens)*	*r* *(2F, 15 itens)*	*r* *(3F, 23 itens)*
Perceção global de sucesso da prevenção do suicídio	.22***	.21***	.20***	.21***
Perceção de autoeficácia na prevenção do suicídio dos pares	.29***	.30***	.29***	.28***
Perceção de sucesso na prevenção do suicídio do próprio	.28***	.28***	.28***	.27***

Nota. $N = 512$. r = Coeficiente de correlação de Pearson.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Os coeficientes de correlação encontrados entre os diferentes modelos e a medida de resultado foram todos positivos e bastante significativos (Tabela 55). Tal poderá sugerir que um maior reconhecimento dos sinais de alerta está associado a uma maior predisposição para a prevenção. No entanto, é de referir que os coeficientes de correlação assumiram valores baixos ($r < .3$).

7.4.5. Diferenças entre Grupos

Neste ponto procurou-se a existência de diferenças no ISAS em função do sexo dos participantes através do teste *t* de Student para amostras independentes, em todos os modelos em estudo (respetivos fatores e pontuação total).

Tabela 56
Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e teste t de Student em Função do Sexo

	Amostra total ($N = 512$)		Sexo masculino ($n = 210$)		Sexo feminino ($n = 302$)				
	M	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*d* de Cohen	*t*	*p*
1F, 26 itens	3.42	.619	3.38	.609	3.46	.625	-.16	-1.422	.156
2F, 19 itens									
F1	3.25	.671	3.19	.642	3.29	.689	-.15	-1.648	.100
F2	3.51	.663	3.49	.677	3.53	.655	-.06	-.687	.493
total	3.37	.601	3.52	.737	3.58	.676	-.08	-.871	.384

	Amostra total (*N* = 512)		Sexo masculino (*n* = 210)		Sexo feminino (*n* = 302)				
	M	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*d* de Cohen	*t*	*p*
2F, 15 itens									
F1	3.24	.676	3.18	.652	3.29	.690	-.16	-1.797	.073
F2	3.49	.710	3.46	.732	3.50	.695	-.06	-.629	.537
total	3.34	.607	3.29	.615	3.37	.600	-.13	-1.496	.135
3F, 23 itens									
F1	3.20	.673	3.14	.646	3.23	.690	-.13	-1.479	.140
F2	3.50	.663	3.48	.679	3.52	.651	-.06	-.732	.465
F3	3.52	.785	3.43	.792	3.58	.775	-.19	-2.148	.032*
total	3.36	.601	3.31	.600	3.39	.601	-.13	-1.559	.120

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

Como se pode observar, os dados da tabela acima apresentada (Tabela 56) evidenciam que não se registaram diferenças significativas entre os sexos, nem nas subescalas do ISAS, nem na pontuação total dos vários modelos. Apenas no modelo de 3 fatores, com 23 itens, se observou uma diferença reduzida (*d* de Cohen = .19) mas estatisticamente significativa no fator 3, que é relativo aos Sinais de isolamento ($t_{(510)}$ = -2.148; p = .032). Constatou-se, deste modo, que o sexo feminino registou um valor mais elevado do que o sexo masculino.

7.5. Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo desenvolver um Inventário de Sinais de Alerta para Atos Suicidas (ISAS) em adolescentes, cujas características psicométricas fossem satisfatórias.

O desenvolvimento do inventário seguiu os procedimentos recomendados na literatura (Almeida & Freire, 2008; Gutierrez & Osman, 2008; Hill & Hill, 2008; Moreira, 2004; J. L. P. Ribeiro, 1999). Procurou-se elaborar um conjunto de itens o mais representativo possível dos vários sinais de alerta e diversificar a sua forma de apresentação no inventário – de modo a garantir um número de itens inicial superior ao desejável na versão final, após a eliminação dos que apresentavam características psicométricas menos adequadas. Formularam-se as instruções e a escala de resposta;

submeteu-se a versão inicial do instrumento a apreciação por um painel de juízes; testou-se o instrumento numa pequena amostra de adolescentes e procedeu-se a reformulações na versão inicial (37 itens). Os procedimentos implementados até esta fase permitiram garantir a validade de conteúdo do instrumento (Almeida & Freire, 2008; Hill & Hill, 2008; Moreira, 2004).

De seguida, aplicou-se a versão reformulada à amostra total; estudaram-se as características psicométricas; eliminaram-se os itens com propriedades menos adequadas; analisaram-se e compararam-se as características de várias soluções fatoriais e, definiu-se a versão definitiva do ISAS com as respetivas características psicométricas. Esta fase do estudo permitiu aferir a fiabilidade e a validade do instrumento.

As primeiras análises estatísticas desenvolvidas acerca do ISAS foram as suas estatísticas descritivas, em termos de valores médios, desvios-padrão, assimetria, curtose, coeficientes de correlação item-total corrigidos e o valor do alfa no caso da eliminação do item.

No que respeita às medidas de tendência central, pode referir-se que os valores médios, globalmente acima do ponto intermédio da escala de resposta, podem significar que os jovens apresentam um conhecimento mediano sobre os sinais de alerta. Também o facto de todos os sinais serem verdadeiros e de estarem formulados pela positiva podem ter contribuído para que os jovens assinalassem os níveis mais elevados da escala de resposta. Ainda assim, o item com a pontuação mais elevada, o item 25 “Mostrar desinteresse pela vida”, registou o valor médio de 3.82 (*DP* = .853) que não é muito elevado, considerando que o máximo é 5. Em relação ao conteúdo deste item, é compreensível que a demonstração de desinteresse pelo valor da vida possa corresponder a um sinal de alerta “quase intuitivo”. Relativamente ao valor médio mais baixo (*M* = 2.89; *DP* = 1.057), registado no item 29 “Dificuldade em dormir ou dormir demais, quando isso não é habitual”, pode dever-se ao menor conhecimento pessoal direto dos hábitos de sono dos colegas e também à menor valorização que os jovens geralmente fazem dos aspetos mais fisiológicos, como dormir.

Em relação às medidas de distribuição analisadas, nomeadamente a assimetria e a curtose, os resultados obtidos foram todos inferiores à unidade, o que sugere uma distribuição próxima da curva normal, na presente amostra. O pressuposto da normalidade da distribuição é extremamente importante para o estudo posterior das

características psicométricas (Almeida & Freire, 2008; Kline, 2011; Marôco, 2011; Moreira, 2004).

A análise dos coeficientes de correlação item-total corrigidos demonstra que os itens apresentam uma validade interna adequada. A eliminação de qualquer deles também não se refletiria numa melhoria significativa do alfa de Cronbach. Estes dados indicam assim que os itens do ISAS parecem bastante homogéneos, pois a maioria apresenta um bom poder discriminativo e a globalidade da medida apresenta uma consistência interna muito adequada (Almeida & Freire, 2008; Moreira, 2004; J. L. P. Ribeiro, 1999).

Garantidas estas condições, passou-se à análise fatorial exploratória, testando-se inicialmente os dados no sentido de perceber se coincidiam ao modelo teórico unidimensional concetualizado.

Os dados sugeriram um número superior de fatores, não interpretáveis e com itens bastante dispersos na matriz. Estes resultados levaram-nos a reter um fator. No entanto, com os 37 itens iniciais e um único fator, a variância explicada foi inferior ao mínimo exigido (50%). Testou-se uma outra solução unifatorial de 26 itens, cujas características ao nível da análise exploratória cumpriam os padrões mínimos de qualidade. Contudo, apesar de esta solução ser unifatorial e, por isso, correspondente ao modelo teórico formulado, não pudemos negligenciar a indicação do *scree plot* para dois ou três fatores, normalmente um dos melhores e mais fiável sinalizador do número de fatores a reter (Moreira, 2004; Pestana & Gageiro, 2009).

Assim, estudaram-se, ao nível da análise fatorial exploratória, as soluções de dois e três fatores, que cumpriam os critérios mínimos de qualidade a este nível. Desta forma, procurando manter o interesse teórico na maior diversidade de sinais de alerta e conciliá-lo com características estatísticas satisfatórias, colocaram-se algumas questões sobre o modelo fatorial a adotar como definitivo para o ISAS. A existência de modelos multifatoriais surgiu como potenciadora de uma melhor organização do inventário e, caso fosse adotada, proporcionaria uma interpretação mais dimensionada dos dados em utilizações futuras do mesmo. Contudo as soluções de 2 fatores, com 19 e 15 itens, implicavam a perda de alguns itens considerados importantes como o item 35, “Envolver-se em atividades de alto risco, quando essas atividades não eram praticadas com regularidade”. As soluções trifatoriais, por sua vez, tinham a desvantagem de o fator 3 ter apenas 4 itens e alguns itens apresentarem “pesos fatoriais” superiores a .3 no fator secundário – apenas um item na solução de 23 itens – embora as outras características fossem adequadas.

Perante estes dados, considerou-se que a decisão por um dos modelos deveria ser fundamentada em mais elementos sobre as propriedades psicométricas, nomeadamente a análise fatorial confirmatória, de modo a ser a mais correta e ponderada possível.

A análise fatorial confirmatória permitiu excluir o modelo de 1 fator, com 37 itens e o modelo de 3 fatores, com 27 itens, por não apresentarem índices de ajustamento totalmente satisfatórios.

Os modelos de 2 fatores, com 19 e 15 itens, apresentaram ambos valores de ajustamento adequados. O modelo de 19 itens, além de incluir mais itens – o que é desejável, dada a natureza diversa dos sinais de alerta – do que o modelo de 15 itens, tem um valor do quociente do qui-quadrado inferior, menor RMSEA e menor SRMS e maior PNFI, o que sustenta a sua qualidade. O modelo de 15 itens, por seu turno, assume índices de ajustamento GFI, TLI e CFI ligeiramente mais elevados, bem como um menor ECVI. A opção por um dos modelos não é fácil, pois ambos têm qualidades bastante satisfatórias.

No que respeita ao modelo de 3 fatores com 23 itens, os resultados mostram que todos os índices de ajustamento foram superiores a .9, o que corresponde a um ajustamento considerado bom (Marôco, 2010). Comparativamente ao outro modelo de 3 fatores de 27 itens, o presente modelo assume um ECVI inferior o que sugere melhor estabilidade. No entanto, o quociente de qui-quadrado pelos graus de liberdade é igualmente superior a 2, o RMSEA é de .6, o que é considerado adequado, embora fosse preferível um valor mais baixo. Deste modo, ainda que não assuma as características ideais, este modelo de 3 fatores, com 23 itens, apresenta também um bom ajustamento e mantém-se igualmente como uma opção de escolha para o ISAS. Para além disso, em termos de interpretação teórica, este modelo proporciona informação sobre três tipos de sinais de alerta: Sinais comportamentais (fator 1), Sinais verbais (fator 2) e Sinais de isolamento (fator 3). De referir que alguns autores têm também discriminado os sinais de alerta em dois grupos principais: Sinais comportamentais e Sinais verbais (e.g., Inoue et al., 2007). Os Sinais de isolamento, por sua vez, embora se manifestem de forma comportamental assumem uma especificidade distinta comparativamente aos outros Sinais comportamentais, o que justifica a sua autonomização num fator.

Desta forma, deu-se continuidade ao estudo de todas as propriedades dos seguintes modelos: 1 fator (26 itens); 2 fatores (19 itens); 2 fatores (15 itens) e 3 fatores (23 itens).

No parâmetro dos coeficientes padronizados de saturação fatorial, os resultados foram satisfatórios em todos os modelos em estudo. Os indicadores de fiabilidade

individual, por sua vez, registam valores mais baixos do que seriam desejáveis em todos os modelos. Apenas no modelo de 3 fatores, com 23 itens, se alcançaram indicadores com valores mais elevados em alguns itens.

As correlações entre os fatores evidenciam que existe associação moderada entre os mesmos, o que estatisticamente suporta a opção pela rotação oblíqua e teoricamente é justificável devido à própria natureza dos sinais de alerta sendo que estes sinais podem ser múltiplos, podem estar relacionados entre si e não se excluem mutuamente (AAS, 2013; A. Berman et al., 2006; Rudd, Berman, et al., 2006), o que explica a relação entre Sinais comportamentais (fator 1), Sinais verbais (fator 2) e Sinais de isolamento (fator 3). Considera-se, assim, que a diferenciação dos sinais de alerta nestes fatores encontra interpretação teórica plausível, sendo igualmente aceitável a associação registada entre os mesmos, pelas razões já explicadas.

A análise do alfa de Cronbach dos fatores de cada um dos modelos revelou uma boa consistência interna, não apontando para a exclusão de nenhum dos modelos. No parâmetro da estabilidade temporal, os resultados cumprem também o pressuposto de qualidade, isto é, os resultados de ambas as aplicações estão significativamente correlacionados não existindo diferenças significativas do ponto de vista estatístico entre as mesmas. Neste sentido, a fiabilidade do ISAS, medida pelos critérios de consistência interna e estabilidade temporal (Almeida & Freire, 2008; Moreira, 2004; Pestana & Gageiro, 2009; J. L. P. Ribeiro, 1999), está garantida em todos os modelos em estudo.

Uma vez que a avaliação da fiabilidade do ISAS foi bastante adequada em todos os modelos, não permitindo excluir nenhum deles, prosseguiu-se com o estudo das validades.

No que respeita à validade convergente, o modelo de 1 fator (26 itens) apresenta um valor de VEM inferior ao valor mínimo desejável, sugerindo que existe uma grande heterogeneidade nos itens do fator. Este valor de menor qualidade pode, assim, ser critério para a exclusão do modelo, o que será considerado posteriormente.

Nos modelos de 2 e 3 fatores, os índices de VEM são adequados em todos os fatores. É de salientar que no modelo de 3 fatores (23 itens), o fator 3 apresenta um bom índice de VEM (.73), bastante superior aos índices dos restantes fatores. Estes dados sugerem uma boa validade convergente, sobretudo do modelo de 3 fatores.

No parâmetro relativo à validade discriminante, no modelo de 2 fatores, com 19 itens, a variância partilhada foi superior à VEM, o que coloca algumas dúvidas

quanto à diferenciação dos fatores neste modelo. Os restantes modelos cumpriram o critério de qualidade neste parâmetro.

A relação entre o ISAS e a predisposição para a prevenção, medida de resultado, revelou a mesma tendência em todos os modelos em estudo. Como era expetável, a relação é positiva, ou seja, quanto maior o reconhecimento dos sinais de alerta para os atos suicidas, maior a predisposição para agir de forma preventiva (Tsai et al., 2010).

Todavia, o grau de associação encontrado entre estas duas variáveis é considerado relativamente baixo ($r \simeq .2$), o que nos leva a afirmar que é necessário uma intervenção no sentido de fortalecer a associação entre as mesmas. Como a literatura tem evidenciado, o reconhecimento dos sinais de alerta pode ser determinante na prevenção de um ato suicida (A. Berman et al., 2006; Capuzzi, 2009; Tsai et al., 2010).

Numa última análise foram comparados os resultados médios no ISAS, nos vários modelos, em função do sexo. Apenas no modelo de 3 fatores, com 23 itens, se registaram diferenças significativas no fator 3, Sinais de isolamento. O facto de terem sido as raparigas a pontuar mais elevado no reconhecimento deste tipo de sinais de alerta pode dever-se às próprias características do sexo feminino na adolescência. Normalmente as raparigas quando vivenciam situações de maior instabilidade emocional ou humor negativo tendem a isolar-se e a adotar comportamentos internalizantes, enquanto os rapazes têm normalmente mais comportamentos externalizantes (Sprinthall & Collins, 2008). Assim, é justificável que as raparigas estejam mais sensibilizadas para um tipo de sinais de alerta com o qual se identificam.

De acordo com a exaustiva análise das características dos modelos, segundo os vários critérios psicométricos, pode sintetizar-se o seguinte.

Por um lado, nos modelos de 1 fator (26 itens), 2 fatores (19 itens), 2 fatores (15 itens) e 3 fatores (23 itens) todos os índices de ajustamento aos dados são satisfatórios, quando avaliados ao nível da análise fatorial confirmatória; os coeficientes padronizados de saturação fatorial são adequados; a consistência interna dos fatores é bastante satisfatória, bem como a estabilidade temporal dos resultados entre ambas as aplicações; os resultados correlacionam da forma perspetivada teoricamente com a medida de resultado e ao nível das diferenças em função do sexo, os resultados também são similares entre todos os modelos, exceto no modelo de 3

fatores (23 itens) em que existem diferenças significativas no terceiro fator Sinais de isolamento.

Por outro lado, os resultados obtidos na análise fatorial confirmatória apontam para a exclusão do modelo de 1 fator (37 itens) e de 3 fatores (27 itens), pelo facto de os índices de ajustamento serem baixos; a VEM sugere menor validade convergente do modelo de 1 fator (26 itens); a variância partilhada sugere uma menor diferenciação dos fatores no modelo de 2 fatores (19 itens). Para além disso, o modelo de 2 fatores, com 15 itens, dada a diversidade de sinais de alerta existentes, pode ser comprometedor da qualidade teórica do instrumento, exatamente por ter um baixo número de itens e logo representar menos sinais de alerta.

Procurando identificar o modelo que melhor responda aos objetivos teóricos para os quais o ISAS foi formulado de forma a cumprir, simultaneamente, os critérios de qualidade estatística, o modelo de 3 fatores (23 itens) emerge como o potencial conciliador destes dois requisitos.

O modelo de 3 fatores (23 itens), comparativamente aos modelos de 2 fatores tem um número de itens superior, o que permite uma recolha de informação mais diversificada e completa; a organização trifatorial proporciona uma interpretação teórica e estatística mais “rica”; a identificação de um terceiro fator que teoricamente corresponde a itens referentes aos Sinais de isolamento faculta a identificação de um dos principais sinais de alerta; a validade convergente e os indicadores de fiabilidade individual são ligeiramente melhores; os índices de ajustamento cumprem os critérios mínimos de qualidade (embora alguns parâmetros pudessem ser mais ajustados); as diferenças em função do sexo são registadas no fator referente aos Sinais de isolamento. Perante as características expostas, o modelo de 3 fatores (23 itens) constitui a melhor representação do ISAS.

De uma forma global, o ISAS permite avaliar o reconhecimento de um conjunto de sinais de alerta e apresenta características psicométricas consideradas satisfatórias nos diversos parâmetros estudados, sobretudo no modelo de 3 fatores (23 itens). Pode, por isso, considerar-se que o ISAS cumpre os propósitos que pautaram a sua construção e desenvolvimento.

Conforme se pôde observar, este instrumento proporciona várias soluções fatoriais com características psicométricas globalmente satisfatórias. A análise e a discussão dos dados colocaram em evidência as vantagens e desvantagens de cada uma delas. No nosso

entender, tendo presente os objetivos do inventário e o fim a que se destina, o modelo de 3 fatores (23 itens) reúne o melhor equilíbrio entre as características conceptuais e estatísticas, tanto em termos de fiabilidade, como de validade.

No entanto, foram expostas todas as características relativas aos vários modelos conceptuais em estudo, o que permitirá à comunidade científica optar pelo modelo que, consoante os objetivos a que o ISAS se destine, possa melhor corresponder às expectativas específicas das investigações projetadas. No caso, por exemplo, de se pretender uma aplicação rápida do ISAS e que diferencia apenas os sinais comportamentais dos sinais verbais, pode optar-se pela versão reduzida de 15 itens, uma vez que esta também apresentou boas propriedades psicométricas.

O desenvolvimento de um instrumento é sempre um percurso longo que pode ser melhorado em aplicações e estudos futuros, colmatando as limitações do presente.

Neste estudo, a aplicação do ISAS a uma amostra de adolescentes em contexto de sala-de-aula sem privacidade absoluta pode, de alguma forma, ser apontada como uma limitação; o facto de os sinais de alerta serem todos verdadeiros, sem itens invertidos, pode também ter facilitado o reconhecimento dos mesmos; o facto de se tratar da primeira aplicação do ISAS não permite a comparação dos resultados com outros estudos; a inexistência de outros instrumentos com os mesmos objetivos validados em Portugal também não permite comparar os resultados; a eliminação de uma parte dos itens, em todos os modelos, inclusive no modelo que se selecionou de 3 fatores, 23 itens, levou à perda de uma parte dos sinais de alerta, embora tivesse sido uma premissa de partida elaborar itens repetidos para poderem ser selecionados os melhores, do ponto de vista psicométrico. A própria natureza dos sinais de alerta, múltiplos e variáveis a nível interpessoal, impõe dificuldades na conceção de um instrumento suficientemente abrangente e, ao mesmo tempo, parcimonioso. Esta diversidade dos sinais de alerta pode, igualmente, explicar os menores indicadores de fiabilidade encontrados em alguns itens, pois embora se organizem em fatores, podem não ser totalmente representativos do mesmo.

Como sugestões para o futuro, o ISAS poderá ser estudado numa amostra mais representativa da população portuguesa adolescente, bem como em outros setores etários da população. No âmbito de ações de prevenção primária, poderá ser utilizado especificamente em estudos dirigidos à comunidade em geral ou a familiares e pessoas próximas de indivíduos em risco de suicídio, como instrumento de partida para o rastreio de conhecimentos sobre sinais de alerta.

A literatura tem documentado que os sinais de alerta são um dos aspetos essenciais na prevenção do suicídio (A. Berman et al., 2006; D. N. Miller, 2011; Shaffer & Gould, 2000; Waldvogel et al., 2008). Desta forma, a utilização do ISAS, que mostrou ter boas características psicométricas, poderá ser potencialmente útil para analisar o grau de reconhecimento dos sinais de alerta e, além disso, avaliar a evolução do grau de conhecimentos antes e após ações de prevenção, conforme se pretende no último estudo da presente investigação.

CAPÍTULO 8. ESTUDO 5. INVENTÁRIO DE ATITUDES EM RELAÇÃO À PREVENÇÃO DOS ATOS SUICIDAS (IAPS)

"I'm going to walk to the bridge. If one person smiles at me one the way, I will not jump"
(T. Joiner, 2010, p. 172).

8.1. Introdução

Os problemas de saúde mental e os atos suicidas, em particular na população jovem, apelam, quer a uma consciencialização quer a uma mobilização pública para a prestação de ajuda e encaminhamento para os profissionais especialistas.

Os problemas de saúde mental surgem frequentemente, pela primeira vez, na adolescência e início da idade adulta (12-24 anos) (C. M. Kelly, Jorm, & Wright, 2007). Num estudo realizado nos EUA, com uma amostra de 9282 sujeitos, observou-se que mais de metade das perturbações mentais surgem por volta dos 14 anos e três quartos emergem aproximadamente aos 24 anos (Kessler, Berglund, Demler, Jin, & Walters, 2005). Se os problemas de saúde mental forem identificados precocemente e encaminhados para os cuidados de saúde primários, as suas consequências negativas a curto e a longo-prazo poderão ser reduzidas (Jorm et al., 1997). Por isso, estar informado sobre o modo de procurar e prestar ajuda é considerado um fator protetor genérico dos problemas de saúde mental (D. Rickwood, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2005; D. J. Rickwood, Deane, & Wilson, 2007).

Os jovens são particularmente relutantes a procurar ajuda para os problemas de saúde mental (Biddle, Gunnell, Sharp, & Donovan, 2004; D. J. Rickwood et al., 2007), o que representa um entrave acrescido à prevenção dos mesmos. E, como tem sido demonstrado, a existência de problemas de saúde mental não-tratados são um dos principais fatores de risco para os atos suicidas (e.g., Evans, Hawton, & Rodham, 2004), embora possam ocorrer atos suicidas sem a presença de doença mental (Capuzzi, 2009; Nelson & Galas, 2006).

A precoce idade de início das perturbações mentais aliada às estatísticas dos suicídios juvenis (2.ª causa de morte dos 10 aos 24 anos; OMS, 2013) expressa a necessidade de medidas de prevenção primária que, entre outras componentes,

incluam a promoção do comportamento de procura e prestação de ajuda para o próprio e para os pares.

Neste sentido, ao nível da revisão da literatura, importa explorar o conceito e processo de procura de ajuda; identificar os recursos a que os jovens tipicamente recorrem; detetar as lacunas ao nível dos conhecimentos sobre os recursos disponíveis e avaliar as atitudes inerentes à intenção de prestar ajuda aos pares suicidas.

8.1.1. Conceptualização de procura de ajuda

O termo procura de ajuda tem sido definido como ‘‘*communicating with other people to obtain help in terms of understanding, advice, information, treatment, and general support in response to a problem or distressing experience*’’ (D. Rickwood et al., 2005, p. 4). Essa procura de ajuda pode ser dirigida a uma grande diversidade de recursos. Em função do grau de formalidade desses recursos, a ajuda pode ser catalogada em duas categorias: a ajuda formal e a informal.

A ajuda formal é prestada pelos serviços de saúde ou por outros serviços profissionais (Nada-Raja, Morrison, & Skegg, 2003), ou seja, por indivíduos com formação e competências reconhecidas para ajudarem ou aconselharem, como sejam os profissionais de saúde, os psicólogos, os professores, os assistentes sociais ou, até mesmo, os líderes espirituais (D. Rickwood et al., 2005).

A ajuda informal é obtida por recursos próximos do indivíduo associados geralmente aos seus relacionamentos sociais, não-profissionais, tais como a família, os amigos, entre outros (Nada-Raja et al., 2003). Estes recursos também podem ser designados por porteiros sociais emergentes (Ramsay et al., 1990) (cf. p. 97).

Em ambas as categorias, a procura de ajuda é uma estratégia de *coping* que implica terceiras pessoas e, por isso, está claramente associada às competências interpessoais (D. Rickwood et al., 2005), mas depende também de outras variáveis, tais como a qualidade da saúde psicológica (J. R. Burns & Rapee, 2006; Ciarrochi, Deane, Wilson, & Rickwood, 2002; D. J. Rickwood et al., 2007) e da existência de ideação suicida (Carlton & Deane, 2000; Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2001; Evans, Hawton, & Rodham, 2005; Wilson, Deane, & Ciarrochi, 2005; Yakunina, Rogers, Waehler, & Werth, 2010).

8.1.2. A procura de ajuda pelos jovens em risco suicida

A literatura tem evidenciado que os jovens em risco suicida não têm tendência para partilhar os seus pensamentos e problemas com outras pessoas e, sobretudo, não pedem ajuda para esses problemas (e.g., sintomatologia depressiva e ansiosa, acontecimentos de vida negativos).

A nível conceptual, este fenómeno de evitamento da procura de ajuda tem sido designado por negação de ajuda[36]. A negação de ajuda "*is expressed behaviorally by the refusal or avoidance of available help and cognitively by the inverse relationship between self-reported symptoms of psychological distresse and help-seeking intentions*" (Wilson & Deane, 2010, p. 291). A negação de ajuda pode ser entendida como a manifestação de desesperança, pessimismo ou cinismo do indivíduo em relação ao tratamento (Rudd, Joiner, & Rajab, 1995), o que dificulta o recurso aos serviços de saúde mental (Yakunina et al., 2010).

A nível empírico, os resultados acerca do fenómeno de negação de ajuda têm advindo de vários estudos com amostras de jovens, sobretudo não-clínicas. Num estudo com 1455 estudantes verificou-se que dos 9% que assumiram ter considerado seriamente a hipótese de cometer um ato suicida, apenas 20% solicitaram aconselhamento para este problema (Furr, Westefeld, McConnell, & Jenkins, 2001).

Num estudo com 211 adolescentes, dos 14 aos 18 anos, verificou-se uma correlação significativa entre níveis mais elevados de ideação suicida e uma menor intenção de procurar ajuda para os pensamentos suicidas (Carlton & Deane, 2000). O estudo de Wilson, Deane e Ciarrochi (2005), também com adolescentes (N = 269 adolescentes), de população não-clínica, acrescenta que, além de estarem correlacionados, os níveis de ideação suicida permitem predizer significativamente uma menor intenção de procurar ajuda.

Estes resultados encontram-se replicados também em duas amostras de 302 estudantes universitários, recolhidas com um intervalo de aproximadamente uma década, nas quais a ideação suicida surgiu, inversamente, correlacionada com a intenção de pedir ajuda (Deane et al., 2001; Wilson & Deane, 2010). Além disso, os

[36] Da expressão inglesa *help-negation*.

resultados mostram que quanto mais elevados os níveis de ideação suicida, maior a intenção de não solicitar ajuda a ninguém (Wilson & Deane, 2010).

A ideação suicida constitui, assim, um entrave ao processo de procura de ajuda, quer em amostras da população não-clínica (Carlton & Deane, 2000; Deane et al., 2001; Evans et al., 2005; Wilson, Deane, & Ciarrochi, 2005; Yakunina et al., 2010), quer da população com níveis considerados subclínicos (Wilson & Deane, 2010). Estes resultados contrariam, assim, as expectativas dos autores (e.g., Carlton & Deane, 2000) que se baseiam no suposto desejo humano de superar o mal-estar psicológico associado à ideação suicida.

Com o objetivo de perceber esta associação entre a ideação suicida e a não-procura de ajuda, têm sido desenvolvidas diversas investigações sobre as características específicas dos jovens com ideação suicida que poderão interferir na intenção de solicitar ajuda.

Por exemplo, Evans et al. (2005), numa amostra de 6020 adolescentes, com 15 e 16 anos, constataram que os adolescentes que se envolvem em atos suicidas ou que têm ideação suicida, comparativamente aos adolescentes que não têm estas características, sentem uma maior necessidade de suporte por parte dos outros; no entanto, têm menos competências para solicitar ativamente esse suporte, nomeadamente dos familiares e professores. Estes adolescentes têm também menos categorias de pessoas (pais, irmãos, outros parentes, amigos, professores ou outras pessoas) com quem são capazes de falar sobre os seus problemas e preocupações (Evans et al., 2005). Metade dos adolescentes inquiridos no estudo de Cigularov, Chen, Thurber e Stallones (2008), com uma média de 15.4 anos, admitiram também ter falta de confiança nos adultos para solicitar ajuda, caso tivessem ideias suicidas.

Outras investigações têm avaliado a capacidade de algumas variáveis predizerem a intenção de procurar ajuda para os pensamentos suicidas. Os níveis de ideação suicida, as atitudes, o distresse psicológico, o medo dos tratamentos e o género têm mostrado ser preditores da intenção de procurar ajuda (23%) (Carlton & Deane, 2000). Todavia, os níveis de sintomatologia depressiva têm um efeito moderador sobre a intenção de pedir ajuda para a própria ideação suicida (Wilson & Deane, 2010). Em relação à desesperança e aos pedidos de ajuda prévios, têm sido encontrados resultados contraditórios no que respeita à sua capacidade preditiva (Carlton & Deane, 2000; Deane et al., 2001; Wilson, Deane, & Ciarrochi, 2005), embora os níveis de ansiedade não predigam esta relação (Wilson & Deane, 2010).

Para além das características individuais, um outro fator que parece ter maior relevância nesta área de estudos diz respeito ao tipo de recursos aos quais o pedido de ajuda é dirigido, sobretudo em relação ao grau de formalidade dos mesmos.

8.1.3. A procura de ajuda junto de recursos formais e informais

A investigação tem evidenciado, como foi referido anteriormente, que os níveis de ideação suicida na adolescência se correlacionam de forma negativa com a intenção de solicitar ajuda, quer a recursos formais, quer a recursos informais (e.g., Deane et al., 2001; Wilson, Deane, & Ciarrochi, 2005; Yakunina et al., 2010).

No que concerne aos recursos formais, foi desenvolvida uma investigação sobre a relutância em consultar médicos de clínica geral e familiar, com 590 adolescentes do ensino secundário, com uma média de 15.6 anos, na qual se constatou que quanto maiores fossem os níveis de ideação suicida e de stresse psicológico, menores seriam as intenções de pedir ajuda ao médico de clínica geral e familiar. Esta atitude de evitamento do pedido de ajuda cresce mesmo com níveis subclínicos de ideação suicida (Wilson et al., 2010). Também Wilson, Deane e Ciarrochi (2005), além de encontrarem uma correlação negativa entre os níveis de ideação suicida e a procura de ajuda, como foi previamente referido, constataram que essa correlação variava de r = .15 para a intenção de procurar ajuda de um médico de clínica geral - recurso formal – para r = .47 para a intenção de procurar ajuda por parte da família - recurso informal. Numa outra investigação, com 3746 adolescentes, ficou explicitada a intenção de solicitar ajuda a fontes formais *versus* informais, uma vez que apenas 4% a 13%, dependendo da vinheta apresentada, tencionavam pedir ajuda a um médico de clínica geral e familiar, enquanto 45% a 60% selecionavam a família como a principal fonte do pedido de ajuda (Jorm, Wright, & Morgan, 2007).

Relativamente aos recursos informais, os amigos próximos, a família e os parceiros/namorados são identificados pelos adolescentes como sendo as pessoas a quem eles recorreriam no caso de terem problemas emocionais ou outros problemas relacionados com a saúde psicológica (Booth et al., 2004; Ciarrochi, Wilson, Deane, & Rickwood, 2003; Cigularov et al., 2008; Fortune, Sinclair, & Hawton, 2008; Jorm et al., 2007; D. Rickwood et al., 2005; Wilson, Deane, & Ciarrochi, 2005).

No caso de uma amostra de adolescentes, com 15 e 16 anos, que se envolveram em comportamentos autolesivos, o padrão de procura de ajuda manteve-se o mesmo antes e depois desses comportamentos, i.e., os recursos de ajuda mais requisitados foram os amigos e família (40%-47% e 11%-23%, antes e depois, respetivamente) (Fortune et al., 2008). Constatou-se também uma maior predisposição para procurar e receber ajuda por parte dos amigos, do que de outras fontes, para os comportamentos autolesivos ou pensamentos suicidas, numa outra amostra de 6020 adolescentes de 15 e 16 anos (Evans et al., 2005).

Uma outra investigação, realizada com 879 adolescentes, sobre a relação entre o risco suicida e os padrões de suporte de adultos, constatou que apenas metade dos jovens que realizaram tentativas de suicídio tinham falado sobre o seu mal-estar psicológico com um membro da família, um professor ou um conselheiro e somente um quarto desses mesmos adolescentes tinha consultado um profissional de saúde mental (O'Donnell, Stueve, Wardlaw, & O'Donnell, 2003).

Quando são confrontados com a hipótese de terem que aconselhar os seus pares, com sintomatologia depressiva a procurarem ajuda, os adolescentes indicam como primeiro recurso um conselheiro escolar, seguido dos amigos, família, profissionais não especializados, psicólogos, psiquiatras, professor, alguém de confiança e, só por último, um médico (J. R. Burns & Rapee, 2006). Os resultados de Jorm e Wright (2007), recolhidos junto de 3746 jovens, dos 12 aos 25 anos, corroboram o estudo anterior ao sugerirem recursos informais e gerais de ajuda para problemas psicológicos de outros jovens, ao invés de indicarem especialistas dos serviços de saúde mental. Tanto nos casos de autoprocura de ajuda, como de heteroprocura de ajuda, os adolescentes dirigem-se, tendencialmente, aos recursos informais, do seu meio pessoal ou social.

Importa, ainda, referir que à medida que ficam mais velhos, os adolescentes, tendem a, cada vez mais, procurar ajuda para os seus problemas emocionais junto dos amigos (Steinberg & Morris, 2001), dos namorados (Ciarrochi et al., 2003; Steinberg & Morris, 2001) ou dos médicos de clínica geral (Jorm et al., 2007), em detrimento da família (Steinberg & Morris, 2001).

O facto de a grande maioria dos adolescentes em risco suicida recorrer sobretudo aos amigos – também adolescentes – coloca-nos perante um paradoxo (Fortune et al., 2008). Se por um lado é fundamental que sejam capazes de solicitar ajuda junto dos seus pares, que em termos desenvolvimentais é saudável, (Steinberg

& Morris, 2001), por outro lado, os pares adolescentes podem não estar preparados para prestar uma ajuda eficaz (Cigularov et al., 2008). Além disso, a investigação tem mostrado que quando os adolescentes se identificam com os seus pares que realizaram atos suicidas podem aumentar a sua própria ideação suicida, podendo desenvolver-se um efeito de imitação, tal como sistematiza Evans et al. (2004) numa revisão da literatura.

Numa outra vertente, muito se tem questionado até que ponto o pedido de ajuda a amigos ou familiares, por parte de um adolescente em risco suicida, poderá aumentar a probabilidade deste recorrer posteriormente a serviços de saúde mental. Nada-Raja et al. (2003), numa amostra de jovens-adultos, encontraram associações positivas entre o uso de estruturas de suporte informal e o recurso a estruturas de suporte formal, como os serviços de saúde mental, i.e., a confiança num membro da família ou num amigo pode significar apoio e encorajamento para o acesso a serviços formais.

No entanto, também acontece recorrerem apenas aos contactos informais e não alargarem esse pedido de ajuda, especialmente se estes tiverem parcas competências para gerir as suas emoções (Ciarrochi et al., 2002) ou se tiverem ideação suicida (M. S. Gould et al., 2004)

Este cenário pode tornar-se seriamente dramático, se considerarmos que na fase de ambivalência entre a vida e a morte é comum a partilha dos pensamentos suicidas com outra pessoa, cuja resposta ou atitude possa significar essa diferença (T. Joiner, 2010). Com efeito, este conjunto de estudos reitera a premente necessidade dos principais alvos de pedidos de ajuda para pensamentos suicidas estarem capacitados a prestar uma ajuda eficaz imediata e reencaminhar para recursos competentes.

8.1.4. Promoção de competências nos recursos de ajuda mais frequentes

A literatura tem demonstrado, por um lado, que os adolescentes normalmente partilham as suas preocupações e problemas com outros adolescentes (A. Berman et al., 2006) e, por outro, que níveis mais elevados de literacia sobre saúde mental entre os jovens facilitam a procura de ajuda adequada (C. M. Kelly et al., 2007).

As ações de promoção da saúde mental deverão, assim, ter como principal público-alvo os adolescentes e como objetivo primário aumentar a sua literacia sobre

saúde mental. Deste modo, tornar-se-ão mais competentes na auto e na heteroprocura de ajuda para os pares (J. R. Burns & Rapee, 2006).

O aumento da literacia sobre a saúde mental em geral regista uma relação com a competência para solicitar ajuda para os mais diversos problemas psicológicos (e.g., C. M. Kelly et al., 2007; Ranahan, 2010) e o mesmo padrão tem sido confirmado com a literacia sobre os atos suicidas (e.g., Aseltine et al., 2007). Por esta razão, o desenvolvimento de competências e atitudes adequadas em relação ao comportamento de procurar ajuda tem vindo a tornar-se um dos principais objetivos de vários programas educacionais de prevenção do suicídio entre os jovens (Aseltine & DeMartino, 2004; Aseltine et al., 2007; Ciffone, 2007; Cigularov et al., 2008; Kalafat & Elias, 1994).

A este nível, a informação deverá incidir, de forma pedagógica e ajustada ao público-alvo, sobre aspetos específicos, tais como (a) a desmistificação do comportamento de procura de ajuda, (b) a identificação dos recursos disponíveis, (c) o comportamento verbal e não-verbal a adotar perante um par suicida e (d) as atitudes adaptativas que deverão ser adotadas em fase de crise suicida e quais as que devem ser evitadas.

A desmistificação do comportamento de procura e prestação de ajuda na comunidade torná-lo-á menos estigmatizado, facilitando o acesso aos serviços de saúde e a redução de atos suicidas (A. Berman et al., 2006).

A cedência de informação sobre os recursos de prestação de ajuda, nomeadamente em relação a “quem”, “onde”, “como” e “quando” (Capuzzi, 2009), bem como sobre as características dos serviços formais (e.g., em termos de confidencialidade e anonimato) também poderá ser um facilitador do pedido de ajuda junto dos mesmos (A. Berman et al., 2006; Waldvogel et al., 2008).

A necessidade do pedido de ajuda pode surgir de forma indireta ou direta, isto é, os jovens podem aperceber-se por algum sinal ou sinais que um colega está em risco suicida ou podem ser confrontados diretamente com esse problema através de uma conversação face-a-face.

Para que a primeira situação resulte numa procura eficiente de ajuda, alguns investigadores sugerem que se treine os jovens a reconhecerem os sinais de alerta dos pares potencialmente suicidas (Capuzzi, 2009; Pompili et al., 2011).

Perante a segunda situação, ou após o reconhecimento da primeira, é preciso instruir os jovens a adotarem atitudes[37] adaptativas e concomitantemente evitarem atitudes não-adaptativas. Como atitudes adaptativas[38] perante um par em risco de suicídio, podem mencionar-se as seguintes: (a) ouvir empaticamente, sem fazer julgamentos críticos (Capuzzi, 2009); (b) ajudar a desenvolver competências de *coping* de enfrentamento face aos problemas; (c) reduzir os sentimentos de isolamento; (d) evitar os abusos de álcool e (e) reforçar os fatores protetores (White & Jodoin, 1998, cit in Pompili et al., 2011); incentivar ativamente a procura de ajuda ou aconselhamento profissional e informar alguém próximo ou os pais sobre a situação (A. Berman et al., 2006; Capuzzi, 2009).

É igualmente importante, os jovens estarem consciencializados de que a presença de sintomatologia depressiva e ideação suicida do par tendem a diminuir a predisposição dos seus pares para procurarem ajuda, o que reforça a necessidade de uma resposta mais ativa e persistente da sua parte (Wilson & Deane, 2010). Esta consciencialização terá certamente algum efeito ao nível da referenciação dos jovens em risco e consequente encaminhamento para os serviços de saúde mental (A. Berman et al., 2006).

Do ponto de vista técnico-científico, para capacitar os jovens a intervir junto dos pares suicidas é necessário primeiro avaliar os seus atuais conhecimentos e atitudes em relação aos pares suicidas, isto é, o que tencionam fazer perante um colega em risco suicida. Globalmente, após a avaliação da adequação das intenções de prestar ajuda, poder-se-á intervir no sentido de substituir as menos adaptativas e reforçar as mais adaptativas.

Até ao momento, existem instrumentos que avaliam diferentes dimensões associadas à procura de ajuda, tais como (a) a intenção de solicitar ajuda para si próprio em caso de risco suicida, como o *General Help-Seeking Questionnaire* (GHSQ) (Wilson, Deane, Ciarrochi, & Rickwood, 2005), (b) as barreiras em relação à procura de ajuda para o próprio ou para os pares, *Perceived Barriers to Seeking*

[37] "As atitudes são combinações de crenças, sentimentos ou avaliações reunidas a alguma predisposição para agir em consonância" (Gleitman, 2002, p. 564).

[38] As atitudes adaptativas, ao contrário das atitudes não-adaptativas, traduzem-se em estilos de *coping* direcionados ao enfrentamento e à resolução da situação problemática de forma adequada, mobilizando os seus esforços e os dos outros; no caso, por exemplo, de risco suicida a procura de ajuda profissional é uma atitude adaptativa (T. Ellis & Newman, 1996; M. S. Gould et al., 2004; Lazarus & Folkman, 1984; D. Rickwood et al., 2005; D. J. Rickwood et al., 2007).

Help for Self (Self Form) e *Perceived Barriers to Seeking Help for Others (Other Form)*, respetivamente (Cigularov et al., 2008), e (c) as atitudes em relação à procura de ajuda para problemas psicológicos em geral, como o *Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale* (ATSPPHS) (Elhai, Schweinle, & Anderson, 2008), entre outros.

No entanto, não são conhecidos instrumentos psicometricamente validados que permitam avaliar especificamente as atitudes que os adolescentes tencionam adotar perante um par em risco de suicídio, i.e., para além da intenção ou não de solicitarem ajuda a terceiros, o que fariam imediatamente para "travar" a crise suicida do colega/ amigo.

8.2. Objetivos

O presente estudo pretende desenvolver um instrumento que avalie a intenção dos adolescentes para agir perante um par em risco suicida e estudar as respetivas características psicométricas. Especificamente, pretende-se: (a) identificar as possíveis atitudes em relação à prevenção do suicídio (constructo-alvo); (b) elaborar um conjunto de itens associados aos diferentes tipos de atitudes; (c) analisar a validade de conteúdo do inventário; (d) explorar as características descritivas e a validade interna dos itens; (e) estudar as características psicométricas, nomeadamente a estrutura interna, a fiabilidade (consistência interna e estabilidade temporal), a validade convergente, a validade discriminante e a validade concorrente e, finalmente, (f) caracterizar as diferenças obtidas no inventário em função do sexo dos participantes.

8.3. Método

8.3.1. Estratégias para a construção e desenvolvimento do Inventário de Atitudes em Relação à Prevenção dos Atos Suicidas (IAPS)

Os procedimentos seguidos para a elaboração do IAPS e estudo das suas características psicométricas foram baseados na literatura sobre a psicometria em geral e adaptada à área da Psicologia (Almeida & Freire, 2008; Gutierrez & Osman, 2008; Hill &

Hill, 2008; Moreira, 2004; J. L. P. Ribeiro, 1999). Inicialmente, foram definidos os seguintes aspetos do inventário: constructo-alvo, objetivo, domínios a avaliar, destinatários e contexto de aplicação.

O constructo-alvo do inventário consistiu nas atitudes dos adolescentes face a um hipotético colega em risco de suicídio. O inventário tem por objetivo avaliar o grau de concordância com cada uma das atitudes que podem ser adotadas perante a situação de risco apresentada.

Em relação aos domínios a avaliar, foram inventariados vários modos de lidar com uma situação de crise suicida, tais como o evitamento/fuga, o apelo às memórias positivas, a confrontação negativa do outro (e.g., salientar as suas fragilidades), a escuta compreensiva, o pedido de ajuda a terceiros ou o enfrentamento ativo – tentar resolver ativamente o problema do outro. Os diferentes modos de lidar com a crise suicida do outro foram agrupados em duas dimensões principais: as atitudes adaptativas e não-adaptativas.

A dimensão atitudes adaptativas engloba um conjunto de itens referentes à predisposição para agir de uma forma adequada perante quem manifeste o desejo ou a intenção de terminar com a própria vida (e.g., escutar empaticamente, ajudar a resolver o problema, relembrar projetos e pessoas significativas, encaminhar para ajuda profissional). A dimensão atitudes não-adaptativas integra um conjunto de itens referentes à predisposição para agir de uma forma inadequada perante pessoas que manifestem o desejo ou intenção de terminar com a própria vida (e.g., criticar, ignorar, manter a confidencialidade, evitar o assunto) (A. Berman et al., 2006; Capuzzi, 2009; Cigularov et al., 2008; Nelson & Galas, 2006; D. J. Rickwood et al., 2007; Sampaio, 2002; Saraiva, 2006a; Vaz Serra & Pocinho, 2001).

Os destinatários são adolescentes e o contexto de aplicação os estabelecimentos de ensino secundário.

De seguida, com base na literatura, formularam-se um conjunto de 37 itens associados a duas dimensões: atitudes adaptativas e não-adaptativas. O número de itens elaborados foi superior àquele se pretende manter na versão final, após todas as análises estatísticas, tal como recomendado (Almeida & Freire, 2008; J. L. P. Ribeiro, 1999).

Elaboraram-se as instruções para o preenchimento do inventário: “[d]e seguida, apresenta-se uma lista de possíveis atitudes que podem ser adotadas perante uma pessoa que tencione pôr termo à própria vida. Imagina que essa pessoa é um(a) jovem

que tu conheces (por exemplo, um(a) colega de turma) e tu tens conhecimento dessa situação. Assinala com uma cruz [×], em que medida concordas ou discordas que as seguintes afirmações corresponderiam à tua maneira de agir nessa situação, de acordo com a seguinte escala".

A escala de medida definida foi de tipo *Likert* com cinco pontos, nomeadamente 1 (*Discordo totalmente*), 2 (*Discordo*), 3 (*Nem concordo, nem discordo*), 4 (*Concordo*) e 5 (*Concordo totalmente*).

Numa segunda fase, colocou-se o inventário à apreciação de um conjunto de cinco juízes independentes, com formação especializada em Psicologia Clínica ou da Saúde e experiência em investigação científica. Este painel de juízes avaliou cada um dos itens em relação a seis critérios – relevância, representatividade, especificidade, clareza, linguagem e extensão – com base numa escala tipo *Likert* de cinco pontos, na qual os extremos evoluíam de 1 (*Nada*) a 5 (*Extremamente*). Em função das dimensões teóricas sistematizadas, os juízes deviam também categorizar os diferentes itens numa dessas dimensões.

Foi ainda solicitado ao painel avaliador que se pronunciasse sobre a clareza das instruções, a adequabilidade da escala de medida, a extensão global do inventário, a utilidade do mesmo no âmbito da prevenção primária, a identificação de eventuais dimensões temáticas involuntariamente negligenciadas pelos autores e outras sugestões (Anexo U).

O painel de especialistas classificou os itens nos pontos 4 e 5 da escala no que respeita aos critérios relevância, representatividade, especificidade, clareza e linguagem e nos pontos 1, 2 e 3 em relação ao critério extensão.

De acordo com as sugestões do painel de especialistas, procedeu-se a algumas reformulações nos itens, apresentadas na Tabela 57.

Tabela 57
Formulação Inicial e Reformulação dos Itens do IAPS após Análise do Painel de Juízes

Formulação inicial	Sugestão / Formulação Final
22. Assustava-o com as eventuais consequências negativas de um ato suicida, por exemplo, a nível físico, familiar e social.	22. Levava-o a imaginar as possíveis consequências negativas e irreversíveis de um ato suicida, por exemplo, a nível físico, familiar e social.
25. Apresentava alternativas para solucionar os seus problemas.	25. Apresentava alternativas para lidar com os seus problemas.

A categorização dos itens numa das duas dimensões teóricas conceptualizadas (adaptativas/não-adaptativas) correspondeu à organização inicialmente prevista. Em relação às instruções para o preenchimento do inventário, procedeu-se ao acréscimo da definição de atitudes (tendências para agir de determinada maneira), conforme sugerido.

A fase seguinte consistiu na aplicação do inventário a uma amostra de seis adolescentes através da técnica de "reflexão falada", ou seja, os adolescentes preencheram o inventário verbalizando todas as impressões sobre o questionário. Estas foram analisadas e reformularam-se alguns itens, em conformidade com os resultados deste procedimento.

Esta análise permitiu assegurar a existência da validade de conteúdo do instrumento, baseada nos dados qualitativos e quantitativos (Almeida & Freire, 2008; Haynes et al., 1995; Hill & Hill, 2008; Moreira, 2004).

Após todas as reformulações decorrentes das fases anteriores, formulou-se a versão definitiva do inventário com 37 itens (Anexo V) organizados em duas dimensões teóricas, conforme se apresenta na Tabela 58.

Tabela 58
Dimensões Teóricas e Respetivos Itens do IAPS

Itens
Atitudes adaptativas
2. Tentava mostrar que às vezes vemos as coisas de forma muito extrema, mas que entre o preto e o branco há cinzentos.
3. Escutava atenta e ativamente (ex., fazendo perguntas de forma interessada).
5. Lembrava que a vida tem altos e baixos e recordava os momentos em que esteve bem.
6. Procurava informar-me sozinho sobre o que poderia fazer nessa situação (ex., livros, Internet, televisão, revistas,…).
7. Pedia ajuda a um adulto de confiança.
9. Ajudava a encontrar soluções mais flexíveis (menos rígidas) para os seus problemas.
10. Alertava que iria magoar seriamente as pessoas que gostam verdadeiramente de si.
11. Lembrava os projetos que ele tinha para o futuro.
13. Chamava a atenção para outras perspetivas sobre os problemas atuais.
14. Motivava-o a envolver-se mais nos seus interesses e atividades lúdicas.
16. Transmitia que há pessoas dispostas a ajudá-lo.

Itens
17. Lembrava que no passado resolveu outros problemas difíceis.
19. Deixava que expressasse as suas emoções e pensamentos, mesmo os mais negativos.
21. Pedia ajuda na escola (ex. professor, diretor de turma, psicólogo, …).
22. Levava-o a imaginar as possíveis consequências negativas e irreversíveis de um ato suicida, por exemplo, a nível físico, familiar e social.
24. Lembrava que o desespero não é definitivo, mas passageiro.
25. Apresentava alternativas para lidar com os seus problemas.
26. Escutava sem críticas ou moralismos.
28. Telefonava para uma linha de apoio psicológico ou de informação sobre saúde.
29. Pedia ajuda aos serviços de saúde (ex., Centro de Saúde ,…).
31. Lembrava memórias positivas do passado.
32. Realçava o valor absoluto e máximo da vida.
35. Alertava para o facto de que o suicídio é um ato definitivo para um sofrimento passageiro.
37. Recorria a provérbios populares para reduzir a intenção suicida "não há mal que sempre dure, nem bem que nunca acabe" ou "depois da tempestade vem a bonança".
Atitudes não-adaptativas
1. Ignorava, porque mais cedo ou mais tarde vai esquecer-se disso.
4. Não fazia nada, porque eu não poderia fazer nada.
8. Mudava de assunto sempre que ele falasse sobre intenções suicidas
12. Deixava-o sozinho para que pudesse pensar melhor.
15. Pedia para não falar sobre pensamentos suicidas.
18. Não fazia nada, porque eu não seria capaz de o ajudar.
20. Afastava-me, pois se ele quisesse pôr termo à própria vida isso não me diria respeito.
23. Mostrava que ele tem poucas competências para lidar com situações difíceis.
27. Mostrava a minha desilusão pelos seus pensamentos suicidas.
30. Criticava-o por não conseguir resolver os seus problemas adequadamente.
33. Reagia com indignação (ex., "nunca pensei que fosses tão parvo ao ponto de teres pensamentos suicidas).
34. Incentivava a que não partilhasse os seus pensamentos suicidas com outras pessoas.
36. Afastava-me mesmo que discordasse, pois penso que deveria respeitar as decisões dos outros.

A cotação do IAPS resulta em dois valores, um referente às atitudes adaptativas e outro às atitudes não-adaptativas. Ambos são calculados através da média aritmética dos

respetivos itens de cada subescala. Relativamente à interpretação, quanto mais elevada for a pontuação obtida, maior o grau de concordância com as mesmas.

8.3.2. Participantes

No presente estudo participaram inicialmente 512 adolescentes, 210 do sexo masculino (41%) e 302 do sexo feminino (59%), com uma média etária de 16.78 anos (*DP* = 1.17), num intervalo entre os 15 anos e os 19 anos. A maioria (66.2%) dos jovens coabita com ambos os pais, 141 com o pai ou com a mãe, 22 com outros familiares e 10 com outras pessoas. Em relação ao rendimento escolar médio, a maioria (55.5%) tem uma classificação "suficiente" (10 a 13 valores), seguindo-se a classificação de "bom" (36.5%), "muito bom" (5.7%) e "insuficiente" (2.3%).

Numa segunda aplicação do IAPS, decorridas cerca de 3 a 4 semanas da primeira aplicação, participaram 300 jovens (58.6% da amostra total) que preencheram novamente o IAPS. A comparação das características sociodemográficas da subamostra (*N* = 300) e da amostra total (*N* = 512) não mostraram diferenças estatisticamente significativas no que se refere à idade ($t_{(437.882)}$ = -1.524, p = .128)**,** nem no sexo ($\chi^2_{(1)}$ = .309, p = .578)**.** A ausência de diferenças significativas parece indicar que a subamostra pode ser considerada representativa da amostra total.

8.3.3. Procedimento de Recolha de Dados

O primeiro procedimento desta fase foi solicitar autorização à Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), do Ministério da Educação, para desenvolver a investigação em meio escolar, de acordo com o Despacho n.º 15847/2007, publicado em Diário da República 2.ª série, n.º140, de 23 de Junho de 2007. O processo foi submetido *online*. Após análise do mesmo pelos serviços competentes, o pedido de autorização foi aprovado (Anexo F).

O procedimento seguinte consistiu no contacto telefónico dos estabelecimentos de ensino secundário do Algarve a solicitar o agendamento de uma reunião com o/a diretor/a do Conselho Executivo para apresentar o projeto de investigação e entregar

o pedido de autorização escrito (Anexo G). As escolas que se mostraram recetivas para conhecer o projeto e que autorizaram a sua realização foram nomeadamente a Escola Secundária José Belchior Viegas, em São Brás de Alportel, a Escola Secundária de Loulé, a Escola Secundária de Silves, a Escola Manuel Teixeira Gomes, em Portimão e a Escola Secundária de Vila Real de Santo António.

Após a autorização, o/a diretor/a do Conselho Executivo encaminhava o assunto para outro membro da direção ou diretamente para os diretores de turma que, posteriormente, agendavam as sessões de recolha de dados com as turmas (Anexo I). Os pedidos de autorização destinados aos encarregados de educação, uma vez que a maioria dos participantes era menor de idade, foram entregues previamente ao diretor de turma que, por sua vez, os encaminhava para os encarregados de educação e solicitava a sua devolução até ao dia da aplicação dos questionários (Anexo H).

As aplicações dos questionários decorreram de acordo com os agendamentos, em contexto de sala-de-aula.

No início da primeira sessão, foram apresentados os princípios do consentimento informado, de forma oral e escrita (Anexo A). No final do preenchimento, os questionários foram introduzidos numa pequena urna improvisada para o efeito, no sentido de aumentar a perceção de confidencialidade.

Uma subamostra preencheu o IAPS uma segunda vez, num intervalo de tempo que variou entre as 3 e as 4 semanas. Os procedimentos de aplicação foram os mesmos da primeira aplicação.

A recolha de dados decorreu no ano letivo 2010/11 e, no final do mesmo, foi enviada uma carta de agradecimento a todas as escolas que participaram no estudo (Anexo J).

8.3.4. Medidas de Resultado

Em Portugal, não se conhecem medidas com características psicométricas adequadas para avaliar as atitudes em relação à prevenção do suicídio na população jovem, tendo sido, por isso, necessário desenvolver o IAPS.

Para avaliar a validade por referência a critério, especificamente a validade concorrente, do instrumento, foram utilizadas três medidas de resultado: perceção de

sucesso da prevenção do suicídio; perceção de autoeficácia na prevenção do suicídio dos pares e perceção de sucesso na prevenção do suicídio do próprio.

Perspetiva-se, de acordo com a revisão da literatura, que a uma maior concordância com as atitudes adaptativas corresponda uma maior predisposição para a prevenção do suicídio e o contrário para as atitudes não-adaptativas (e.g., A. Berman et al., 2006; Capuzzi, 2009; Cigularov et al., 2008; M. S. Gould et al., 2004; Nelson & Galas, 2006; D. J. Rickwood et al., 2007).

A predisposição para a prevenção, na sua globalidade, foi avaliada através de três itens que correspondiam a afirmações. Solicitou-se aos jovens que assinalassem, com base numa escala tipo *Likert* de 1 (*Discordo totalmente*) a 5 (*Concordo totalmente*), em que medida concordavam com cada uma das seguintes afirmações: (1) É possível evitar que alguém termine com a própria vida; (2) Se um colega quisesse terminar com a própria vida, eu seria capaz de ajudá-lo a mudar de intenção e (3) Se eu pensasse em terminar com a minha vida, seria capaz de procurar ajuda (profissional ou outra) para desistir dessa ideia.

Cada uma destas afirmações procurou avaliar, respetivamente, a perceção de sucesso da prevenção do suicídio em geral, a perceção de autoeficácia na prevenção do suicídio dos pares e a perceção de sucesso na prevenção do suicídio do próprio.

Estes três itens apresentam um alfa de Cronbach de .73, o que indica que têm uma consistência interna satisfatória (Anexo P).

8.3.5. Procedimento de Análise Estatística

As análises estatísticas foram maioritariamente realizadas com base no programa de tratamento de dados estatísticos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPPS) (versão 21.0) para *Windows*. Foi também utilizado o programa *Microsoft Office Excel* 2010 para calcular as estimativas das magnitudes do efeito obtidas através da fórmula para o *d* de Cohen (1988) e o *software Analysis of Moment Structures* (AMOS) (versão 21.0) para realizar a análise fatorial confirmatória do IAPS.

Os valores omissos foram imputados pelo método do algoritmo *Expectation Maximization* (EM), o qual procede à estimação dos valores em falta a partir das respostas aos restantes itens do instrumento.

O estudo das propriedades psicométricas dos itens do IAPS começou pela análise das medidas de tendência central (média), medidas de dispersão (desvios-padrão e amplitude), medidas de distribuição (assimetria e curtose) e medidas de precisão (coeficiente de correlação item-total corrigido e consistência interna, calculada através do alfa de Cronbach).

De seguida, realizou-se a análise fatorial exploratória de acordo com os seguintes critérios: método das componentes principais; rotação oblíqua (no caso de a solução apresentar mais do que um fator); retiveram-se os fatores com valor próprio superior à unidade e retiveram-se os itens com pesos fatoriais superiores ou iguais a .40 no fator primário.

Os dados foram, posteriormente, submetidos a análise fatorial confirmatória para avaliar a qualidade do ajustamento do modelo. Foram avaliados os seguintes índices: Qui-quadrado (χ^2) e respetivos graus de liberdade (gl); Raiz da média quadrática do erro de aproximação (*Root mean square error of approximation*, RMSEA); Índice Tucker-Lewis (*Tucker-Lewis index*, TLI); Raiz da média quadrática residual (*Standardized root mean square residual*, SRMR); Índice de bondade do ajustamento (Goodness-of-fit index, GFI); Índice de ajustamento comparativo (*Comparative fit index*, CFI); Índice de ajustamento normalizado de parcimónia (*Parsimonious normed fit index*, PNFI) e Índice esperado de validação cruzada (*Expected Cross-Validation Index*, ECVI).

A qualidade do modelo foi interpretada de acordo com os parâmetros dos índices estabelecidos na literatura. Assim, considerou-se que o ajustamento de um modelo aos dados é adequado para valores χ^2/gl entre 1 e 2; para valores de CFI, GFI e TLI iguais ou superiores a .9; para valores de RMSEA inferiores a .05 ou, para casos mais liberais, inferior a .08; para valores de SRMR inferiores a .1, e para valores de PNFI entre .5 e .9; ao compararem-se dois modelos, aquele com menor ECVI corresponde ao mais estável na população em estudo (Kline, 2011). Foram também analisados os coeficientes padronizados de saturação fatorial e os indicadores de fiabilidade (R^2) também foram analisados.

A fiabilidade do IAPS foi estudada através da análise da consistência interna (pelo alfa de Cronbach) e da estabilidade temporal (pelo método teste-reteste), bem como a validade convergente (pelo índice da variância extraída média), a validade discriminante (pela variância partilhada, r^2) e a validade concorrente (através do coeficiente de correlação de Pearson entre o IAPS e as medidas de resultado). Por último, foram

exploradas diferenças entre grupos (sexo) por meio do test *t* de Student para amostras independentes.

8.4. Resultados

8.4.1. Análise Descritiva

A análise dos resultados do IAPS começou pelo estudo das características descritivas, nomeadamente a média, o desvio-padrão, a assimetria, a curtose, os coeficientes de correlação item-total corrigidos e os valores dos alfas no caso da eliminação de cada item, conforme se pode observar na Tabela 59.

Tabela 59
Descrição Estatística dos Itens do IAPS

Itens	*M*	*DP*	*A*	*C*	*ritc*	*alfa s/ item*
Atitudes adaptativas						
2. Tentava mostrar que às vezes vemos as coisas de forma muito extrema, mas que entre o preto e o branco há cinzentos.	3.58	.971	-.717	.367	.359	.921
3. Escutava atenta e ativamente (ex., fazendo perguntas de forma interessada).	3.75	1.009	-.696	.026	.545	.918
5. Lembrava que a vida tem altos e baixos e recordava os momentos em que esteve bem.	4.02	.960	-1.062	1.034	.713	.915
6. Procurava informar-me sozinho sobre o que poderia fazer nessa situação (ex., livros, Internet, televisão, revistas,…).	3.19	1.048	-.374	-.360	.332	.922
7. Pedia ajuda a um adulto de confiança.	3.83	.913	-.731	.320	.575	.917
9. Ajudava a encontrar soluções mais flexíveis (menos rígidas) para os seus problemas.	3.31	1.029	-.425	-.317	.460	.919
10. Alertava que iria magoar seriamente as pessoas que gostam verdadeiramente de si.1	3.90	1.021	-1.036	.854	.627	.916
11. Lembrava os projetos que ele tinha para o futuro.	3.92	.872	-.902	1.021	.600	.917
13. Chamava a atenção para outras perspetivas sobre os problemas atuais.	3.31	.999	-.274	-.302	.281	.923
14. Motivava-o a envolver-se mais nos seus interesses e atividades lúdicas.	3.78	.895	-.945	1.174	.649	.916

Itens	*M*	*DP*	*A*	*C*	*ritc*	*alfa s/ item*
16. Transmitia que há pessoas dispostas a ajudá-lo.	4.08	.884	-1.161	1.729	.668	.916
17. Lembrava que no passado resolveu outros problemas difíceis.	3.94	.886	-1.033	1.433	.661	.916
19. Deixava que expressasse as suas emoções e pensamentos, mesmo os mais negativos.	3.53	1.081	-.591	-.242	.564	.917
21. Pedia ajuda na escola (ex. professor, diretor de turma, psicólogo, …).	3.47	1.051	-.645	.057	.518	.918
22. Levava-o a imaginar as possíveis consequências negativas e irreversíveis de um ato suicida, por exemplo, a nível físico, familiar e social.	3.54	1.014	-.623	.038	.653	.916
24. Lembrava que o desespero não é definitivo, mas passageiro.	3.68	.949	-.746	.525	.666	.916
25. Apresentava alternativas para lidar com os seus problemas.	3.95	.856	-.952	1.151	.701	.915
26. Escutava sem críticas ou moralismos.	3.81	1.062	-.767	.055	.444	.920
28. Telefonava para uma linha de apoio psicológico ou de informação sobre saúde.	3.82	.898	-.892	1.007	.675	.916
29. Pedia ajuda aos serviços de saúde (ex., Centro de Saúde ,…).	3.52	1.012	-.785	.381	.551	.918
31. Lembrava memórias positivas do passado.	4.08	.852	-1.054	1.490	.668	.916
32. Realçava o valor absoluto e máximo da vida.	3.95	.959	-.925	.705	.661	.916
35. Alertava para o facto de que o suicídio é um ato definitivo para um sofrimento passageiro.	3.45	1.161	-.548	-.423	.481	.919
37. Recorria a provérbios populares para reduzir a intenção suicida “não há mal que sempre dure, nem bem que nunca acabe” ou “depois da tempestade vem a bonança”.	3.08	1.091	-.263	-.442	.313	.922
Atitudes não-adaptativas						
1. Ignorava, porque mais cedo ou mais tarde vai esquecer-se disso.	2.10	1.054	.927	.341	.685	.906
4. Não fazia nada, porque eu não poderia fazer nada.	1.97	1.093	1.104	.470	.735	.904
8. Mudava de assunto sempre que ele falasse sobre intenções suicidas.	2.71	1.241	.278	-.894	.576	.910
12. Deixava-o sozinho para que pudesse pensar melhor.	2.35	1.185	.695	-.375	.660	.907
15. Pedia para não falar sobre pensamentos suicidas.	2.80	1.170	.164	-.838	.459	.915
18. Não fazia nada, porque eu não seria capaz de o ajudar.	1.89	1.028	1.174	.811	.752	.904

Itens	*M*	*DP*	*A*	*C*	*ritc*	*alfa s/ item*
20. Afastava-me, pois se ele quisesse pôr termo à própria vida isso não me diria respeito.	1.98	1.155	1.094	.323	.740	.903
23. Mostrava que ele tem poucas competências para lidar com situações difíceis.	2.53	1.120	.301	-.665	.601	.909
27. Mostrava a minha desilusão pelos seus pensamentos suicidas.	3.11	1.196	-.161	-.878	.470	.914
30. Criticava-o por não conseguir resolver os seus problemas adequadamente.	2.25	1.241	.722	-.527	.736	.903
33. Reagia com indignação (ex., "nunca pensei que fosses tão parvo ao ponto de teres pensamentos suicidas).	2.35	1.267	.521	-.874	.693	.905
34. Incentivava a que não partilhasse os seus pensamentos suicidas com outras pessoas.	2.63	1.125	.243	-.559	.527	.912
36. Afastava-me mesmo que discordasse, pois penso que deveria respeitar as decisões dos outros.	2.14	1.197	.855	-.288	.717	.904

Nota. Desvio-padrão; *A* =Assimetria; *C* = Curtose; *ritc* = Coeficiente de correlação item-total corrigido; *alfa s/item* = Valor do alfa de Cronbach, se o item for eliminado.

No que respeita aos valores médios das Atitudes adaptativas, todos os itens obtiveram resultados superiores a 3, ou seja, ao ponto médio da escala de resposta. O valor médio mais elevado (*M* = 4.08; *DP* = .885) foi registado no item 16, "Transmitia que há pessoas dispostas a ajudá-lo", e o mais baixo (*M* = 3.08; *DP* = 1.091) no item 37, 'Recorria a provérbios populares para reduzir a intenção suicida "não há mal que sempre dure, nem bem que nunca acabe" ou "depois da tempestade vem a bonança"'.

No caso das Atitudes não-adaptativas, os valores médios são, tendencialmente, mais baixos, embora todos os desvios-padrão sejam superiores à unidade. O item 27, "Mostrava a minha desilusão pelos seus pensamentos suicidas", obteve o valor médio mais elevado (*M* = 3.11; *DP* = 1.196) e o item 18 "Não fazia nada, porque eu não seria capaz de o ajudar" registou o valor médio mais baixo (*M* = 1.89; *DP* = 1.028. No que respeita à amplitude de respostas, todos os itens das Atitudes adaptativas e não-adaptativas registaram os valores mínimo (1) e máximo (5) da escala de resposta.

Os valores de assimetria dos itens da dimensão Atitudes adaptativas são, maioritariamente, inferiores à unidade, com exceção dos itens 5, 10, 16, 17 e 31 (distribuição assimétrica à esquerda). Nestes cinco itens, segundo o critério mais conservador (<1) (Marôco, 2011), a distribuição não pode ser considerada normal; no entanto, segundo Kline (2011), somente coeficientes de assimetria superiores a 3 podem

ser problemáticos. Os itens referidos obtiveram coeficientes apenas ligeiramente superiores a |1|, o que permite afirmar que a distribuição se aproxima de uma curva normal. Nesta dimensão das Atitudes, há ainda a referir que todos os coeficientes de assimetria têm um valor negativo, sugerindo que uma maior concentração das respostas nos valores mais elevados da escala de resposta, conforme pode ser confirmado nos respetivos valores médios.

Em relação aos coeficientes de curtose, a generalidade dos itens apresenta uma distribuição mesocúrtica. São exceção os itens 5, 11, 14, 16, 17, 25, 28 e 31, cujos coeficientes apontam para uma distribuição leptocúrtica. Nestes itens, os coeficientes são superiores à unidade, colocando em causa o pressuposto da normalidade da distribuição (Marôco, 2011). Todavia, considerando o critério de Kline (2011), apenas coeficientes de curtose superiores a 10 representam desvios severos à curva da distribuição normal, o que não acontece na presente amostra, uma vez que os desvios da unidade são ligeiros.

Na dimensão das Atitudes não-adaptativas, todos os itens apresentam coeficientes de assimetria positivos (exceto o item 27), sugerindo a opção dos respondentes sobretudo pelos níveis mais baixos da escala de resposta. Apenas três itens (4, 18 e 20) assumem coeficientes ligeiramente superiores a 1 (distribuição assimétrica à direita). Atendendo ao critério menos conservador proposto por Kline (2011) (<3), estes desvios podem ser negligenciados, pois não afetam a normalidade da distribuição.

Os coeficientes de curtose, por sua vez, na dimensão das Atitudes não-adaptativas são todos inferiores à unidade, pelo que a distribuição é mesocúrtica.

Face aos dados expostos, poder-se-á considerar que em ambas as dimensões das Atitudes (adaptativas e não-adaptativas) a distribuição é próxima do padrão ideal da normalidade.

No que respeita aos coeficientes de correlação item-total corrigidos, todos os valores são superiores a .3, tanto nas Atitudes adaptativas como nas Atitudes não-adaptativas, o que demonstra o poder discriminativo dos itens. Pode verificar-se, ainda, na Tabela 59 que a eliminação de qualquer um dos itens teria um impacto residual no alfa total, que se mantém bastante satisfatório em todos os itens.

8.4.2. Análise da Estrutura Interna

8.4.2.1. Análise Fatorial Exploratória (AFE)

A versão de 37 itens foi submetida a análise fatorial exploratória (AFE). Para assegurar a fatorialidade dos dados foi aplicado o teste de Esfericidade de Bartlett ($\chi^2_{(666)}$ = 9519.987, p = .000), que obteve um resultado significativo, e o teste *Kaiser-Meyer-Olkin of Sample Adequacy* (KMO = .959), cujo resultado foi "muito bom" indicando a existência de coeficientes de correlação parciais pequenos (Pestana & Gageiro, 2009).

Optando pelo método das componentes principais, com rotação oblíqua e valores próprios superiores à unidade, a AFE encontrou uma solução de 6 fatores que explicavam 57.66% da variância total. No entanto, nesta solução os itens encontravam-se bastante dispersos na matriz fatorial e apenas os primeiros dois fatores explicavam uma percentagem de variância superior a 5%. A análise do *scree plot* sugere a extração de dois fatores.

Perante estes dados, replicou-se a AFE retendo apenas dois fatores com os 37 itens. Os valores dos testes preliminares (teste de Esfericidade de Bartlett e KMO) mantiveram-se, sendo que os valores próprios de cada fator foram superiores à unidade e a percentagem de variância de cada fator foi superior a 5%. Contudo, a percentagem de variância total explicada pelos dados foi de apenas 44.03%, em que vários itens saturaram em mais do que um fator e com "pesos fatoriais" próximos (≥.3).

Assim, procurou-se encontrar uma solução fatorial mais adequada, i.e. que explicasse no mínimo 50% da variância total e na qual os itens não apresentassem "pesos fatoriais" elevados em ambos os fatores.

Optou-se novamente pelo método das componentes principais, com rotação oblíqua e retiveram-se dois fatores. Os requisitos para a análise fatorial foram garantidos pela significância do teste de Esfericidade de Bartlett ($\chi^2_{(325)}$ = 7086.614, p = .000) e pelo valor do KMO (.961). Os "pesos fatoriais" dos itens, as comunalidades, os valores próprios, a percentagem de variância de cada fator e do total são apresentados na Tabela 60.

Tabela 60
Análise Fatorial Exploratória do IAPS: Método das Componentes Principais, com Rotação Oblíqua (2 fatores, 26 itens)

Itens	F1	F2	h^2
29. Pedia ajuda aos serviços de saúde (ex., Centro de Saúde ,…).	**.764**	.201	.460
25. Apresentava alternativas para lidar com os seus problemas.	**.761**	-.024	.599
31. Lembrava memórias positivas do passado.	**.751**	.002	.563
14. Motivava-o a envolver-se mais nos seus interesses e atividades lúdicas.	**.733**	.042	.506
32. Realçava o valor absoluto e máximo da vida.	**.730**	-.034	.560
28. Telefonava para uma linha de apoio psicológico ou de informação sobre saúde.	**.726**	-.008	.534
24. Lembrava que o desespero não é definitivo, mas passageiro.	**.715**	.019	.497
16. Transmitia que há pessoas dispostas a ajudá-lo.	**.673**	-.091	.527
11. Lembrava os projetos que ele tinha para o futuro.	**.638**	-.045	.441
17. Lembrava que no passado resolveu outros problemas difíceis.	**.616**	-.153	.505
22. Levava-o a imaginar as possíveis consequências negativas e irreversíveis de um ato suicida, por exemplo, a nível físico, familiar e social.	**.599**	-.177	.504
7. Pedia ajuda a um adulto de confiança.	**.566**	-.058	.359
21. Pedia ajuda na escola (ex. professor, diretor de turma, psicólogo, …).	**.523**	-.036	.294
3. Escutava atenta e ativamente (ex., fazendo perguntas de forma interessada).	**.471**	-.226	.387
27. Mostrava a minha desilusão pelos seus pensamentos suicidas.	.243	**.741**	.416
33. Reagia com indignação (ex., “nunca pensei que fosses tão parvo ao ponto de teres pensamentos suicidas).	-.061	**.731**	.586
23. Mostrava que ele tem poucas competências para lidar com situações difíceis.	.055	**.726**	.488
30. Criticava-o por não conseguir resolver os seus problemas adequadamente.	-.128	**.722**	.636
12. Deixava-o sozinho para que pudesse pensar melhor.	-.163	**.620**	.519
1. Ignorava, porque mais cedo ou mais tarde vai esquecer-se disso.	-.222	**.602**	.554
34. Incentivava a que não partilhasse os seus pensamentos suicidas com outras pessoas.	-.008	**.602**	.367
8. Mudava de assunto sempre que ele falasse sobre intenções suicidas.	-.061	**.589**	.389
20. Afastava-me, pois se ele quisesse pôr termo à própria vida isso não me diria respeito.	-.333	**.572**	.642
36. Afastava-me mesmo que discordasse, pois penso que deveria respeitar as decisões dos outros.	-.328	**.562**	.621
4. Não fazia nada, porque eu não poderia fazer nada.	-.370	**.544**	.648

Itens	F1	F2	h^2
18. Não fazia nada, porque eu não seria capaz de o ajudar.	-.392	**.541**	.674
Valor Próprio (*eigenvalues*)	11.18	2.10	
Variância Explicada (%)	42.99	8.07	
Variância Explicada Total (%)	51.06		

Nota. Os itens estão ordenados em função dos pesos fatoriais obtidos no fator; h^2 = Comunalidades.

Os resultados mostram que a solução fatorial de 2 fatores com 26 itens explicou 51.06% da variância total do inventário, sendo que 42.99% foi explicada pelo fator 1 e 8.07% pelo fator 2. Os valores próprios foram superiores à unidade em ambos os fatores e as comunalidades também apresentaram valores satisfatórios (apenas o item 21 tem um valor mais baixo). Embora quatro itens (4, 18, 20 e 36) apresentassem "pesos fatoriais" superiores a .3 no fator secundário, mas com sinal inverso nos fatores, a sua exclusão teria como consequência a redução da variância total explicada para valores abaixo de 50%. Além disso, a organização dos itens nos fatores primários correspondeu à interpretação teórica concetualizada *a priori*, uma vez que o fator 1 integra itens referentes a Atitudes adaptativas e o fator 2 as Atitudes não-adaptativas, recebendo assim esta designação, respetivamente.

Deste modo, optou-se por continuar a estudar as características da presente solução fatorial (2 fatores, 26 itens), de forma a ter mais argumentos para a sua aceitação ou rejeição.

De seguida, explorou-se a qualidade do ajustamento das soluções aos dados através da análise fatorial confirmatória (AFC).

8.4.2.2. Análise Fatorial Confirmatória (AFC)

No sentido de obter um modelo fatorial com o maior número de itens possível (excluindo apenas os itens estritamente necessários para garantir a qualidade), estudaram-se várias soluções fatoriais, eliminando-se progressivamente os itens que influenciavam mais do que um fator. Os índices de ajustamento das várias soluções encontram-se expostos na Tabela 61.

Tabela 61
Índices de Ajustamento para os Modelos Testados - IAPS

Modelo	χ^2	*gl*	χ^2 /gl	RMSEA (IC) 95 %	SRMR	GFI	TLI	CFI	PNFI	ECVI
2F (37 itens)	1272.467	603	2.11	.047 (.043-.050)	.053	.876	.919	.926	.788	2.882
2F (36 itens) (sem item 19)	1182.381	569	2.08	.046 (.042-.050)	.053	.880	.923	.930	.790	2.694
2F (35 itens) (sem itens 19 e 10)	1087.216	536	2.03	.045 (.041-0.49)	.053	.886	.927	.935	.792	2.496
2F (34 itens) (sem *iten*s 19, 10, 37)	1018.962	504	2.01	.045 (.041-.049)	.050	.889	.931	.938	.795	2.350
2F (28 itens)	703.381	332	2.12	.047 (.042-.052)	.050	.907	.944	.951	.800	1.666
2F (26 itens)	588.872	282	2.09	.046 (.041-.051)	.045	.917	.949	.955	.797	1.422

Nota. χ2 = 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. Modelo 2F (36 itens) – todos os itens, exceto o item 19; Modelo de 2F (35 itens) – todos os itens, exceto os itens 10 e 19; Modelo de 2F (34 itens) – todos os itens, exceto os itens 10, 19 e 37; Modelo de 2F (28 itens) – F1: 3, 5, 7, 11, 14, 16, 17, 21, 22, 24, 25, 28, 29,31, 32; F2: 1, 4, 8, 12, 15, 18, 20, 23, 27, 30, 33, 34, 36. Modelo de 2F (26 itens) – F1: 3, 7, 11, 14, 16, 17, 21, 22, 24, 25, 28, 29, 31, 32; F2: 1, 4, 8, 12, 18, 20, 23, 27, 30, 33, 34, 36.

Conforme se pode observar, apenas os modelos de 2 fatores, com 28 e 26 itens apresentaram índices de ajustamento considerados bons (GFI, TLI e CFI > .9). Comparando os valores dos modelos de 2 fatores, no modelo de 26 itens o quociente do qui-quadrado pelos graus de liberdade, o RMSEA, o SRMR e o ECVI são inferiores, enquanto que os índices GFI, TLI e CFI são superiores. Estes resultados indicam que o modelo de 26 itens obteve melhores critérios de qualidade do que o modelo de 28 itens.

Os coeficientes padronizados de saturação fatorial e os indicadores individuais de fiabilidade foram os parâmetros analisados de seguida.

Tabela 62
Estrutura Fatorial do IPAS: Coeficiente de Saturação Fatorial (Padronizado) e Indicadores Individuais de Fiabilidade (R^2) (2 fatores, 26 itens)

Itens	AA	ANA	R^2
1		.723	.523
3	.596		.356
4		.817	.667
7	.573		.328
8		.574	.329
11	.641		.411
12		.697	.486
14	.668		.446
16	.704		.496
17	.689		.475
18		.837	.701
20		.814	.663
21	.502		.252
22	.682		.465
23		.580	.337
24	.655		.429
25	.751		.563
27		.395	.156
28	.698		.488
29	.565		.319
30		.722	.522
31	.723		.522
32	.721		.519
33		.685	.470
34		.521	.271
36		.784	.614

Nota. N = 512; R^2 = Indicadores individuais de fiabilidade; AA = Atitudes adaptativas, derivadas do fator 1; ANA = Atitudes não-adaptativas, derivadas do fator 2.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Como mostra a Tabela 62, os coeficientes padronizados de saturação dos itens registaram valores moderados e fortes (> .5), exceto no item 27. No que respeita aos

indicadores individuais de fiabilidade (R^2), era desejável que alguns valores fossem mais elevados, sobretudo no item 27. No entanto, atendendo quer à importância do conteúdo do item 27 "Mostrava a minha desilusão pelos seus pensamentos suicidas", no âmbito do fator Atitudes não-adaptativas, quer aos resultados com qualidade obtidos anteriormente, optou-se por manter o modelo com os 26 itens (sem eliminação de itens).

De seguida exploraram-se as correlações entre os dois fatores do modelo, pressupondo-se teoricamente uma associação de tipo negativo entre os mesmos, uma vez que se tratavam de dois componentes opostos das atitudes.

Tabela 63
Correlação entre os Fatores do IAPS

	r
	Atitudes adaptativas
Atitudes não-adaptativas	-.69***

Nota. $N = 512$. r = Coeficiente de correlação de Pearson.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

De acordo com os resultados da Tabela 63, o coeficiente de correlação de Pearson entre os dois fatores é negativo e moderado ($r = -.69$), o que vai ao encontro das conceções teóricas do inventário.

8.4.3. Análise da Fiabilidade

A fiabilidade do IAPS foi avaliada através do alfa de Cronbach e do método teste-reteste, que permitiram aferir o grau de precisão e estabilidade dos resultados.

8.4.3.1. Análise da Consistência Interna

Tendo em consideração que o modelo em estudo inclui fatores opostos do ponto vista conceptual, foi avaliado o alfa de Cronbach de cada fator, mas não o alfa total (Tabela 64).

Tabela 64
*Consistência Interna das Subescalas do IAPS (*alfa de Cronbach)

Subescalas do IAPS	α
Atitudes adaptativas	.913
Atitudes não-adaptativas	.915

Nota. α = Alfa de Cronbach.

Nesta solução bifatorial, tanto o fator das Atitudes adaptativas, como o das Atitudes não-adaptativas assumiram coeficientes alfa de Cronbach considerados muito bons (Pestana & Gageiro, 2009), garantindo a consistência interna dos mesmos.

8.4.3.2. Análise da Estabilidade Temporal

A estabilidade temporal do IAPS foi analisada através do método teste-reteste, ou seja, os participantes preencheram duas vezes o inventário, num intervalo de tempo que oscilou entre 3 a 4 semanas.

Tabela 65
Estabilidade Temporal do IAPS

	Teste		Reteste			
Subescalas do IAPS	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*r*	*t*
Atitudes adaptativas	3.80	.708	3.79	.583	.75***	.564
Atitudes não-adaptativas	2.36	.852	2.36	.710	.79***	-.154

Nota. *N = 300. M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *r* = Coeficiente de correlação de Pearson entre os dois momentos de avaliação; *t* = Teste *t* de Student para amostras emparelhadas.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

No que respeita à estabilidade temporal, os resultados na Tabela 65 mostram que os valores médios dos dois momentos de aplicação encontraram-se bastante correlacionados positivamente e não existiram diferenças significativas entre os mesmos. Desta forma, os dados sugerem que os resultados se mantiveram relativamente estáveis do primeiro para o segundo momento de aplicação.

Os resultados relativos à consistência interna e à estabilidade temporal sugerem, desta forma, que a solução de 2 fatores (26 itens) do IAPS apresenta índices de fiabilidade adequados.

8.4.4. Análise da Validade

8.4.4.1. Validade Convergente e Discriminante

A validade convergente diz respeito ao grau de coesão dos itens associados a um fator, sendo que esta será tanto melhor quanto maior a fração da variância dos itens atribuível ao respetivo fator. Este tipo de validade pode ser analisado através do índice Variância extraída média (VEM) (Fornell & Larcker, 1981).

Tabela 66
Variância Extraída Média (VEM) do IAPS

Subescalas do IAPS	VEM
Atitudes adaptativas	.56
Atitudes não-adaptativas	.60

Nota. *N = 512.* VEM = Variância extraída média.

Como se pode verificar na Tabela 66, quer o fator 1, quer o fator 2 apresentaram uma VEM superior a .5. Estes resultados indicam que os itens estão suficientemente coesos no fator a que estão associados.

A validade discriminante pode ser analisada através da variância partilhada entre os fatores. Para que esta validade possa estar totalmente garantida, a variância partilhada entre os fatores deve ser inferior à variância extraída média de cada fator (Fornell & Larcker, 1981).

Tabela 67
Variância Partilhada (r^2) entre os Fatores do IAPS

	r^2
	Atitudes adaptativas
Atitudes não-adaptativas	.66

Nota. N = 512. r^2 = Quadrado da correlação entre os fatores.

Na Tabela 67 pode observar-se que a variância partilhada entre os dois fatores foi sensivelmente superior à variância extraída média, o que significa que a validade discriminante não está claramente definida.

8.4.4.2. Validade por Referência a Critério

A validade por referência a critério foi avaliada através dos coeficientes de correlação de Pearson entre os fatores do IAPS e as três facetas da medida de resultado, predisposição para a prevenção.

Tabela 68
Correlação entre o IAPS e a Predisposição para a Prevenção

	r	
	Atitudes adaptativas	Atitudes não-adaptativas
Perceção global de sucesso da prevenção do suicídio	.28***	-.35***
Perceção de autoeficácia na prevenção do suicídio dos pares	.43***	-.41***
Perceção de sucesso na prevenção do suicídio do próprio	.46***	-.53***

Nota. N = 512. r = Coeficiente de correlação de Pearson
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Pode notar-se na Tabela 68, que o coeficiente de correlação de Pearson entre o fator Atitudes adaptativas e a Predisposição para a prevenção assumiu um sinal positivo e a intensidade da relação é baixa (r = .28) a moderada (r = .43 e r = .46). No que diz respeito à relação da Predisposição para a prevenção com o fator Atitudes não-adaptativas, constata-se uma associação com sinal negativo e intensidade moderada.

8.4.5. Diferenças entre Grupos

Os resultados no IAPS foram analisados em função do sexo dos respondentes, através da aplicação do teste *t* de Student para amostras independentes, no que respeita às Atitudes adaptativas e Atitudes não-adaptativas.

Tabela 69
Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t de Student em Função do Sexo

	Amostra total (*N* = 512)		Sexo masculino (*n* = 210)		Sexo feminino (*n* = 302)				
	M	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*d* de Cohen	*t*	*p*
Atitudes adaptativas	3.81	.640	3.77	.604	3.83	.664	-.094	-.1.096	.273
Atitudes não-adaptativas	2.33	.834	2.50	.807	2.22	.835	.341	3.760	.000

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

Os resultados apresentados na Tabela 69 mostram que em relação ao fator das Atitudes adaptativas não se registaram diferenças significativas nos valores médios entre os sexos. No que respeita ao fator das Atitudes não-adaptativas observaram-se diferenças significativas ($t_{(510)}$ = 3.760, p = .000) de intensidade moderada (*d* de Cohen = .341) entre os valores médios observados em função do sexo dos participantes, sendo que o sexo masculino apresentou valores de Atitudes não-adaptativas mais elevados do que o sexo feminino.

8.5. Discussão

A finalidade deste estudo foi desenvolver um inventário com características psicométricas adequadas para avaliar as atitudes dos adolescentes em relação à prevenção de hipotéticos atos suicidas dos seus pares.

Procedeu-se, inicialmente, à conceção teórica do Inventário de Atitudes em Relação à Prevenção do Suicídio (IAPS), seguindo-se os seguintes procedimentos: formulação das dimensões, dos itens, da escala de resposta e das instruções de preenchimento; avaliação por um painel de juízes; pré-teste numa amostra de adolescentes e reformulações

decorrentes dos procedimentos anteriores, garantindo assim a sua validade de conteúdo (Almeida & Freire, 2008; Hill & Hill, 2008; Moreira, 2004). Procedeu-se, por último, à aplicação da versão final do IAPS a uma amostra alargada de adolescentes e ao estudo das suas características psicométricas.

O IAPS foi conceptualizado em duas dimensões teóricas: atitudes adaptativas e atitudes não-adaptativas. As atitudes adaptativas dizem respeito a ações que pretendem mobilizar o indivíduo em risco de suicídio a enfrentar o problema, enquanto as atitudes não-adaptativas se referem à presença de ações, ou sua ausência, que levam a um evitamento ou crítica do problema por parte do par, não facilitando a resolução do mesmo. Assim, as atitudes adaptativas são entendidas como formas adequadas de lidar com a situação de crise suicida, contribuindo para a prevenção do suicídio, ao contrário das atitudes não-adaptativas.

Começou-se por estudar as características descritivas do IAPS, prosseguiu-se com a análise da estrutura interna, da fiabilidade e, por último, da validade. Explorou-se ainda a existência de diferenças significativas em função do sexo dos participantes.

No que respeita às medidas de tendência central, os valores médios obtidos sugerem que os indivíduos tendem a concordar com as atitudes adaptativas e a discordar das atitudes não-adaptativas. Embora os valores médios não sejam muito extremados, tendo como referência a escala de resposta, parece que os jovens tencionam adotar ações apropriadas perante um colega que se encontre em risco de suicídio. No entanto, tratando-se de uma medida de atitudes pode-se questionar a influência da desejabilidade social nestas respostas.

De qualquer forma, dado que os valores médios das atitudes, tanto adaptativas, como não-adaptativas, são próximos do ponto central da escala é desejável que ambos se extremem, i.e., que o grau de concordância com as atitudes adaptativas aumente e o de discordância com as atitudes não-adaptativas também aumente. Alguns programas de prevenção do suicídio têm incluído esse objetivo e os resultados têm sido favoráveis, i.e., apontam para um potencial aumento das atitudes adaptativas (e.g., Aseltine & DeMartino, 2004; Aseltine et al., 2007; Ciffone, 2007; Kalafat & Elias, 1994; Walker et al., 2009).

Os valores registados nos coeficientes de assimetria e curtose permitem considerar que a distribuição é próxima do padrão ideal da normalidade, uma vez que os desvios registados são apenas muito ligeiros, o que representa um índice de qualidade para a realização das próximas análises psicométricas (Almeida & Freire, 2008; Kline, 2011; Marôco, 2011; Moreira, 2004).

Os valores registados ao nível dos coeficientes de correlação item-total corrigidos permitem aferir a validade interna dos itens, tanto das atitudes adaptativas, como das não-adaptativas. Os valores de alfa de Cronbach demonstram a boa consistência interna do inventário, não se registando diferenças significativas se qualquer um dos itens for eliminado. Perante estes dados, nesta fase, não se considerou necessário excluir qualquer item do inventário.

A análise fatorial exploratória foi desenvolvida inicialmente com os 37 itens do IAPS, com os valores próprios superiores à unidade, no entanto a solução encontrada não cumpria os critérios de qualidade. Seguindo as indicações do *scree plot* e também a conceptualização teórica exploraram-se as soluções bifatoriais.

A solução de 2 fatores, com 26 itens, proporciona uma organização dos itens similar à formulação teórica inicial: atitudes adaptativas e atitudes não-adaptativas. Esta matriz de itens cumpre os requisitos de uma solução fatorial adequada (Marôco, 2011; Moreira, 2004; Pestana & Gageiro, 2009), uma vez que os valores próprios dos fatores são superiores à unidade, a percentagem de variância de cada fator é superior a 5%, a percentagem total de variância é superior a 50%, as comunalidades são adequadas e os itens têm pesos de saturação superiores a .4 nos respetivos fatores primários.

O aspeto menos positivo desta solução consiste na saturação dupla de quatro itens. No entanto, os "pesos fatoriais" têm sinais opostos, são inferiores a |.4|, no fator secundário, e não dificultam a interpretação da matriz. Não obstante, a eliminação dos itens com essas características provocaria a diminuição da percentagem de variância total explicada (para um valor inferior a 50%), pelo que, em vez de excluir mais itens, se optou por estudar as restantes características psicométricas desta solução.

Ao nível da análise fatorial confirmatória, exploraram-se vários modelos, procurando eliminar o menor número de itens possível, tendo-se concluído que a solução bifatorial de 26 itens reúne os melhores índices de ajustamento. Aliás nesta solução, todos os indicadores cumprem os critérios de qualidade estabelecidos (Marôco, 2010), nomeadamente o RMSEA, o SRMS, o GFI, o TLI, o CFI, o PNFI e o ECVI. Apenas o teste do qui-quadrado obtém um valor significativo, que muito provavelmente se deve à dimensão da amostra, sendo o quociente do teste do qui-quadrado pelos graus de liberdade apenas ligeiramente superior a 2. Deste modo, o modelo de 26 itens apresenta um bom ajustamento aos dados.

Na generalidade dos itens, os coeficientes de saturação fatorial padronizados e os indicadores de fiabilidade individual foram também satisfatórios. Embora alguns itens

apresentassem coeficientes mais baixos do que o desejável, dada a pertinência do seu conteúdo teórico assim como o facto do ajustamento do modelo ter sido bom, decidiu-se manter a solução intacta e estudar as outras propriedades psicométricas. O facto de os coeficientes de saturação fatorial serem mais baixos, pode dever-se à associação negativa que existe entre ambos os fatores do instrumento, reduzindo assim a fração de variabilidade total do item explicada pelo fator que lhe está associado.

De seguida, exploraram-se as correlações entre os fatores, cujos coeficientes foram moderados, embora com sinal negativo. Considerando que se partiu do pressuposto que as atitudes adaptativas e não-adaptativas são duas dimensões opostas das atitudes, era expectável que existisse correlação entre os fatores estatísticos derivados das mesmas. Esta expectativa levou inclusive à opção pela rotação oblíqua e a existência de itens com saturações duplas em ambos os fatores – embora com sinais opostos – fazia prever que existisse correlação entre os mesmos. Além disso, há que realçar o sinal negativo desta associação, ou seja, confirma-se que se trata de dimensões opostas das atitudes.

A fiabilidade do IAPS foi o seguinte critério analisado. A consistência interna, que é um dos principais critérios no estudo das características psicométricas, é considerada "muito boa" (Pestana & Gageiro, 2009), dado que os coeficientes de alfa de Cronbach foram superiores .9.

Além da análise da consistência interna, a fiabilidade do IAPS foi também estudada através do método teste-reteste. Os resultados indicaram que as correlações entre os valores médios dos dois momentos de aplicação foram elevadas e que as diferenças registadas não foram significativas do ponto de vista estatístico. Com efeito, pode afirmar-se que o IAPS apresenta boa fiabilidade (Fortin, 2003, 2009; Hill & Hill, 2008; Moreira, 2004).

Garantido o critério da fiabilidade do IAPS, prosseguiu-se com a averiguação do critério das validades. No que respeita aos resultados do índice de variância extraída média, segundo os parâmetros de qualidade de Fornell e Larcker (1981), pode considerar-se que o IAPS apresenta uma validade convergente satisfatória. Já a variância partilhada foi ligeiramente superior à variância extraída média, o que sugere que a validade discriminante não está claramente garantida. Este resultado pode dever-se ao facto de ambos os fatores estarem associados e não serem completamente independentes. No entanto, considerando a natureza do constructo Atitudes, é plausível assumir que os fatores possam não ser completamente diferenciados.

A validade concorrente, por sua vez, apresenta resultados de acordo com as expectativas teóricas. As atitudes adaptativas estão positiva e significativamente correlacionadas com a predisposição para a prevenção, enquanto as atitudes não-adaptativas se encontram correlacionadas de forma negativa.

Estes resultados corroboram outros estudos anteriores em que a tendência para agir de modo pró-ativo, no sentido de motivar a resolução do problema, por parte do indivíduo em risco de suicídio, se associa a condições mais favoráveis para a superação da crise suicida. Por outro lado, a adoção de atitudes não-adaptativas que, para o indivíduo em risco, não promovem qualquer enfrentamento ou resolução do problema estão associadas a uma menor predisposição para a prevenção, i.e., mais precisamente a crenças de que não é possível prevenir, que a própria pessoa não é capaz de fazê-lo, quer seja para si, quer para com os outros (e.g., Aseltine & DeMartino, 2004; Aseltine et al., 2007; Kalafat & Elias, 1994).

Apesar desta associação desejável das atitudes com a predisposição para a prevenção, é de salientar que a intensidade da associação é baixa e moderada, o que sugere a necessidade de promover as atitudes adaptativas associadas à prevenção. Nesse sentido, são desejáveis programas de prevenção dirigidos diretamente aos jovens e com um foco específico sobre o devem fazer perante um colega/amigo que se encontre em risco de suicídio. Alguns programas têm incluído esse objetivo e os resultados parecem ser desejáveis (Aseltine & DeMartino, 2004; Aseltine et al., 2007; Kalafat & Elias, 1994), embora seja sempre de referir que as atitudes podem não se traduzir em comportamentos. No entanto, ter atitudes e intenções de agir de determinada forma aumenta a probabilidade de adotar um comportamento no mesmo sentido, quando o indivíduo se confronta com as situações reais (A. Berman et al., 2006; Gleitman, 2002; D. N. Miller & DuPaul, 1996).

A sensibilização para as consequências indesejáveis que podem advir das atitudes não-adaptativas parece ser particularmente necessária junto dos jovens do sexo masculino, uma vez que se verificou que os rapazes manifestam mais atitudes não-adaptativas do que as raparigas. Outros estudos têm concluído que os jovens do sexo masculino também têm menor intenção de solicitar ajuda para os próprios problemas de saúde mental (Biddle et al., 2004; D. Rickwood et al., 2005). Estes dados permitem pressupor que disponibilizar informação sobre os recursos de prestação de ajuda e desenvolver competências para os solicitar poderá beneficiar os jovens, sobretudo os do sexo masculino.

O IAPS apresenta assim várias características que o poderão tornar potencialmente útil no futuro. Do ponto de vista psicométrico, o instrumento cumpre os critérios de qualidade estabelecidos ao nível da análise fatorial exploratória e confirmatória, bem como da validade – embora a validade discriminante não seja totalmente satisfatória – e da fiabilidade, no que respeita à consistência interna e estabilidade temporal.

Em relação às limitações do instrumento, pode referir-se o facto de quatro itens saturarem em mais do que um fator na análise fatorial exploratória, um dos índices da análise confirmatória (quociente do qui-quadrado pelos graus de liberdade) poder ser melhor e a validade discriminante não ser totalmente satisfatória. No entanto, tratando-se de um inventário sobre atitudes numa amostra de adolescentes e em relação a um tema tão complexo, como é o caso dos atos suicidas, é justificável que algumas características possam não ser ideais. Além disso, o facto de ter sido preenchido em contexto de sala-de-aula pode ter levado a respostas socialmente desejáveis. Importa, ainda, referir a impossibilidade de comparar os resultados do IAPS com outros similares, pelo facto de não existirem instrumentos que avaliem especificamente as atitudes de adolescentes em relação aos pares suicidas, bem como outras aplicações deste instrumento, pois foi desenvolvido “de raiz” no presente estudo.

Em suma, o IAPS proporciona a avaliação de dois tipos de atitudes – adaptativas e não-adaptativas – e pode ser usado como medida de rastreio para avaliar a preparação dos pares para ajudar alguém em risco suicida, bem como para avaliar a evolução das atitudes após a participação em ações de prevenção do suicídio.

CAPÍTULO 9. ESTUDO 6. ESTUDO DO IMPACTO DE UMA AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO PARA A PREVENÇÃO DE ATOS SUICIDAS EM ADOLESCENTES

> "*The promulgation of the myth that school-based suicide prevention programs are harmful talking about suicide with students will promote suicidal behavior is just that, a myth"*
> (A. Berman et al., 2006, p. 332).

9.1. Introdução

Os atos suicidas nos jovens são um problema de extrema relevância na atualidade. O suicídio é a segunda causa de morte na faixa etária dos 10 aos 14 anos, a nível internacional (OMS, 2012, 2013b). A nível europeu, a taxa de suicídio nos jovens é de 19.9 suicídios por 100 mil habitantes (OMS, 2013a). Em Portugal, estimam-se valores mais baixos para a taxa de suicídio juvenil, inferiores a 5 suicídios por 100 mil habitantes. No entanto, o problema pode ser mais preocupante do que os dados estatísticos traduzem. Por um lado, "as estatísticas oficiais do suicídio dão-nos apenas uma visão parcelar do problema" (DGS, 2013, p. 67), devido a sistemas pouco eficazes no registo de causas de óbito ou à ocultação das mesmas por motivos familiares, religiosos, culturais ou relacionados com o estigma social e, por outro, os comportamentos autolesivos e as tentativas de suicídio são mais frequentes do que os suicídios consumados. As tentativas de suicídio, em particular, além de serem o melhor preditor de futuros atos suicidas em adolescentes, podem ter múltiplas consequências negativas e irreversíveis, a curto e a longo-prazo (Gutierrez & Osman, 2008).

Face ao exposto, e uma vez que os jovens são considerados um grupo de risco de suicídio em Portugal, segundo o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) (DGS, 2013), o desenvolvimento de ações de prevenção dos atos suicidas na adolescência torna-se essencial.

A escola é o local privilegiado, lógico e natural para desenvolver ações de prevenção dos atos suicidas nos jovens por múltiplas razões (A. Berman et al., 2006; M. S. Gould & Kramer, 2001; Kalafat, 2003; D. N. Miller, 2011; Pompili et al., 2011):

(a) a ideação suicida e os comportamentos suicidas são comuns em idade escolar e associam-se com frequência a perturbações psicológicas passíveis de serem identificadas nas escolas (D. N. Miller, 2011; Shaffer & Gould, 2000). Para além disso, os adolescentes recorrem mais facilmente ao psicólogo escolar do que a clínicas de saúde mental (Shaffer & Gould, 2000);

(b) a maioria dos adolescentes frequenta a escola, sendo neste local onde passa grande parte dos seus dias (D. N. Miller, 2011; Pompili et al., 2011; Shaffer & Gould, 2000);

(c) vários agentes educativos (e.g., professores, assistentes operacionais) e os pares, se devidamente informados, poderão identificar mudanças de comportamentos, atitudes e sinais de alerta para o risco de suicídio (Henriques & Soeiro, 2006);

(d) as escolas são os locais "onde ensinar e aprender são tarefas normativas e onde as interações com os pares podem ser mobilizadas em torno de um tema comum" (A. Berman et al., 2006, p. 313), o que torna propício a prestação de informação e discussão de temáticas importantes, como é o caso dos comportamentos suicidas (Shaffer & Gould, 2000). As escolas têm também facilidade em prestar formação a todos os elementos da comunidade educativa (e.g., professores, assistentes operacionais), em envolver os pais nas atividades educativas e em colaborar com os serviços de saúde (Capuzzi, 2009). Assim, o desenvolvimento de estratégias de prevenção no contexto escolar representa uma utilização proficiente dos recursos escolares em termos de custo-eficácia (Kalafat, 2003; Shaffer & Gould, 2000);

(e) as atividades psicoeducacionais ou de desenvolvimento de competências normalmente integradas nos programas de prevenção do suicídio enquadram-se nas missões de educação, socialização e de proteção dos alunos pela escola (Kalafat, 2003; D. N. Miller, 2011). A escola tem a responsabilidade de moderar a ocorrência de comportamentos de risco e disponibilizar recursos de ajuda seguros para os seus alunos (Kalafat, 2003);

(f) as ações de prevenção nas escolas têm recebido graus elevados de aceitabilidade, o que pode ser determinante para a sua eficácia. Quando comparadas diferentes intervenções em meio escolar, as ações psicoeducacionais baseadas nos *curricula*[39] e dirigidas aos jovens e as ações dirigidas à comunidade escolar, baseadas no treino de

[39] Da expressão inglesa *curriculum-based programs*.

competências, foram classificadas como mais aceitáveis e menos intrusivas do que as ações de rastreio junto dos jovens, quer pelos psicólogos escolares (Eckert et al., 2003), quer pelos diretores das escolas secundárias (D. N. Miller et al., 1999).

O grau de aceitabilidade, intrusividade e dispêndio de tempo dos mesmos três tipos de ações – ações psicoeducacionais baseadas nos currículos dirigidas aos jovens, treino de competências dirigido à comunidade escolar e ações de rastreio para os jovens – foi também avaliado numa amostra de adolescentes. A maioria dos jovens concordou que o suicídio juvenil é um problema sério e as raparigas classificaram as ações psicoeducacionais baseadas no currículo, para os jovens, e de treino de competências, para a comunidade escolar, como mais aceitáveis e menos intrusivos do que os rapazes. Além disso, as raparigas classificaram as ações psicoeducacionais baseadas no currículo dirigidas aos jovens como menos dispendiosas em termos de tempo do que os rapazes (Eckert et al., 2006). As ações baseadas nos currículos dirigidas aos jovens revelam, deste modo, aceitabilidade por parte das diferentes amostras avaliadas (psicólogos escolares, diretores das escolas e adolescentes).

A comunidade escolar também desempenha um papel essencial na avaliação, monitorização e prevenção dos atos suicidas dos jovens (Mann & Currier, 2011a). No entanto, é importante ressalvar que o papel da comunidade escolar em geral (exceto dos especialistas em saúde mental) está limitado à identificação e encaminhamento dos jovens para o pessoal especializado da escola ou para os serviços de saúde mental da comunidade (Kalafat, 2003). Dado que a avaliação do grau de risco de suicídio deve ser realizada por profissionais competentes e com formação para esse efeito e nem todas as escolas têm estes quadros técnicos, é imprescindível munir a escola de informação sobre os recursos de saúde disponíveis na comunidade (D. N. Miller, 2011), envolvendo-os tanto quanto possível.

Tendo por base a revisão da literatura sobre prevenção dos atos suicidas em meio escolar, podem ser desenvolvidos diferentes tipos de estratégias neste contexto com o último propósito de prevenir os atos suicidas juvenis, nomeadamente (a) ações psicoeducacionais, (b) ações de rastreio, (c) ações de desenvolvimento de competências, (d) formação de porteiros sociais, (e) ações de pós-venção e (f) programas multiníveis (cf. Prevenção Primária em Meio Escolar, p. 93).

No âmbito destas ações têm sido avaliadas as mais diversas variáveis, tais como conhecimentos (e.g., falsas-crenças/mitos, fatores de risco e protetores) (Aseltine & DeMartino, 2004; Aseltine et al., 2007; Chávez-Hernández et al., 2008; Ciffone, 1993,

2007; Kalafat & Elias, 1994; Ploeg et al., 1996; Portzky & van Heeringen, 2006; Spirito, Williams, Stark, & Hart, 1988; Walker et al., 2009), atitudes (Aseltine & DeMartino, 2004; Aseltine et al., 2007; Ciffone, 1993; Kalafat & Elias, 1994; Walker et al., 2009), competências para a procura de ajuda (Aseltine & DeMartino, 2004; Aseltine et al., 2007; Chávez-Hernández et al., 2008; Ciffone, 2007), estilos de *coping* (Mishara, Houle, & Lavoie, 2005; Nordentoft et al., 2005; Orbach & Barjoseph, 1993; Ploeg et al., 1996; Portzky & van Heeringen, 2006), desesperança (Eggert et al., 1995; Nordentoft et al., 2005; Orbach & Barjoseph, 1993; Ploeg et al., 1996; Portzky & van Heeringen, 2006), autoestima (Eggert et al., 1995; Nordentoft et al., 2005; Randell, Eggert, & Pike, 2001; Walker et al., 2009), sintomatologia depressiva (Aseltine & DeMartino, 2004; Aseltine et al., 2007; Eggert et al., 1995; Garlow et al., 2008; M. S. Gould et al., 2005; Mishara et al., 2005; Nordentoft et al., 2005; Randell et al., 2001), ideação suicida (Aseltine & DeMartino, 2004; Aseltine et al., 2007; Garlow et al., 2008; Mishara et al., 2005), tentativas de suicídio anteriores (Aseltine & DeMartino, 2004; Aseltine et al., 2007; Garlow et al., 2008; M. S. Gould et al., 2005; Mishara et al., 2005; Nordentoft et al., 2005; Orbach & Barjoseph, 1993), autoaceitação (Walker et al., 2009), estado emocionais e stresse (Eggert et al., 1995; Garlow et al., 2008), uso de álcool e drogas (Garlow et al., 2008; Nordentoft et al., 2005), bem-estar subjetivo (Nordentoft et al., 2005), suporte social (Eggert et al., 1995), suporte familiar (Randell et al., 2001), entre outros.

No entanto, nem todas estas variáveis são passíveis de melhoria através da implementação de ações de prevenção primária em meio escolar, dirigidas a adolescentes organizados em grupo-turma. A capacidade de resolução de problemas ou as competências sociais, por exemplo, são modificáveis através de ações multiníveis, que requerem programas complexos, com duração média-longa e múltiplas sessões, desenvolvidas por equipas multidisciplinares e, em alguns casos, por técnicos especialistas no acompanhamento individual. Contudo, são ações que têm a particularidade de implicar um grande dispêndio de tempo, de recursos financeiros e humanos por parte das escolas, além de que os resultados não são imediatos (e.g., Kalafat, 2003). Deste modo, como nem sempre se reúnem as condições necessárias à implementação destas ações, importa identificar as variáveis modificáveis no sentido desejável através dos recursos disponíveis e estratégias exequíveis.

Ao nível da prevenção primária, as variáveis referentes à aquisição de conhecimentos e à mudança de atitudes (e.g., Aseltine & DeMartino, 2004; Aseltine et al., 2007; Kalafat & Elias, 1994; Walker et al., 2009) são aquelas que mais

sistematicamente têm alcançado resultados eficazes, quando integradas em ações psicoeducacionais. As ações psicoeducacionais são também as mais comummente implementadas (Shaffer & Gould, 2000) e as que têm recebido níveis mais elevados de aceitabilidade por parte dos diretores das escolas secundárias (D. N. Miller et al., 1999), dos psicólogos escolares (Eckert et al., 2003) e dos estudantes (Eckert et al., 2006), como previamente referido. É, pois, nestas ações psicoeducacionais que nos vamos centrar.

Na implementação de ações psicoeducacionais, os autores sugerem que se procure alcançar os seguintes objetivos: aumentar o reconhecimento de sinais de alerta para os atos suicidas (A. Berman et al., 2006; D. N. Miller, 2011; Shaffer & Gould, 2000; Waldvogel et al., 2008); esclarecer falsas-crenças sobre os atos suicidas (Chávez-Hernández et al., 2008; Kalafat, 2003); promover o comportamento de procura de ajuda (A. Berman et al., 2006; Kalafat, 2003), especificamente junto de profissionais de saúde mental (Shaffer & Gould, 2000); prestar informação sobre a forma de atuar imediatamente perante uma crise suicida (D. N. Miller, 2011; Waldvogel et al., 2008); ceder informação sobre os recursos disponíveis na escola e na comunidade (Shaffer & Gould, 2000); diminuir o estigma associado ao comportamento de procura de ajuda (A. Berman et al., 2006; Kalafat, 2003), à doença mental e ao suicídio (T. Joiner, 2010; Shaffer & Gould, 2000) e promover atitudes adaptativas em relação à depressão e aos atos suicidas (Shaffer & Gould, 2000; Waldvogel et al., 2008).

Estes objetivos são também recomendados por organizações oficiais e científicas (e.g., Organização Mundial de Saúde, *American Foundation for Suicide Prevention*, *International Association for Suicide Prevention*, Sociedade Portuguesa de Suicidologia), bem como por iniciativas individuais ou de equipas de investigação. Importa acrescentar ainda que, embora o nosso interesse atual incida nas ações de prevenção dirigidas aos jovens (e.g., Chávez-Hernández et al., 2008; Walker et al., 2009; Wasserman et al., 2010), os objetivos destas ações têm sido comuns à prevenção noutras faixas etárias, como na velhice (e.g., Alexopoulos et al., 2009) ou na idade adulta (e.g., Hegerl, Dietrich, et al., 2009).

Neste sentido, apresentam-se, de seguida, as principais características de ações psicoeducacionais implementadas no âmbito da prevenção primária e dirigidas aos jovens.

Shaffer et al. (1991) avaliaram o impacto de programas de prevenção do suicídio nas escolas, tendo considerado uma amostra de 788 estudantes (grupo experimental) e um

grupo de controlo formado por 680 estudantes. Quando comparados os dois grupos, observou-se que os estudantes do grupo experimental adquiriram conhecimentos que persistiram no período de seguimento de um mês, sobretudo no sexo feminino (Shaffer et al., 1991).

Um outro programa de prevenção do suicídio juvenil foi levado a cabo por Ciffone (1993), com a duração de cinquenta e cinco minutos, distribuídos por quinze minutos destinados ao visionamento de um filme e quarenta para a discussão estruturada do mesmo. Em relação aos resultados, as respostas consideradas desejáveis foram as que estão orientadas para (a) procurar ajuda junto de adultos, (b) demonstrar autorrevelação, (c) mostrar um comportamento de suporte e (d) ser capaz de dar respostas antissuicidas. Este autor também considerou o período de seguimento de um mês (Ciffone, 1993).

Este programa foi, mais tarde, melhorado pelo autor, passando a integrar três sessões e reaplicado a uma amostra de 421 estudantes. Os objetivos desta versão do programa consistiram em ensinar várias atitudes consideradas apropriadas a adotar face aos pares suicidas: aumentar a predisposição para informar um adulto de confiança se um amigo estiver em risco suicida; convencer os jovens de que o suicídio não é uma opção; normalizar os sentimentos de solidão na adolescência; reforçar a importância de relacionamentos satisfatórios com os pares; ajudar a reconhecer sinais da Perturbação Depressiva; dissociar o stresse, *per se*, do percurso suicida e associar o suicídio a distorções cognitivas e à doença mental; aumentar a visibilidade e aceitabilidade dos serviços de saúde mental das escolas e da comunidade; manter o rastreio e providenciar o seguimento individual para aqueles que manifestarem uma atitude pró-suicida. Foram constituídos dois grupos: um experimental, que participou no programa e outro de controlo, que não participou. Os jovens dos dois grupos responderam aos questionários nos mesmos momentos – logo após o programa e vinte e um dias depois do seu término (Ciffone, 2007).

Os resultados mostraram uma mudança favorável de atitudes (de indesejáveis para desejáveis) no grupo experimental, do primeiro para o segundo momento de avaliação, bem como na avaliação pós-programa (vinte e um dias depois). Observou-se também a redução da relutância dos adolescentes em procurar a ajuda dos serviços de saúde mental para si próprios e para os pares. Em síntese, este programa evidencia que os programas de prevenção do suicídio, nas escolas, permitem uma mudança de atitudes favorável e influenciam positivamente as atitudes de procura de ajuda para si próprio e para os pares (Ciffone, 2007).

Um outro programa, designado *Lifelines*, pretendeu promover os conhecimentos sobre o suicídio, a capacidade dos adolescentes identificarem os seus pares suicidas, as atitudes em relação à prevenção, as atitudes em relação aos pares suicidas e a perceção de responsabilidade dos adolescentes para atuarem nesta área. O estudo sobre a eficácia do programa incluiu 253 adolescentes do ensino secundário, distribuídos por um grupo experimental (participantes no programa) e um grupo de controlo (não-participante). O programa teve a duração de quatro sessões com a duração de quarenta e cinco minutos. Os estudantes do grupo experimental, quando comparados com o grupo de controlo, mostraram ganhos significativos em termos de conhecimentos sobre os possíveis sinais de alerta em pares suicidas e atitudes mais pró-ativas relativamente à procura de ajuda e à intervenção junto de pessoas com perturbações (Kalafat & Elias, 1994; Kalafat & Gagliano, 1996).

Mais tarde, foi desenvolvido o programa *Signs of Suicide* (SOS) que teve os seguintes objetivos: avaliar o impacto do programa sobre o número de tentativas de suicídio; aumentar os conhecimentos sobre a depressão e o suicídio e promover atitudes mais adaptativas em relação à depressão e ao suicídio. Teve como destinatários os adolescentes dos 13 aos 17 anos. A duração total do programa foi de cinquenta minutos. Nos adolescentes que participaram no programa, em comparação com os do grupo de controlo, foram observados os seguintes resultados: (a) taxas de tentativas de suicídio significativamente mais baixas; (b) melhores conhecimentos e atitudes mais adaptativas em relação à depressão e ao suicídio; (c) ausência de melhorias no comportamento de procura de ajuda e (d) uma associação do aumento de conhecimentos e de atitudes mais adaptativas à menor probabilidade de concretizarem tentativas de suicídio, nos três meses seguintes ao programa (Aseltine & DeMartino, 2004; Aseltine et al., 2007).

Portzky e van Heeringen (2006) desenvolveram e avaliaram a eficácia de um programa psicoeducacional através da avaliação dos conhecimentos, atitudes, *coping* e desesperança. O programa teve a duração de duas horas e integrou duas partes. A primeira foi desenvolvida para aumentar os conhecimentos e as atitudes, tendo começado por uma breve introdução sobre dados epidemiológicos e prosseguido com a descrição do processo suicida, alertando para a possibilidade de intervir e ajudar ao longo desse processo. A segunda explorou as causas e os fatores de risco, bem como os sinais de alerta e a forma como se deve agir perante os mesmos.

Este programa foi aplicado a 172 estudantes do ensino secundário, dos 14 aos 18 anos e teve a duração de duas horas. Para avaliar o efeito da sensibilização foram

compostos quatro grupos: (a) grupo experimental avaliado antes e depois do programa; (b) grupo de controlo avaliado duas vezes, nos mesmos momentos do grupo experimental; (c) grupo experimental avaliado só depois do programa e (d) grupo de controlo avaliado só depois do programa, no mesmo momento que o grupo experimental (Portzky & van Heeringen, 2006).

Os principais resultados do programa foram os seguintes: um efeito positivo no nível de conhecimentos; pouca influência na capacidade para identificar sinais de alerta; nenhum efeito nos estilos de *coping*, nem nos níveis de desesperança; nenhum impacto negativo do programa e a prevalência de mitos (Portzky & van Heeringen, 2006).

O programa *Salvando Vidas* teve como objetivo geral prevenir o suicídio em jovens do ensino secundário através de estratégias psicoeducativas. Participaram neste programa 69 adolescentes, com idades compreendidas entre os 15 e os 22 anos. O programa incluiu dez horas, divididas por cinco sessões, nas quais foram abordados os seguintes temas: (a) estatísticas oficiais internacionais e nacionais do suicídio; (b) mitos e realidades do suicídio; (c) fatores de risco e proteção do suicídio; (d) deteção e abordagem inicial de pessoas em risco suicida e (e) autocuidado na qualidade de porteiro social. As análises quantitativas evidenciaram uma melhoria nos conhecimentos e uma diminuição dos mitos sobre o suicídio. Verificaram-se resultados favoráveis ao nível da perceção dos jovens acerca da eficácia do programa nos aspetos que a seguir se enunciam: modo de apresentação do tema; identificação de pessoas em risco e abordagem inicial das mesmas; fatores de risco e de proteção; comportamento suicida; mitos e realidades, tempo, metodologia e cumprimento dos objetivos (Chávez-Hernández et al., 2008).

O programa *LifeSavers* teve como principais objetivos ensinar os jovens a escutar os outros sem fazer julgamentos, reconhecer os sinais de alerta para o risco de suicídio e a estimular o envolvimento no trabalho em equipa. Este programa foi aplicado, durante três dias, a 63 jovens do ensino secundário, numa comunidade rural dos EUA. Os resultados indicaram um aumento dos conhecimentos, das atitudes positivas face à prevenção do suicídio e autoestima; ao nível da autoaceitação não foram registados resultados significativos (Walker et al., 2009).

Zenere e Lazarus (2009), por sua vez, desenvolveram um programa compreensivo que incluiu diferentes tipos de intervenções: universais, seletivas e indicadas. Este programa pretendeu diminuir os fatores de risco e promover os fatores protetores através do desenvolvimento de competências nas áreas da consciencialização, comunicação, resolução de problemas, estratégias de *coping*, tomada de decisão, estabelecimento de

relações interpessoais e gestão do stresse assim como conhecimentos sobre problemas e recursos de saúde.

Podem ainda ser referidos outros programas mais globais de prevenção do suicídio como a *European Alliance Against Depression* (EAAD) (Hegerl, Wittenburg, Arensman, et al., 2009; Hegerl et al., 2008), já explicada anteriormente (cf. p. 67) e o *Saving and Empowering Young Lives in Europe* (SEYLE) (Wasserman et al., 2010), que por se tratar de programas multiníveis incluem também ações psicoeducacionais. O SEYLE, por exemplo, inclui ações de consciencialização para os adolescentes, além dos rastreios para o risco de suicídio e o treino de porteiros sociais.

Em Portugal, o Núcleo de Estudos do Suicídio, do Hospital de Santa Maria, foi pioneiro na implementação de ações de prevenção do suicídio em contexto escolar (Núcleo de Estudos do Suicídio, 2012; N. Santos & Sampaio, 2013).

Em 2009, o projeto +Contigo iniciou um programa de promoção da saúde mental e prevenção do suicídio nas escolas. Consiste numa intervenção multiníveis que presta formação a porteiros sociais, junto do centro de saúde da área da escola, intervém igualmente com os encarregados de educação e toda a comunidade educativa (J. Santos et al., 2013). Este programa inclui como temáticas o estigma em saúde mental, a autoestima, a capacidade de resolução de problemas e o bem-estar. De forma a avaliar a efetividade do programa, os participantes são avaliados em vários momentos, tendo mostrado resultados eficazes (J. Santos, Erse, Façanha, Simões, & Amélia, 2010; J. Santos et al., 2013; J. C. Santos et al., 2009).

Concomitante à implementação dos programas de prevenção nas escolas, têm surgido questões relacionadas com eventuais consequências negativas por se abordar a temática suicida entre os jovens. Todavia, os estudos parecem indicar que não existem consequências negativas nas variáveis psicológicas, após o contacto com o tema (e.g., M. S. Gould et al., 2005; Van Orden et al., 2006).

Face ao exposto nesta revisão, propusemo-nos desenvolver, implementar e avaliar o impacto de uma ação de sensibilização para a prevenção dos atos suicidas em adolescentes, incidindo, particularmente, sobre as falsas-crenças, o reconhecimento dos sinais de alerta e a promoção de atitudes adaptativas face a pessoas em risco.

9.2. Objetivos

O objetivo geral do presente estudo consiste em desenvolver, implementar e avaliar o impacto de uma ação de sensibilização para a prevenção dos atos suicidas em adolescentes. Como objetivos específicos podem enunciar-se os seguintes:

(a) analisar o grau inicial de concordância com as falsas-crenças, os sinais de alerta e as atitudes adaptativas e não-adaptativas, na amostra total e em função das variáveis pessoais;

(b) avaliar o impacto imediato da ação de sensibilização sobre a concordância com as falsas-crenças, os sinais de alerta e as atitudes adaptativas e não-adaptativas;

(c) testar se os resultados registados imediatamente após a ação de sensibilização se mantêm no período de seguimento;

(d) analisar a influência dos fatores de risco (ideação suicida, desesperança, acontecimentos de vida negativos) e dos protetores (razões para viver) no efeito da ação de sensibilização sobre as variáveis falsas-crenças, sinais de alerta e atitudes adaptativas e não-adaptativas;

(e) analisar os resultados nas variáveis falsas-crenças, sinais de alerta e atitudes ao longo dos três momentos de avaliação em função das variáveis pessoais (sexo e história de perturbações psicológicas, comportamentos autolesivos, atos suicidas e ajuda psicológica).

(f) averiguar a existência de diferenças significativas nos fatores psicológicos de risco e nos fatores protetores após a participação na ação de sensibilização.

9.3. Método

9.3.1. Caracterização da Ação de Sensibilização

Neste parâmetro será apresentada a ação de sensibilização para a prevenção dos atos suicidas em adolescentes, nomeadamente objetivos gerais e específicos, destinatários, conteúdos programáticos e componentes processuais.

A intervenção foi designada por "Ação de Sensibilização para a Prevenção de Atos Suicidas em Adolescentes" expressando, desta forma, o seu objetivo geral de alertar para a importância de prevenir esta problemática, especificamente na adolescência.

Os objetivos específicos consistiram em (a) sensibilizar para a importância de saber lidar com as características próprias da fase da adolescência; (b) "desmistificar" falsas-crenças sobre os atos suicidas que comprometem a sua prevenção; (c) ensinar a reconhecer os sinais de alerta para os atos suicidas; (d) promover atitudes adaptativas em relação à prevenção; (e) instruir sobre a forma de atuar perante os pares em crise suicida; (f) incentivar a procura de ajuda junto de recursos capacitados para melhor intervir perante casos de risco e (g) prestar informação sobre os recursos disponíveis na escola, nas instituições de saúde e na comunidade.

Os destinatários desta ação são jovens com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos que frequentam o ensino secundário.

A ação de sensibilização consiste numa abordagem psicoeducacional, incluída na categoria de prevenção primária/universal, e que integra os seguintes conteúdos programáticos: (a) características específicas da fase da adolescência com potencial impacto na saúde mental (e.g., transformações físicas, psicológicas ou sociais, vivência de acontecimentos de vida negativos, entre outras); (b) falsas-crenças sobre os atos suicidas, nomeadamente sobre a impossibilidade de prevenção, a inexistência de sinais de alerta, o evitamento da temática suicida e a existência de causas simplistas e únicas para os atos suicidas; (c) sinais de alerta de natureza comportamental e verbal, que podem ser reconhecidos pelos colegas; (d) atitudes adaptativas, ou seja, que prestem um apoio efetivo ao indivíduo em risco, facilitando a resolução dos seus problemas, como o alívio do sofrimento ou o encaminhamento para os serviços competentes; (e) atitudes não-adaptativas, i.e., que não devem ser adotadas perante um indivíduo em risco suicida; (f) recursos competentes na escola, nas instituições de saúde locais ou na comunidade, onde pode ser solicitada ajuda para o próprio ou para os pares, como por exemplo os psicólogos escolares, os professores, os assistentes operacionais, os hospitais centrais (e.g., Hospital Distrital de Faro), os centros de saúde da área de residência, o Número Nacional de Emergência Médica (em caso de crise aguda), a linha de Saúde 24, os telefones SOS (e.g., SOS Voz Amiga, SOS Estudante, Telefone da Amizade) e (g)

mensagens preventivas[40], tais como "a vida não é perfeita, muda todos os dias", "só se vivermos é que poderemos saber o que vai acontecer amanhã"; "a vida é melhor com cada um de nós!", "pode-se sempre tentar fazer algo para viver melhor", "observem as coisas boas que estão à vossa volta" e "animem-se e ativem-se já".

Em relação aos aspetos processuais, para garantir a avaliação da eficácia da ação de sensibilização, por um lado, são aplicados os instrumentos de avaliação antes e depois (imediatamente após e decorrido um mês) da implementação da mesma; e, por outro, são constituídos dois grupos (o grupo experimental e o grupo de controlo) que preenchem os instrumentos de avaliação exatamente nos mesmos momentos, mas apenas o grupo experimental participa na ação de sensibilização.

A ação de sensibilização deve ser dinamizada sempre pela pessoa. A metodologia pedagógica consiste na exposição oral apoiada por uma apresentação elaborada em *Microsoft Powerpoint* (Anexo X), o que implica o recurso a meios audiovisuais. Os conteúdos programáticos são apresentados e discutidos abertamente com os jovens e responde-se às questões colocadas, procurando ir ao encontro das suas necessidades. Privilegia-se a utilização de uma linguagem adequada à sua faixa etária.

No final da ação de sensibilização, é entregue um *flyer* informativo aos jovens com os contactos telefónicos nacionais e locais disponíveis em caso de risco suicida (Anexo Y). Este mesmo *flyer* é entregue aos elementos do grupo de controlo, depois de concluída a fase de recolha de dados para a investigação.

9.3.2. Desenho da Investigação

O desenho da investigação diz respeito à estrutura lógica subjacente a todo o processo de investigação (Barker, Pistrang, & Elliot, 2002). O presente estudo apresenta um desenho *quasi*-experimental, uma vez que se pretende medir o efeito de uma intervenção sobre um grupo de indivíduos, designado grupo experimental, comparando-o com um grupo de controlo, que não recebe qualquer intervenção (Fife-Schaw, 2003; Fortin, 2003, 2009).

[40] As mensagens preventivas foram, na sua maioria, adaptadas de um estudo sobre a prevenção do suicídio, *Las Mensajes Audiovisuales Preventivas y su Impacto en los Recursos de los Adolescentes*, que procurou avaliar o aumento de recursos afetivos, cognitivos e sociais nos adolescentes a partir da sua exposição a mensagens audiovisuais preventivas (Heredia, 2010).

Os grupos deste estudo podem ser considerados não-equivalentes (Fortin, 2003, 2009), na medida em que a repartição pelos mesmos poderá não ter sido totalmente aleatória. Essa repartição foi efetuada pelos professores/diretores de turma[41]. Os grupos corresponderam a turmas intactas de alunos, sem que tivesse havido qualquer manipulação das suas características, para além da ação de sensibilização implementada nas turmas que formaram o grupo experimental.

O desenho da investigação é também considerado longitudinal (Barker et al., 2002), de curta duração, uma vez que os dois grupos – grupo experimental e grupo de controlo – participaram sequencialmente em três momentos diferentes: (a) o momento 1 (M1) correspondente ao pré-teste; (b) o momento 2 (M2) correspondente ao pós-teste imediato e (c) o momento 3 (M3) correspondente ao pós-teste de seguimento. A ação de sensibilização é o ponto de referência para a classificação dos momentos, o que significa que o pré-teste se refere ao momento prévio à ação de sensibilização, o pós-teste imediato ao momento imediatamente após a mesma e o pós-teste de seguimento, a um mês depois.

Deste modo, o desenho antes-após com grupo de controlo não-equivalente permitirá, primeiramente, testar a equivalência dos grupos através das medidas recolhidas num momento prévio à intervenção, e, posteriormente, avaliar a variação da equivalência dos grupos ao longo do tempo (Fortin, 2003, 2009).

9.3.3. Participantes

A amostra deste estudo foi composta por 512 adolescentes que se encontravam a frequentar o ensino secundário (ano letivo 2010/2011), 210 do sexo masculino (41%) e 302 do sexo feminino (59%), com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos (M = 16.78, DP = 1.17). A maior parte dos adolescentes (66.2%) coabitava com ambos os pais, 22.5% com o pai ou com a mãe (N = 141), 4.3% com outros familiares (N = 22) e 2% com outras pessoas (N = 10).

[41] Embora tivesse sido solicitado aos professores que a distribuição das turmas pelo grupo participante na ação de sensibilização e pelo grupo de controlo fosse aleatória, ocasionalmente apercebemo-nos que a mesma foi baseada noutros critérios, como a disponibilidade da turma ou as características da mesma.

O rendimento escolar médio da maioria (55.5%) foi considerado “suficiente” (10 a 13 valores), seguindo-se a classificação de “bom” (36.5%), “muito bom” (5.7%) e “insuficiente” (2.3%).

Em relação à frequência com que praticam atividades religiosas, 43.6% nunca o faz, 28.9% pratica raramente, 15.4% algumas vezes e apenas 12.1% de forma frequente ou muito frequente. No que respeita ao consumo de álcool, 36.7% e 35.2% consomem algumas vezes ou raramente, respetivamente; seguindo-se 19.1% que nunca o faz, 7.2% e 1.8% que consomem frequentemente ou muito frequentemente, respetivamente. A maioria dos indivíduos nunca consumiu tabaco (61.7%) ou drogas (80.9%).

No que diz respeito à história de problemas psicológicos, 6.1% refere já ter tido um problema psicológico diagnosticado. Trinta e cinco por cento assumem que já se sentiram desesperados ao ponto de considerarem que não fazia sentido continuarem a viver, mas apenas 10% refere que já recebeu ajuda psicológica por se sentir dessa forma.

Em relação à história de atos suicidas e comportamentos autolesivos, vinte e nove jovens (5.7%) já cometeram um ato com o objetivo de pôr fim à sua vida e 22.1% já cometeram atos autolesivos intencionalmente (e.g., cortes).

A história de suicídio na família é registada por 98 jovens (19.1%) e em amigos ou pessoas próximas por 162 jovens (31.6%).

Quando questionados sobre o facto de terem solicitado ajuda por se sentirem sem razões para viver, 20.9% já pediu, 25.4% não pediu, apesar de já se ter sentido desse modo e 53.7% nunca pediu, porque nunca precisou. Em relação ao pedido de ajuda para um amigo desesperado, 15.4% já pediu, 14.3% não pediu, apesar de já ter estado nessas circunstâncias, e 70.3% nunca se confrontou com essa situação.

A amostra total de 512 adolescentes foi subdividida em dois grupos. O grupo experimental integrou 212 adolescentes, 90 do sexo masculino e 122 do sexo feminino, com uma média etária de 16.69 (*DP* = 1.207). O grupo de controlo incluiu 300 adolescentes, dos quais 120 eram do sexo masculino e 180 do sexo feminino, com uma média de 16.85 (*DP* = 1.140) anos.

9.3.4. Instrumentos

9.3.4.1. Questionário de Dados Pessoais (QDP)

O Questionário de Dados Pessoais (QDP) inclui o seguinte conjunto de questões: (a) informação sociodemográfica (idade, sexo, coabitação); (b) informação escolar (rendimento escolar médio); (c) estilo de vida (frequência de práticas religiosas, consumos de álcool, tabaco e drogas); (d) história de perturbações psicológicas; (e) história de comportamentos autolesivos e atos suicidas; (f) história de atos suicidas na família e em pessoas próximos e (g) história de pedidos de ajuda por ideação suicida (para o próprio ou para pessoas próximas) (Anexo B).

9.3.4.2. Inventário de Crenças sobre Atos Suicidas (ICAS)

O Inventário de Crenças sobre Atos Suicidas (ICAS) tem por objetivo avaliar o grau de concordância com diferentes tipos de falsas-crenças que podem interferir de forma negativa na prevenção dos atos suicidas.

O ICAS inclui um total de 22 itens organizados em quatro subescalas: Impossibilidade de prevenção, Evitamento da temática suicida, Causalidade unimodal e Evitamento da temática suicida.

O presente instrumento apresentou propriedades psicométricas satisfatórias, em termos de fiabilidade e de validade, descritas detalhadamente no Estudo 3 (cf. Capítulo 6, p. 177) (Anexo Q).

9.3.4.3. Inventário de Sinais de Alerta para Atos Suicidas (ISAS)

O Inventário de Sinais de Alerta para Atos Suicidas (ISAS) pretende avaliar o grau de concordância com cada um dos possíveis sinais apresentados. Este inventário é composto por 23 itens que podem ser estruturados em três subescalas referentes a Sinais comportamentais, Sinais verbais e Sinais de isolamento.

A fiabilidade e a validade do ISAS são consideradas satisfatórias, tal como pode ser observado no Estudo 4 (cf. Capítulo 7, p. 229) (Anexo T).

9.3.4.4. Inventário de Atitudes em Relação à Prevenção dos Atos Suicidas (IAPS)

O Inventário de Atitudes em Relação à Prevenção dos Atos Suicidas (IAPS) tem como objetivo avaliar as atitudes em relação a um hipotético colega em risco de suicídio. É composto por 26 itens que se subdividem em duas subescalas: Atitudes adaptativas e Atitudes não-adaptativas.

O estudo das suas propriedades psicométricas mostrou que se trata de um instrumento fiável e válido, como demonstrado no Estudo 5 (cf. Capítulo 8, p. 277) (Anexo W).

9.3.4.5. Questionário de Ideação Suicida (QIS)

A versão original do Questionário de Ideação Suicida (QIS) – *Suicide Ideation Questionnaire* – foi desenvolvida por Reynolds, em 1988 (Reynolds, 1991) e mais tarde adaptada para a população portuguesa por Ferreira e Castela (1999).

O QIS tem por objetivo avaliar a gravidade dos pensamentos bem como cognições suicidas em adolescentes e jovens adultos, podendo ser aplicado individualmente ou em grupo. O tempo de preenchimento é de aproximadamente dez minutos.

Este questionário de autorresposta é composto por trinta itens, que apresentam sete alternativas de resposta, a saber: 0 (*Nunca tive este pensamento*); 1 (*Pensei nisto, mas não no último mês*); 2 (*Cerca de uma vez por mês*); 3 (*Duas vezes por mês*); 4 (*Cerca de uma vez por semana*); 5 (*Duas vezes por semana*) e 6 (*Quase todos os dias*). O respondente assinala, portanto, cada item numa escala de 0 a 6 pontos, sendo a pontuação total obtida através do somatório do valor de todos os itens. Os resultados obtidos no QIS podem variar entre o mínimo de 0 e o máximo de 180 pontos, sendo que a uma maior frequência de pensamentos suicidas corresponderá uma pontuação mais elevada no questionário.

Os estudos sobre a fiabilidade do instrumento na versão portuguesa incluíram a análise da consistência interna através do alfa de Cronbach e da estabilidade temporal, recorrendo ao método teste-reteste. Os resultados sobre a consistência interna revelaram um coeficiente alfa de Cronbach no valor de .96 e sobre a estabilidade temporal um coeficiente de correlação entre as duas aplicações no valor de .76.

Os estudos relativos à validade do instrumento incluíram a validade concorrente, divergente e de constructo. A validade concorrente e divergente, determinadas através da

relação com os resultados do Inventário da Depressão de Beck (correlação positiva) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (correlação negativa), mostraram que o instrumento apresenta estas duas qualidades. A validade de constructo, medida através da análise fatorial exploratória, permitiu identificar três fatores que explicaram 55.7% da variância total.

Ao nível do estudo da validade do instrumento, a análise fatorial exploratória realizada pelos autores sugere a existência de três fatores, tal como no estudo original de Reynolds, porém os conteúdos dos mesmos não coincidem exatamente com os do estudo original (Ferreira & Castela, 1999).

No presente estudo, o coeficiente de correlação item-total corrigido oscilou entre .498 (item 8) e .816 (item 14) sugerindo uma boa validade interna dos itens; o coeficiente alfa de Cronbach obteve um valor de .96, indicando uma consistência interna muito boa (Anexo E).

9.3.4.6. Escala de Desesperança de Beck (BHS)

A Escala de Desesperança de Beck (BHS), desenvolvida por Beck, Weissman, Lester e Trexler, em 1974, tem como principal objetivo avaliar os sintomas de desesperança sobre eventos futuros. É uma escala de autorresposta com vinte itens e com um formato de resposta dicotómico.

A escala apresenta onze itens referentes à desesperança e outros nove relativos à esperança. Após a inversão dos itens adequados, a pontuação total da escala é obtida pelo somatório de todos os itens, podendo variar entre 0 e 20 valores. Quanto mais elevado for o valor obtido, maiores serão os níveis de desesperança, sendo que o valor 9 equivale ao ponto de corte para risco de suicídio.

O estudo original identificou três fatores na estrutura interna da escala: (a) sentimentos sobre o futuro; (b) falta de motivação e (c) expetativas futuras, que em conjunto explicaram 53.5% da variância.

Esta escala registou também boa consistência interna no estudo original, com um coeficiente alfa KR-20 de .93, o que indica a sua fiabilidade. Os resultados encontrados ao nível da validade – concorrente e de constructo – foram também bastante satisfatórios (Beck et al., 1974).

A BHS tem sido assaz utilizada a nível mundial, registando propriedades psicométricas razoavelmente satisfatórias em múltiplos estudos (e.g., Chang et al., 1994; Holden & Fekken, 1988; Pompili, Tatarelli, et al., 2007).

Em Portugal, a Escala de Desesperança de Beck foi validada por Cruz (2000), tendo reproduzido a estrutura fatorial do modelo original e obtido boa consistência interna (KR-20 =.90). As propriedades psicométricas, ao nível da validade e da fiabilidade, da versão portuguesa foram consideradas satisfatórias (Cruz, 2000).

No presente estudo, o coeficiente alfa estimado da BHS (KR-20) foi de .75 (intervalo de confiança a 95% entre .50 e .96 e a média da correlação inter-item foi de .29) (Anexo D).

9.3.4.7. Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAVN)

O Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAVN), construído por Brás e Cruz (Brás, 2008; 2008b), tem como principal objetivo avaliar o conjunto de experiências negativas vivenciadas, em termos da sua severidade – frequência e impacto.

O IAVN é composto por 25 itens referentes a diferentes tipos de acontecimentos negativos em que é solicitado aos respondentes que indiquem, para cada acontecimento, numa escala valorada de 0 (*Nunca*) a 4 (*Muitíssimas vezes*), a sua frequência e o impacto, numa escala compreendida entre 1 (*Nenhum impacto*) e 5 (*Impacto extremamente negativo*), sendo a severidade dos mesmos obtida através destes dois indicadores.

A cotação do IAVN permite obter uma pontuação total e por subescalas. A primeira advém da avaliação global da severidade global dos AVN, através do índice global de acontecimentos de vida negativos, calculada a partir da média do produto da frequência pelo impacto, podendo variar entre 0 e 20. As subescalas resultaram do estudo da estrutura interna que consistem, designadamente, em (a) Ambiente Familiar Adverso (AFA; 9 itens), (b) Abuso Psicológico (AP; 5 itens), (c) Separações/Perdas (SP; 6 itens) e (d) Abuso Físico e Sexual (AFS, 4 itens).

O instrumento apresentou uma consistência interna satisfatória, quer na escala total (α = .90), quer nas subescalas (AFA, α = .84; AP, α = .80; SP, α = .71; e AFS, α = .67), bem como boa estabilidade temporal, o que suporta a sua fiabilidade. Os estudos da validade também alcançaram resultados bastante satisfatórios (Brás & Cruz, 2008b).

No presente estudo, a consistência interna foi assegurada pelos coeficientes de alfa de Cronbach do total do IAVN (α = .89) e das respetivas subescalas (AFA, α = .74; AP, α = .85; SP, α = .63; e AFS, α = .80), embora a subescala SP tivesse obtido um valor considerado baixo devido, provavelmente, à maior heterogeneidade dos itens (Anexo M).

9.3.4.8. Inventário de Razões para Viver para Adolescentes (RFL-A)

O Inventário de Razões para Viver para Adolescentes (RFL-A, *Reasons for Living Inventory for Adolescents*) foi desenvolvido por Osman et al., em 1998, com o principal objetivo de avaliar as razões para viver consideradas adaptativas e protetoras, i.e., que funcionam como "amortecedores" contra o comportamento suicida (Osman et al., 1998), podendo ser aplicado na faixa etária dos 13 aos 19 anos (Gutierrez & Osman, 2008).

Este inventário é um instrumento de autorresposta formado por 32 itens. Cada item é classificado numa escala de tipo *Likert* com seis pontos, que variam de 1 (*Nada importante*) a 6 (*Extremamente importante*), sendo que a uma classificação mais elevada do grau de importância dos itens corresponde uma maior valorização das razões para viver.

A versão original do RFL-A foi submetida a análise fatorial exploratória (AFE) e a análise fatorial confirmatória (AFC), em que resultou com a retenção de cinco fatores interpretáveis: (1) Otimismo sobre o futuro (OF; 7 itens); (2) Medo do suicídio (MS; 6 itens); (3) Aliança familiar (AF; 7 itens); (4) Aceitação e suporte pelos pares (ASP; 6 itens) e (5) Autoaceitação (AA; 6 itens).

Os coeficientes alfa de Cronbach, estimados na investigação original do RFL-A, demonstram valores adequados de consistência interna para o RFL-A total e subescalas, sendo que todos os coeficientes alfa são superiores a .89.

Os estudos suportam também a existência de validade de constructo, validade concorrente e preditiva do RFL-A.

Em relação à cotação, o RFL-A permite obter uma pontuação total e uma pontuação para cada subescala. A pontuação total do RFL-A corresponde à média dos 32 itens e a pontuação de cada subescala corresponde à média dos respetivos itens. Pontuações elevadas no RFL-A sugerem que os respondentes têm fortes razões adaptativas para não se suicidarem (Osman et al., 1998).

A análise das características psicométricas da versão portuguesa do RFL-A foi realizada no Estudo 1. A estrutura fatorial da versão original foi replicada, tendo sido encontrados valores adequados de fiabilidade e de validade (cf. Capítulo 4, p. 107) (Anexo C).

9.3.5. Hipótese

De acordo com a revisão da literatura, formulou-se a seguinte hipótese para o estudo em desenvolvimento.

Após a ação de sensibilização, os participantes do grupo experimental e do grupo de controlo irão apresentar resultados distintos nas variáveis contempladas na ação, sendo que o grupo experimental irá apresentar menor concordância com as falsas-crenças e com as atitudes não-adaptativas e maior concordância com os sinais de alerta e as atitudes adaptativas. Perspetiva-se que estes resultados ocorram imediatamente após a ação de sensibilização e que se mantenham no período de seguimento.

9.3.6. Procedimento de Recolha de Dados

O primeiro procedimento desta fase foi solicitar autorização à Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), do Ministério da Educação, para desenvolver a investigação em meio escolar, de acordo com o Despacho n.º 15847/2007, publicado em Diário da República 2.ª série, n.º140, de 23 de Junho de 2007. O processo foi submetido *online*. Após análise do mesmo pelos serviços competentes, o pedido de autorização foi aprovado (Anexo F).

O procedimento seguinte consistiu em contactar telefonicamente os estabelecimentos de ensino secundário do Algarve a solicitar o agendamento de uma reunião com o/a diretor/a do Conselho Executivo para apresentar o projeto de investigação e entregar o pedido de autorização escrito (Anexo G). As escolas que se mostraram recetivas para conhecer o projeto e que autorizaram a sua realização foram, nomeadamente a Escola Secundária José Belchior Viegas, em São Brás de Alportel, a Escola Secundária de Loulé, a Escola Secundária de Silves, a Escola

Manuel Teixeira Gomes, em Portimão e a Escola Secundária de Vila Real de Santo António.

Após a autorização, o/a diretor/a do Conselho Executivo encaminhava o assunto para outro membro da direção ou diretamente para os diretores de turma que, posteriormente, agendavam as sessões de recolha de dados com as turmas (Anexo I). Os pedidos de autorização destinados aos encarregados de educação, uma vez que a maioria dos participantes era menor de idade, eram entregues previamente ao diretor de turma. Este, por sua vez, encaminhava-os para os encarregados de educação, solicitando a sua devolução até ao dia marcado para o início da investigação (Anexo H).

A recolha de dados decorreu em três momentos, em que foram desenvolvidos os procedimentos de seguida explicitados.

No primeiro momento – pré-teste – o grupo experimental e o grupo de controlo preencheram exatamente o mesmo protocolo de instrumentos, nomeadamente o QDP, o ICAS, o ISAS, o IAPS, o QIS, a BHS, o IAVN e o RFL-A, durante aproximadamente quarenta e cinco minutos.

No segundo momento[42] – pós-teste imediato – o grupo experimental participou na ação de sensibilização, com uma duração aproximada de duas horas, e no final da mesma preencheu os instrumentos ICAS, ISAS e IAPS. O grupo de controlo não participou na ação de sensibilização, mas preencheu os mesmos instrumentos que o grupo experimental neste momento.

No terceiro momento – pós-teste de seguimento – que decorreu aproximadamente um mês após o momento anterior, ambos os grupos preencheram os instrumentos ICAS, ISAS, IAPS, QIS, BHS e RFL-A. Findo o preenchimento dos instrumentos, os jovens do grupo de controlo receberam um *flyer* informativo, que já havia sido entregue aos elementos do grupo experimental no âmbito da ação de sensibilização.

No início do primeiro momento, os princípios do consentimento informado foram apresentados, de forma oral e escrita, a cada um dos jovens (Anexo A). Nos momentos seguintes, os mesmos princípios foram relembrados oralmente, antes da aplicação dos instrumentos e da ação de sensibilização. Em todos os momentos, os

[42] Entre o primeiro e o segundo momento decorreram aproximadamente 3 a 4 semanas.

questionários preenchidos foram introduzidos numa pequena urna improvisada para o efeito, no sentido de aumentar a perceção de confidencialidade. Estes procedimentos foram desenvolvidos em ambiente natural de sala-de-aula e integrados nos horários letivos e rotinas das turmas.

A fase de recolha de dados decorreu no ano letivo 2010/11 e, no final do mesmo, foi enviado um agradecimento escrito a todas as escolas que participaram no estudo (Anexo J).

9.3.7. Procedimento de Análise Estatística

As análises estatísticas foram realizadas com recurso ao programa de tratamento de dados estatísticos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPPS) (versão 21.0) para *Windows* assim como ao programa *Microsoft Office Excel* 2010, especificamente para a elaboração dos gráficos e para calcular as estimativas da dimensão do efeito através da fórmula para o Eta^2 (η^2)[43].

O primeiro procedimento de análise dos dados consistiu em estimar e imputar os valores omissos pelo método do algoritmo *Expectation Maximization* (EM), o qual estima os valores ausentes a partir das respostas aos restantes itens dos instrumentos.

O tratamento estatístico incluiu medidas de tendência central e de dispersão – média e desvio-padrão, respetivamente – para caracterizar a amostra e realizar a análise descritiva dos resultados obtidos.

Posteriormente, procederam-se às seguintes análises: (a) teste do qui-quadrado para analisar as diferenças entre os grupos em função de variáveis dicotómicas; (b) teste *t* de Student para amostras independentes, a fim de se testar as diferenças na amostra total em função das variáveis sociodemográficas e da história pessoal ou do grupo (experimental ou de controlo); (c) teste *t* de Student para amostras emparelhadas, para comparar os resultados dos mesmos sujeitos nas variáveis, em dois momentos diferentes; (d) teste de Friedman para avaliar os resultados nos três momentos em função das variáveis pessoais; (e) análises de variância, ANOVAS com

[43] Para *designs* experimentais mais complexos, como numa ANOVA de medições repetidas, a dimensão do efeito deve ser estimada com η^2 (Marôco, 2011).

medições repetidas[44], para analisar as diferenças nas variáveis em cada um dos grupos em função dos três momentos de avaliação e (f) a ANCOVAS com medições repetidas para avaliar o efeito dos fatores de risco e de proteção nas mudanças ocorridas sobre nas variáveis em estudo (medidas pelos ICAS, ISAS e IAPS), sendo que no fator das medições repetidas (*Within-Subject Factor*) entraram as variáveis em estudo, com três níveis, enquanto os fatores de risco e de proteção foram introduzidos como covariáveis.

Para classificar a dimensão do efeito (η^2) consideraram-se os seguintes parâmetros: maior do que .5 corresponde a uma dimensão do efeito "muito elevado"; no intervalo].25; .50] corresponde a "elevado"; no intervalo].05; .25] a "médio" e igual ou menor do que .05 é considerado "pequeno" (Marôco, 2011).

9.4. Resultados

9.4.1. Análise Descritiva

Nesta primeira secção apresentamos os resultados referentes às variáveis falsas-crenças, sinais de alerta e atitudes – medidas pelo valor total e subescalas dos ICAS, ISAS e IAPS, respetivamente – primeiro na amostra global e depois em função de variáveis pessoais, recolhidas no âmbito do QDP.

Na amostra global (Tabela 70), os resultados dos valores médios no ICAS, valor total e subescalas, apresentaram-se relativamente abaixo do ponto médio da escala de resposta, sendo que o desvio-padrão foi inferior à unidade. Em relação às subescalas, os valores mais elevados foram na subescala ISA (M = 2.70, DP = .750) e na ETS (M = 2.69, DP = .816).

[44] A comparação da evolução dos resultados entre os três momentos foi realizada com recurso ao *General Linear Model*. Os pressupostos deste modelo (existência de independência das observações, homocedasticidade e normalidade em todas as células formadas pelos fatores inter-sujeitos, bem como a esfericidade, avaliada pelo teste Mauchly) foram considerados de acordo com as indicações de Pestana e Gageiro (2009).

Tabela 70
Médias, Desvios-Padrão nas Variáveis Falsas-Crenças (ICAS), Sinais de Alerta (ISAS) e Atitudes (IAPS) na Amostra Global, no Momento Pré-Teste

	Amostra global (N = 512)	
	M	*DP*
ICAS	2.54	.589
IP	2.37	.810
ISA	2.70	.750
CUM	2.46	.782
ETS	2.69	.816
ISAS	3.35	.612
SC	3.19	.681
SV	3.49	.677
SI	3.51	.803
IAPS		
AA	3.79	.659
ANA	2.34	.839

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão. *t* = Teste *t* de Student para amostras independentes; ICAS = Valor total do Inventário de Crenças sobre Atos Suicidas; IP = Impossibilidade de prevenção; ISA = Inexistência de sinais de alerta; CUM = Causalidade unimodal; ETS = Evitamento da temática suicida. ISAS – Valor total do Inventário de Sinais de Alerta para atos suicidas; SC – Sinais comportamentais; SV = Sinais verbais; SI = Sinais de isolamento; IAPS = Inventário de Atitudes em Relação à Prevenção de Atos Suicidas; AA = Atitudes adaptativas; ANA = Atitudes não-adaptativas.

No que respeita aos resultados no ISAS, os valores médios foram todos ligeiramente superiores a 3, ou seja, acima do ponto médio da escala de resposta. Estes resultados sugerem que os indivíduos concordaram tendencialmente com os sinais de alerta apresentados.

No IAPS, os valores médios na subescala AA foram 3.79 (*DP* = .659), representando a concordância dos jovens com a possibilidade de adotarem este tipo de atitudes perante um colega em risco de suicídio. A subescala ANA, por sua vez, registou um valor de 2.34 (*DP* = .839), o que indica a tendência para discordarem da intenção para agir de forma menos adequada.

Globalmente os resultados nos ICAS, ISAS e IAPS apresentaram valores medianos, distantes dos pontos extremos da escala de resposta, podendo isso significar que os jovens não têm conhecimentos nem atitudes bem definidos em relação aos conteúdos abordados.

Pressupõe-se que esta lacuna poderá ser superada através da participação em ações de sensibilização para a temática.

Numa análise seguinte, procurou-se analisar os resultados obtidos pela amostra global nas variáveis ICAS, ISAS e IAPS em função do sexo e da história de perturbações psicológicas, comportamentos autolesivos, atos suicidas, história familiar de suicídio, história de suicídio em amigos e história de ajuda psicológica, conforme se pode observar na tabela seguinte.

Tabela 71
Comparação dos Resultados nas Falsas-Crenças (ICAS), Sinais de Alerta (ISAS) e Atitudes (IAPS) na Amostra Global em Função de Variáveis Pessoais

Variáveis Pessoais	Variáveis dos ICAS, ISAS, IAPS	*t*	*p*	*d de Cohen*
Sexo	CUM	2.777	.006	.26
	SI	-2.165	.031	-.20
	ANA	3.742	.000	.34
História de comportamentos autolesivos	ICAS	2.775	.006	.32
	IP	3.297	.001	.36
	AA	-2.419	.017	-.26
	ANA	2.952	.004	.32
História de atos suicidas	ISAS	3.346	.002	.53
	SC	2.897	.004	.61
	SI	2.021	.044	.40
História familiar de atos suicidas	ISA	2.167	.031	.27
História de suicídios em amigos ou pessoas próximas	CUM	-2.322	.021	-.23
	SI	2.215	.027	.21
	AA	1.996	.046	.20
História de ajuda psicológica	SC	2.209	.026	.33

Nota. Apresentam-se apenas os resultados com $p \leq .05$. *t* = Teste *t* de Student para amostras independentes; ICAS = Valor total do Inventário de Crenças sobre Atos Suicidas; IP = Impossibilidade de prevenção; ISA = Inexistência de sinais de alerta; CUM = Causalidade unimodal; ETS = Evitamento da temática suicida. ISAS – Valor total do Inventário de Sinais de Alerta para Atos Suicidas; SC – Sinais comportamentais; SV = Sinais verbais; SI = Sinais de isolamento; IAPS = Inventário de Atitudes em Relação à Prevenção de Atos Suicidas; AA = Atitudes adaptativas; ANA = Atitudes não-adaptativas.

Em função do sexo dos participantes, notaram-se diferenças significativas na subescala CUM, sendo que o sexo masculino apresentou um valor médio mais elevado (*M* = 2.58, *DP vs*. *M* = 2.38, *DP* = .801), na subescala SI, que obteve um valor médio superior por parte do sexo feminino (*M* = 3.57, *DP* = .791 *vs*. *M* = 3.41, *DP* = .813), e nas ANA, cujo valor médio do sexo masculino foi mais elevado (*M* = 2.50, *DP* = .811 *vs*. *M* = 2.22, *DP* = .840).

No que respeita à história de comportamentos autolesivos, os participantes que já os realizaram obtiveram valores médios significativamente superiores no valor total do ICAS (*M* = 2.69, *DP* = .684 *vs*. *M* = 2.49, *DP* = .552), na subescala IP (*M* = 2.61, *DP* = .874 *vs*. *M* = 2.31, *DP* = .779) e nas ANA (*M* = 2.55, *DP* = .893 *vs*. *M* = 2.28, *DP* = .814) e valores mais baixos nas AA (*M* = 3.65, *DP* = .734 *vs*. *M* = 3.83, *DP* = .631).

Os indivíduos que já realizaram um ato suicida apresentaram um grau de concordância superior com os sinais de alerta em geral (*M* = 3.61, *DP* = .426 *vs*. *M* = 3.33, *DP* = .618) e com as subescalas SC (*M* = 3.54, *DP* = .513 *vs*. *M* = 3.17, *DP* = .685) e SI (*M* = 3.80, *DP* = .760 *vs*. *M* = 3.49, *DP* = .803), em comparação com quem nunca realizou este tipo de atos.

A crença na ISA foi a única variável com diferenças significativas em função da história familiar de suicídio, sendo que os jovens com esse historial concorda mais com a mesma (*M* = 2.85, *DP* = .766 *vs*. *M* = 2.65, *DP* = .743).

Em função da história de atos suicidas em amigos ou pessoas próximas, os resultados diferiram significativamente nas subescalas CUM, SI e AA. Verificou-se que quem assinalou ter vivenciado essa situação registou menor concordância com a referida falsa-crença (*M* = 2.34, *DP* = .809 *vs*. *M* = 2.52, *DP* = .764) e maior concordância com os SI (*M* = 3.63, *DP* = .792 *vs*. *M* = 3.46, *DP* = .804) e as AA (*M* = 3.88, *DP* = .644 *vs*. *M* = 3.75, *DP* = .663).

Por último, o grau de concordância com a subescala SC foi a variável com diferenças estatisticamente significativas em função da história de pedidos de ajuda psicológica para o próprio (*M* = 3.39, *DP* = .657 *vs*. *M* = 3.17, *DP* = .681), recebendo maior concordância da parte dos jovens que já receberam essa ajuda.

Em função das variáveis história de problemas psicológicos e história de desespero ao ponto de considerar que não fazia sentido continuar a viver, não foram registadas diferenças significativas em nenhuma das variáveis medidas pelos ICAS, ISAS ou IAPS.

9.4.2. Resultados Obtidos no Momento Pré-Teste (Análise Inter-Grupos)

Os resultados no momento pré-teste correspondem à primeira aplicação dos instrumentos a todos os participantes. Dado que os mesmos derivam de turmas intactas, depois aleatoriamente distribuídas pelos grupos em estudo[45], foi necessário, previamente, garantir que se tratavam de grupos homogéneos. Assim, da tabela seguinte constam os resultados obtidos no momento pré-teste em função dos grupos experimental e de controlo.

Tabela 72
Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen *e Teste t de Student em Função do Grupo (Experimental e de Controlo) no Momento Pré-Teste*

	Grupo experimental (n = 212)		Grupo de controlo (n = 300)				
	M	*DP*	*M*	*DP*	*d* de Cohen	*t*	*p*
ICAS	2.55	.575	2.54	.600	.017	.158	.874
IP	2.37	.738	2.38	.858	-.012	-.036	.971
ISA	2.71	.704	2.69	.783	.027	.200	.841
CUM	2.47	.757	2.46	.800	.013	.101	.920
ETS	2.71	.807	2.68	.824	.037	.298	.766
ISAS	3.39	.618	3.32	.608	.114	1.174	.241
SC	3.23	.717	3.16	.654	.112	1.188	.235
SV	3.52	.662	3.47	.688	.074	.948	.343
SI	3.54	.791	3.49	.813	.062	.772	.440
IAPS							
AA	3.82	.531	3.77	.736	.078	.817	.414
ANA	2.30	.808	2.36	.861	-.072	-.801	.424

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *t* = Teste *t* de Student para amostras independentes; ICAS = Valor total do Inventário de Crenças sobre Atos Suicidas; IP = Impossibilidade de prevenção; ISA = Inexistência de sinais de alerta; CUM = Causalidade unimodal; ETS = Evitamento da temática suicida. ISAS – Valor total do Inventário de Sinais de Alerta para Atos Suicidas; SC – Sinais comportamentais; SV = Sinais verbais; SI = Sinais de isolamento; IAPS = Inventário de Atitudes em Relação à Prevenção de Atos Suicidas; AA = Atitudes adaptativas; ANA = Atitudes não-adaptativas.

[45] A seleção das turmas participantes na ação de sensibilização, que formaram o grupo experimental, foi realizada pelos dirigentes dos estabelecimentos de ensino.

Pela leitura da Tabela 72, constatamos que os resultados médios do grupo experimental e do grupo de controlo não apresentaram diferenças significativas, nem no valor total, nem nas subescalas dos ICAS, ISAS e IAPS. A dimensão do efeito, medida pelo *d* de Cohen, confirma que as diferenças entre os grupos foram muito reduzidas.

Analisaram-se também as diferenças entre os grupos em função de variáveis sociodemográficas, idade e sexo. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, nem em relação à idade ($t_{(437.882)} = -1.524$, $p = .128$)**,** nem ao sexo ($\chi^2_{(1)} = .309$, $p = .578$)**.**

Estes resultados permitem assim garantir a comparabilidade dos grupos, i.e., uma vez que não se encontraram diferenças significativas entre os grupos nas variáveis em estudo, pode considerar-se que o grupo de comparação (não-experimental) pode ser usado na qualidade de grupo de controlo.

9.4.3. Resultados Obtidos no Momento Pós-Teste Imediato (Análise Inter-Grupos)

Os resultados nos ICAS, ISAS e IAPS obtidos imediatamente após a ação de sensibilização pelo grupo experimental e, no mesmo intervalo de tempo, pelo grupo de controlo são explanados na Tabela 73.

Tabela 73
Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen *e Teste t de Student em Função do Grupo (Experimental e de Controlo) no Momento Pós-Teste Imediato*

	Grupo experimental (n = 212)		Grupo de controlo (n = 300)				
	M	*DP*	*M*	*DP*	*d* de Cohen	*t*	*p*
ICAS	1.95	.440	2.52	.617	-1.064	-12.209	.000
IP	1.85	.501	2.41	.807	-.834	-9.691	.000
ISA	1.97	.577	2.64	.794	-.965	-11.184	.000
CUM	2.02	.606	2.46	.799	-.621	-6.970	.000
ETS	2.02	.688	2.62	.947	-.725	-8.284	.000
ISAS	4.02	.525	3.33	.496	1.351	15.216	.000
SC	3.96	.554	3.21	.564	1.342	15.013	.000
SV	4.04	.577	3.42	.610	1.044	11.621	.000
SI	4.14	.635	3.46	.698	1.019	11.174	.000

	Grupo experimental (n = 212)		Grupo de controlo (n = 300)				
	M	*DP*	*M*	*DP*	*d* de Cohen	*t*	*p*
IAPS							
AA	4.23	.488	3.79	.583	.818	9.409	.000
ANA	1.78	.567	2.36	.710	-.903	-10.231	.000

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *t* = Teste *t* de Student para amostras independentes. ICAS = Valor total do Inventário de Crenças sobre Atos Suicidas; IP = Impossibilidade de prevenção; ISA = Inexistência de sinais de alerta; CUM = Causalidade unimodal; ETS = Evitamento da temática suicida. ISAS – Valor total do Inventário de Sinais de Alerta para Atos Suicidas; SC – Sinais comportamentais; SV = Sinais verbais; SI = Sinais de isolamento; IAPS = Inventário de Atitudes em Relação à Prevenção de Atos Suicidas; AA = Atitudes adaptativas; ANA = Atitudes não-adaptativas.

No ICAS observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios do grupo experimental e do grupo de controlo, quer no valor total, quer nas subescalas. Como se pode observar, os valores médios do grupo experimental foram inferiores aos do grupo de controlo, sendo que a dimensão do efeito pode ser considerada elevada nas subescalas (intervalo de] .5 - 1]) e no valor total do ICAS (>1), de acordo com os parâmetros estabelecidos (Marôco, 2011).

No valor total e nas subescalas do ISAS, os valores médios do grupo experimental e do grupo de controlo foram significativamente diferentes do ponto de vista estatístico. O grupo experimental registou valores mais elevados do que o grupo de controlo e a dimensão do efeito, como mostram os valores de *d* de Cohen, foram muito elevadas.

Na subescala AA do IAPS, o grupo experimental obteve valores médios significativamente mais elevados do que o grupo de controlo ($t_{(495.493)}$ = 9.409, p = .000), com uma dimensão do efeito elevada (*d* de Cohen = .818). No que respeita às ANA do IAPS, verificou-se que os valores médios do grupo experimental foram significativamente inferiores aos do grupo de controlo ($t_{(502.407)}$ = -10.231, p = .000) e a dimensão do efeito foi elevada (*d* de Cohen = -.903).

9.4.4. Resultados Obtidos no Momento Pós-Teste de Seguimento (Análise Inter-Grupos)

Decorrido o período temporal de aproximadamente um mês após a ação de sensibilização, os resultados registados nos ICAS, ISAS e IAPS, pelos grupos experimental e de controlo, estão expostos na Tabela 74.

Tabela 74
Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen *e Teste t de Student em Função do Grupo (Experimental e de Controlo) no Momento Pós-Teste de Seguimento*

	Grupo experimental (n = 212)		Grupo de controlo (n = 300)				
	M	*DP*	*M*	*DP*	*d* de Cohen	*t*	*p*
ICAS	2.10	.410	2.52	.619	-.800	-9.342	.000
IP	1.98	.464	2.38	.822	-.599	-7.078	.000
ISA	2.18	.528	2.68	.757	-.766	-8.720	.000
CUM	2.16	.622	2.42	.841	-.352	-3.980	.000
ETS	2.09	.610	2.66	.945	-.717	-8.202	.000
ISAS	3.98	.463	3.34	.567	1.236	13.925	.000
SC	3.94	.479	3.19	.649	1.315	15.029	.000
SV	3.99	.534	3.47	.670	.858	9.624	.000
SI	4.09	.474	3.52	.753	.906	10.436	.000
IAPS							
AA	4.13	.426	3.79	.703	.585	6.879	.000
ANA	1.89	.554	2.33	.815	-.631	-7.250	.000

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *t* = Teste *t* de Student para amostras independentes. ICAS = Valor total do Inventário de Crenças sobre Atos Suicidas; IP = Impossibilidade de prevenção; ISA = Inexistência de sinais de alerta; CUM = Causalidade unimodal; ETS = Evitamento da temática suicida. ISAS – Valor total do Inventário de Sinais de Alerta para Atos Suicidas; SC – Sinais comportamentais; SV = Sinais verbais; SI = Sinais de isolamento; IAPS = Inventário de Atitudes em Relação à Prevenção de Atos Suicidas; AA = Atitudes adaptativas; ANA = Atitudes não-adaptativas.

Os valores médios registados no grupo experimental foram significativamente mais baixos do que no grupo de controlo, quer no valor total do ICAS, quer nas subescalas, à semelhança do que se verificou nos resultados do pós-teste imediato. Contudo, neste momento pós-teste de seguimento, a dimensão do efeito nos vários parâmetros do ICAS (dimensão elevada em todas as subescalas, exceto na CUM, em que essa dimensão é média) é inferior à do momento do pós-teste imediato.

No valor total e subescalas do ISAS, o grupo experimental obteve valores médios significativamente mais elevados do que o grupo de controlo, embora a dimensão do efeito também seja mais baixa neste momento de pós-teste de seguimento do que no pós-teste imediato.

Nas AA do IAPS, o valor médio do grupo experimental é significativamente superior ao do grupo de controlo e a dimensão do efeito mantém-se elevada, embora inferior ao do momento do pós-teste imediato. Em relação à subescala ANA do IAPS,

constatou-se que o valor médio do grupo experimental é inferior ao do grupo de controlo e a dimensão do efeito, à semelhança dos resultados anteriores, foi inferior à do momento de pós-teste imediato.

9.4.5. Comparação dos Resultados entre os Três Momentos de Aplicação no Grupo Experimental e no Grupo de Controlo (Análise Intra-Grupos)

Para avaliar os efeitos da ação de sensibilização no grupo experimental entre os três momentos, foram realizadas análises de variância ANOVAS com medições repetidas. Este procedimento foi reproduzido no grupo de controlo, também no sentido de perceber se ocorreram variações entre os momentos de avaliação.

No fator de medições repetidas (*Within-Subject Factor*) entraram sucessivamente cada um dos inventários (ICAS, ISAS, IAPS) com três níveis correspondentes ao pré-teste (M1), pós-teste imediato (M2) e pós-teste de seguimento (M3), enquanto no fator independente (*Between-Subject Factor*), entrou a variável grupo, em primeiro lugar o grupo experimental e, depois, o de controlo.

Tabela 75
Análise de Variância (ANOVAS) com Medições Repetidas entre os Três Momentos no Grupo Experimental (n = 212)

	M1 *vs*. M2			M1 *vs*. M3			M2 *vs*. M3		
	F	*p*	η^2	*F*	*p*	η^2	*F*	*p*	η^2
ICAS	183.051	.000	.938	111.070	.000	.907	64.984	.000	.093
IP	100.382	.000	.940	59.430	.000	.903	22.973	.000	.097
ISA	169.689	.000	.959	94.958	.000	.854	46.486	.000	.146
CUM	71.344	.000	.963	39.312	.000	.840	15.476	.000	.160
ETS	117.854	.000	.866	103.733	.000	.986	4.358	.038	.014
ISAS	156.024	.000	.841	147.228	.000	.995	2.473	.117	.005
SC	164.635	.000	.825	167.274	.000	.998	0.845	.359	.002
SV	102.739	.000	.865	84.562	.000	.987	3.717	.055	.013
SI	75.796	.000	.855	77.181	.000	.991	2.152	.144	.009
IAPS									
AA	101.641	.000	.939	66.649	.000	.905	16.558	.000	.095
ANA	110.866	.000	.923	70.448	.000	.933	14.014	.000	.067

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *F* = ANOVAS com medições repetidas; η^2 = Dimensão do efeito Eta^2; M1 = Momento 1 (pré-teste); M2 = Momento 2 (pós-teste imediato); M3 = Momento 3 (pós-teste de seguimento); ICAS = Valor total do Inventário de Crenças sobre Atos Suicidas; IP = Impossibilidade de prevenção; ISA = Inexistência de sinais de alerta; CUM = Causalidade unimodal; ETS = Evitamento da temática suicida. ISAS – Valor total do Inventário de Sinais de Alerta para Atos Suicidas; SC – Sinais comportamentais; SV = Sinais verbais; SI = Sinais de isolamento; IAPS = Inventário de Atitudes em Relação à Prevenção de Atos Suicidas; AA = Atitudes adaptativas; ANA = Atitudes não-adaptativas.
* p < .05; ** p < .01; *** p < .001.

A leitura da Tabela 75 evidencia que, entre o momento 1 (pré-teste) e momento 2 (pós-teste imediato) existiram diferenças significativas nos resultados do grupo experimental em todas as variáveis em estudo, nomeadamente falsas-crenças, sinais de alerta e atitudes. A dimensão do efeito, inferida através do Eta^2, pode ser classificada como muito elevada.

Os resultados nas variáveis, entre os momentos 1 e 3 (pós-teste de seguimento), mantiveram diferenças significativas, sendo a dimensão do efeito também elevada.

A comparação dos dados obtidos entre os momentos 2 e 3 permite assinalar que nas falsas-crenças (ICAS) e nas atitudes (IAPS) as diferenças são significativas, porém o mesmo não se verifica nos sinais de alerta. No valor total das falsas-crenças e nas subescalas IP, ISA e CUM assim como nas AA e ANA, a dimensão do efeito é considerada média, enquanto na subescala ETS é reduzida.

Tomando este conjunto de resultados, percebe-se que a ação de sensibilização teve efeitos no grupo experimental imediatamente após a sua aplicação e que os mesmos parecem manter-se no momento de seguimento, tendo como referência o primeiro momento.

No que respeita ao grupo de controlo, a análise de variância entre os três momentos é apresentada na tabela seguinte (Tabela 76).

Tabela 76
Análise de Variância (ANOVAS) com Medições Repetidas entre os Três Momentos no Grupo de Controlo (n = 300)

	M1 *vs*. M2			M1 *vs*. M3			M2 *vs*. M3		
	F	*p*	η^2	*F*	*p*	η^2	*F*	*p*	η^2
ICAS	.358	.550	.735	1.046	.307	.989	.004	.948	.011
IP	.721	.397	.905	.046	.830	.045	.649	.421	.955
ISA	1.552	.214	.967	.324	.569	.176	.965	.327	.824

	M1 *vs*. M2			M1 *vs*. M3			M2 *vs*. M3		
	F	*p*	η^2	*F*	*p*	η^2	*F*	*p*	η^2
CUM	.001	.969	.002	1.439	.231	.518	1.271	.260	.482
ETS	2.436	.120	.991	.553	.458	.317	1.521	.219	.683
ISAS	.018	.893	.036	.847	.358	.594	.946	.332	.406
SC	2.600	.108	.999	.988	.321	.574	1.224	.270	.426
SV	1.921	.167	.729	.034	.854	.001	5.410	.021	.990
SI	.283	.595	.211	.738	.391	.258	3.184	.075	.742
IAPS									
AA	.208	.649	.723	.441	.507	.983	.006	.941	.017
AP	.020	.886	.020	2.006	.158	.569	2.044	.154	.431

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *F* = ANOVAS com medições repetidas; η^2 = Dimensão do efeito Eta^2; M1 = Momento 1 (pré-teste); M2 = Momento 2 (pós-teste imediato); M3 = Momento 3 (pós-teste de seguimento); ICAS = Valor total do Inventário de Crenças sobre Atos Suicidas; IP = Impossibilidade de prevenção; ISA = Inexistência de sinais de alerta; CUM = Causalidade unimodal; ETS = Evitamento da temática suicida. ISAS – Valor total do Inventário de Sinais de Alerta para Atos Suicidas; SC – Sinais comportamentais; SV = Sinais verbais; SI = Sinais de isolamento; IAPS = Inventário de Atitudes em Relação à Prevenção de Atos Suicidas; AA = Atitudes adaptativas; ANA = Atitudes não-adaptativas.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Os dados obtidos permitem notar que não existiram diferenças significativas entre os três momentos em nenhuma das variáveis avaliadas, quando comparados entre si. É de salientar a exceção da subescala SV que registou uma diferença significativa entre o momento 2 e o momento 3, sendo que a pontuação foi mais elevada no momento 3 (*M* = 3.42; *DP* = .610 *vs*. *M* = 3.47; *DP* = .670). Provavelmente, o facto de preencherem o ISAS nos momentos anteriores contribuiu para uma maior consciencialização acerca dos sinais de alerta, uma vez que este grupo não participou na ação de sensibilização

A evolução dos resultados em cada variável, do primeiro para o segundo momento e deste para o terceiro, em cada um dos grupos, pode ser observada nas figuras que se seguem.

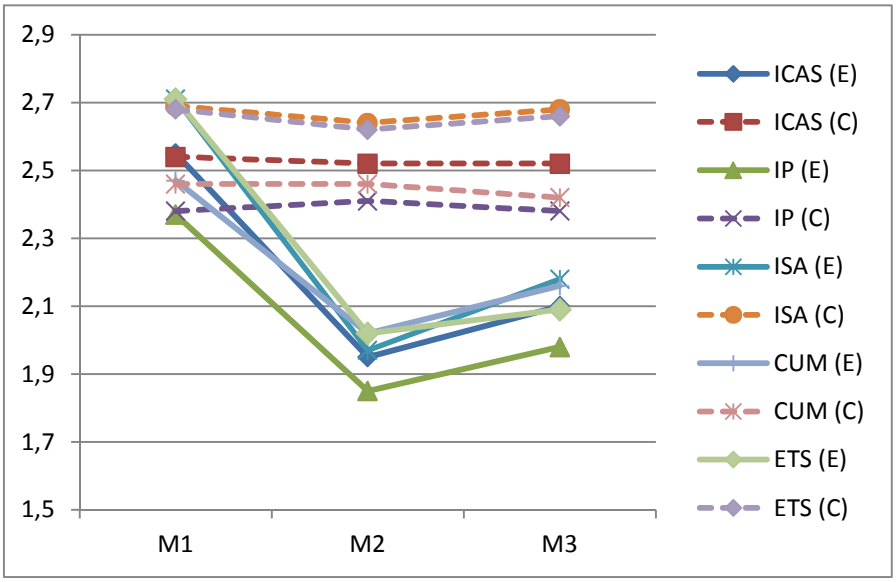


Figura 8. Análise de variância com medições repetidas entre os três momentos, em ambos os grupos, no ICAS

No ICAS pode observar-se que, no grupo experimental, do primeiro para o segundo momento houve uma diminuição do grau de concordância com as falsas-crenças, quer no valor total, quer nas subescalas do ICAS. No entanto, do segundo para o terceiro momento o grau de concordância voltou a aumentar (Figura 8), ainda que as diferenças em relação ao primeiro se mantenham significativas e de dimensão elevada, como consta da Tabela 75.

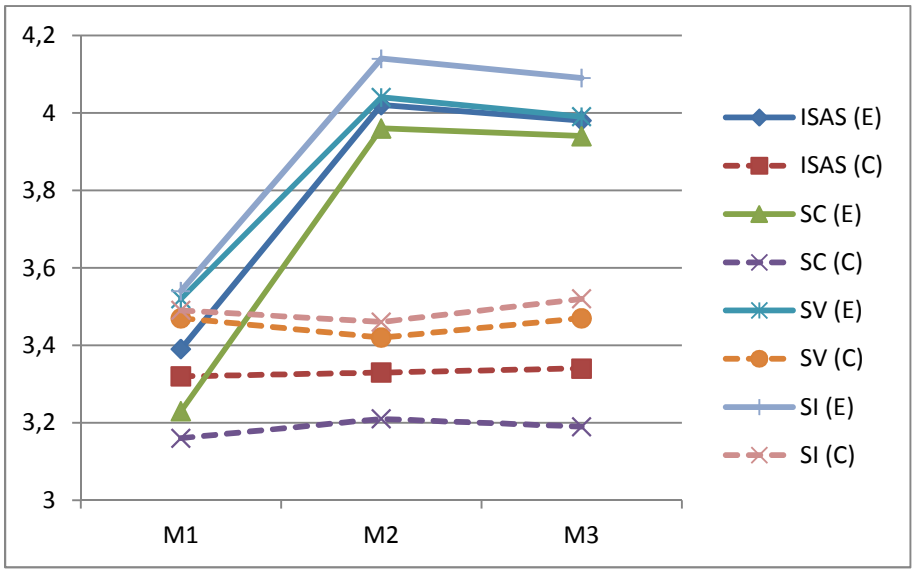


Figura 9. Análise de variância com medições repetidas entre os três momentos, em ambos os grupos, no ISAS

A observação da Figura 9 no que respeita ao grupo experimental, permite identificar um aumento do grau de concordância com os sinais de alerta (ISAS) do primeiro para o segundo momento, quer no valor total, quer nas subescalas. Quando analisamos a evolução do segundo para o terceiro momento, notamos uma diminuição do reconhecimento dos mesmos, embora esses valores continuem a ser superiores aos do momento inicial. Como já foi referido essas diferenças são significativas e de dimensão elevada.

Em relação ao grupo de controlo, as retas apresentam poucas oscilações, o que traduz a ausência de diferenças significativas entre as variáveis ao longo dos três momentos, à exceção dos SV, como identificado previamente.

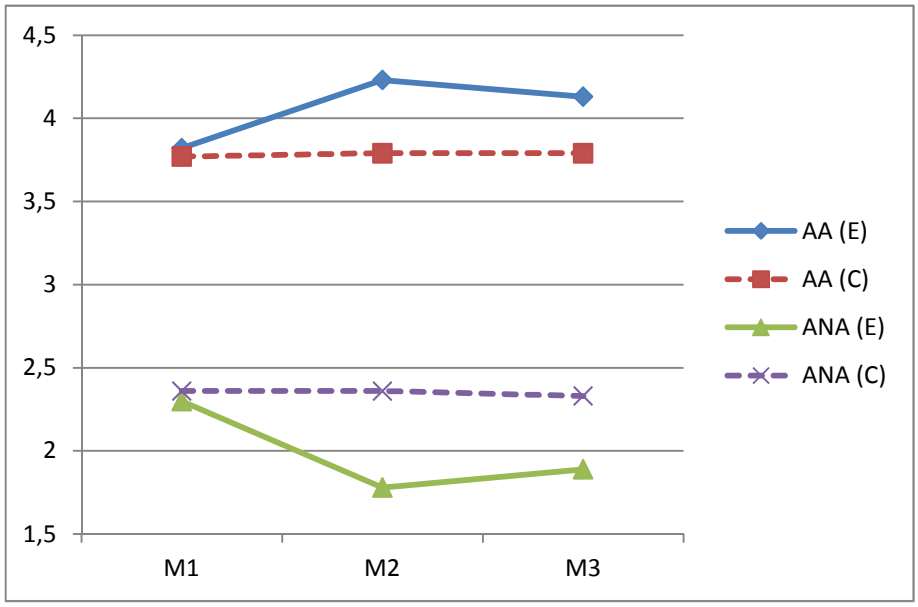


Figura 10. Análise de variância com medições repetidas entre os três momentos, em ambos os grupos, no IAPS

A ilustração da evolução das atitudes entre os três momentos está ilustrada na Figura 10. No grupo experimental é evidente um aumento das atitudes adaptativas do primeiro para o segundo momento, seguido de uma diminuição no terceiro. Nas atitudes não-adaptativas, o padrão de evolução é inverso, i.e., houve uma diminuição do primeiro para o segundo momento e um aumento deste para o terceiro.

No grupo de controlo, as oscilações ao longo dos momentos são pouco expressivas e não significativas do ponto de vista estatístico, como observado na Tabela 76.

Este conjunto de resultados indica que o grupo experimental parece beneficiar da ação de sensibilização, uma vez que o grau de concordância com os sinais de alerta e as atitudes adaptativas aumenta e com as falsas-crenças e as atitudes não-adaptativas diminui imediatamente após a intervenção. No entanto, decorrido um mês após a ação, a evolução dos resultados inverte-se, embora permaneçam diferenças significativas em relação ao primeiro momento.

9.4.6. Diferenças nos Resultados Obtidos nas Falsas-Crenças (ICAS), Sinais de Alerta (ISAS) e Atitudes (IAPS) em Função das Variáveis Pessoais, Fatores de Risco e de Proteção

Terminada a análise inter e intra-grupos dos resultados nas falsas-crenças (ICAS), sinais de alerta (ISAS) e atitudes (IAPS) referentes à amostra global, na seção anterior, procurámos verificar se em função das variáveis pessoais se registaram diferenças significativas na evolução dos mesmos.

Tabela 77
Análise da Influência das Variáveis Pessoais no Efeito da Ação de Sensibilização Sobre as Variáveis Falsas-Crenças (ICAS), Sinais de Alerta (ISAS) e Atitudes (IAPS) nos Três Momentos

Variáveis pessoais		Variáveis dos ICAS, ISAS, IAPS	*Mean rank*			χ^2	*p*
			M1	M2	M3		
Sexo	Sexo masculino	ICAS	2.58	1.49	1.93	54.424	.000
		ISAS	1.45	2.44	2.11	47.383	.000
		IAPS-AA	1.50	2.38	2.12	39.427	.000
		IAPS-ANA	2.56	1.53	1.91	52.006	.000
	Sexo feminino	ICAS	2.78	1.27	1.95	143.107	.000
		ISAS	1.34	2.43	2.23	84.716	.000
		IAPS-AA	1.51	2.47	2.02	59.872	.000
		IAPS-ANA	2.60	1.51	1.89	78.941	.000
História de problemas psicológicos	Sim	ICAS	2.44	1.60	1.97	11.607	.003
		ISAS	1.84	2.23	1.94	2.600	.273
		IAPS-AA	1.69	2.27	2.03	5.687	.058
		IAPS-ANA	2.63	1.73	1.65	19.607	.000

Variáveis pessoais		Variáveis dos ICAS, ISAS, IAPS	*Mean rank*			χ^2	*p*
			M1	M2	M3		
	Não	ICAS	2.32	1.74	1.95	87.480	.000
		ISAS	1.72	2.17	2.12	60.801	.000
		IAPS-AA	1.79	2.17	2.05	39.922	.000
		IAPS-ANA	2.24	1.82	1.94	46.383	.000
História de comportamentos autolesivos	Sim	ICAS	2.33	1.69	1.98	24.111	.000
		ISAS	1.74	2.10	2.16	12.368	.002
		IAPS-AA	1.75	2.26	1.99	15.710	.000
		IAPS-ANA	2.34	1.77	1.89	21.660	.000
	Não	ICAS	2.32	1.74	1.94	74.291	.000
		ISAS	1.72	2.19	2.09	50.604	.000
		IAPS-AA	1.79	2.15	2.06	30.985	.000
		IAPS-ANA	2.24	1.83	1.93	37.992	.000
História de atos suicidas	Sim	ICAS	2.43	1.57	2.00	11.062	.004
		ISAS	1.72	2.16	2.12	3.357	.187
		IAPS-AA	1.88	2.16	1.97	1.256	.535
		IAPS-ANA	2.41	1.71	1.88	8.385	.015
	Não	ICAS	3.32	1.74	1.94	88.073	.000
		ISAS	1.73	2.17	2.10	58.486	.000
		IAPS-AA	1.77	2.17	2.05	44.317	.000
		IAPS-ANA	2.25	1.82	1.93	51.069	.000
História familiar de atos suicidas	Sim	ICAS	2.46	1.66	1.88	84.845	.000
		ISAS	1.66	2.22	2.12	18.446	.000
		IAPS-AA	1.86	2.11	2.03	3.346	.188
		IAPS-ANA	2.31	1.72	1.97	18.182	.000
	Não	ICAS	2.29	1.74	1.96	66.544	.000
		ISAS	1.74	2.16	2.10	44.286	.000
		IAPS-AA	1.76	2.19	2.05	43.305	.000
		IAPS-ANA	2.25	1.84	1.91	41.734	.000
História de suicídios em amigos ou pessoas próximas	Sim	ICAS	2.35	1.77	1.88	33.033	.000
		ISAS	1.75	2.12	2.13	15.447	.000
		IAPS-AA	1.82	2.11	2.06	8.377	.015
		IAPS-ANA	2.24	1.83	1.93	15.447	.000

Variáveis pessoais		Variáveis dos ICAS, ISAS, IAPS	*Mean rank*			χ^2	*p*
			M1	M2	M3		
	Não	ICAS	2.31	1.71	1.98	66.654	.000
		ISAS	1.71	2.19	2.09	47.426	.000
		IAPS-AA	1.76	2.20	2.04	38.181	.015
		IAPS-ANA	2.27	1.81	1.92	42.956	.000
História de ajuda psicológica	Sim	ICAS	2.27	1.75	1.97	7.385	.025
		ISAS	1.85	2.01	2.14	2.142	.343
		IAPS-AA	1.91	2.10	1.99	.989	.610
		IAPS-ANA	2.33	1.70	1.97	11.189	.004
	Não	ICAS	2.33	1.72	1.95	90.804	.000
		ISAS	1.71	2.18	2.10	61.425	.000
		IAPS-AA	1.77	2.18	2.05	44.767	.000
		IAPS-ANA	2.25	1.83	1.92	49.414	.000

Nota. χ^2 = Teste Friedman; ICAS = Valor total do Inventário de Crenças sobre Atos Suicidas; IP = Impossibilidade de prevenção; ISA = Inexistência de sinais de alerta; CUM = Causalidade unimodal; ETS = Evitamento da temática suicida. ISAS – Valor total do Inventário de Sinais de Alerta para Atos Suicidas; SC – Sinais comportamentais; SV = Sinais verbais; SI = Sinais de isolamento; IAPS = Inventário de Atitudes em Relação à Prevenção de Atos Suicidas; AA = Atitudes adaptativas; ANA = Atitudes não-adaptativas.

Após aturada observação da Tabela 77, constatou-se que o sexo masculino e o sexo feminino registaram diferenças significativas, ao longo dos três momentos de avaliação, em todas as variáveis em estudo.

Os indivíduos sem história de perturbações psicológicas também apresentaram diferenças significativas em todas as variáveis ao longo dos três momentos. Constatou-se, porém, que os jovens que já tiveram uma perturbação psicológica não registam diferenças significativas ao nível dos sinais de alerta, nem das atitudes adaptativas. Como se pode observar em relação aos sinais de alerta, quem já teve um problema psicológico regista uma menor evolução do primeiro para o segundo momento (Δ = .39) do que quem não teve (Δ = .45). Do segundo para o terceiro momento, quem já teve um problema desse tipo apresentou um decréscimo maior (Δ = -.29) comparativamente a quem não teve (Δ = -.05). Pelo contrário, no que respeita às atitudes adaptativas, o grupo com historial de problemas psicológicos, no primeiro momento, pontuou mais baixo (*Mean rank* = 1.69) e evoluiu mais do primeiro para o segundo momento (Δ = .58) do que o grupo sem esses problemas (Δ = .38). Do segundo para o terceiro momento, registou-se um decréscimo

maior no grupo com problemas psicológicos (Δ = -.24) do que no outro grupo (Δ = -.12). Contudo, a ausência dessas diferenças significativas no grupo com problemas psicológicos (χ^2 = 5.687, *gl* = 2, *p* = .58) pode dever-se à aquisição de conhecimentos no segundo momento e consequente perda dos mesmos no terceiro.

Em relação à história de atos suicidas, tanto quem que já cometeu esse tipo de atos, como quem nunca o fez, registou diferenças estatisticamente significativas nas variáveis ao longo dos três momentos. Foram exceção os Sinais de alerta e as Atitudes adaptativas no grupo que já cometeu esses atos. Todavia, embora as diferenças não sejam significativas relativamente aos sinais de alerta (χ_2 = 3.357, *gl* = 2, *p* = .187) e às Atitudes adaptativas (χ^2 = 1.256, *gl* = 2, *p* = .535) pode observar-se que o diferencial entre o primeiro e segundo momento é superior ao do segundo para o terceiro, o que denota que houve uma parte dos conhecimentos adquiridos que se mantiveram.

No que respeita à história de atos suicidas na família, quer os indivíduos que assinalaram a opção *sim*, quer os que selecionaram a categoria *não*, obtiveram resultados de alterações significativas, nos três momentos avaliados. Somente na variável das Atitudes adaptativas é que essas diferenças não foram notadas. A análise da tabela revela que quem já teve estes casos na família tem uma maior pontuação nas atitudes adaptativas no momento inicial e embora se note uma evolução positiva para o segundo momento, a mesma decresce no terceiro.

No que respeita à história de comportamentos autolesivos, à história de suicídio em amigos ou pessoas próximas e à história de ajuda psicológica, em ambas as categorias – *sim* e *não* –, verificaram-se diferenças significativas ao longo dos três momentos avaliados.

Após a análise dos resultados nas falsas-crenças, sinais de alerta e atitudes adaptativas e não-adaptativas nos três momentos em função das variáveis pessoais, procurámos também medir uma eventual influência dos fatores de risco e de proteção (ideação suicida, desesperança, acontecimentos de vida negativos e razões para viver) nesses mesmos resultados.

Para esse efeito, foram desenvolvidas ANCOVAS com medidas repetidas. No fator de medidas repetidas (*Within-Subject Factor*) entraram sucessivamente as medidas ICAS, ISAS e IAPS, com três níveis (pré-teste, pós-teste imediato e pós-teste de seguimento), enquanto os fatores de risco e de proteção entraram como covariáveis. Como

procedimento prévio às análises, as covariáveis foram transformadas em valores *Z*, de acordo com as sugestões de van Breukelen e van Dijk (2007).

Tabela 78
*Análise da Influência dos Fatores de Risco e Protetores (QIS, EH, IAVN, RFL-A) no Efeito da Ação de Sensibilização sobre as Variáveis Falsas-Crenças (ICAS), Sinais de Alerta (ISAS) e Atitudes (IAPS) – Teste do Efeito da Interação Fator Within Subject * Covariável ANCOVAS com Medidas Repetidas e Respetiva Magnitude do Efeito*

		M1 *vs*. M2			M1 *vs*. M3			M2 *vs*. M3		
		F	*p*	η^2	*F*	*p*	η^2	*F*	*p*	η^2
ICAS	QIS	3.413	.066	.751	4.157	.043	.995	.104	.747	.005
	IAVN	6.057	.015	.998	1.866	.173	.581	6.886	.009	.419
IP	IAVN	16.288	.000	.995	5.352	.022	.644	9.420	.002	.356
SV	EH	2.960	.087	.616	5.128	.025	.952	.795	.374	.048
SI	QIS	.348	.556	.321	.392	.532	.192	4.916	.028	.808

Nota. Apenas se apresentam os resultados com $p < .05$. *F* = ANOVAS com medições repetidas; η^2 = Dimensão do efeito Eta^2; M1 = Momento 1 (pré-teste); M2 = Momento 2 (pós-teste imediato); M3 = Momento 3 (pós-teste de seguimento); ICAS = Valor total do Inventário de Crenças sobre Atos Suicidas; IP = Impossibilidade de prevenção; SV = Sinais verbais; SI = Sinais de isolamento.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

A análise da Tabela 78, mostra que os níveis de ideação suicida tiveram influência nos resultados do valor total do ICAS entre o primeiro e o terceiro momentos, sendo que os valores no terceiro momento foram significativamente inferiores ($M_{diferença}$ = .450, p = .000).

A vivência de acontecimentos negativos (IAVN), por sua vez, influenciou os resultados no valor total das falsas-crenças, entre o primeiro e o segundo momentos e entre este e o terceiro. A diferença dos valores médios emparelhados obteve um valor positivo, do primeiro para o segundo momentos ($M_{diferença}$ = .595, p = .041), e um valor negativo do segundo momento para o terceiro ($M_{diferença}$ = -.144, p = .018).

Os acontecimentos negativos mostraram ter influência sobre a subescala IP, no mesmo sentido, entre os momentos 1 e 2 ($M_{diferença}$ = .526, p = .048), 1 e 3 ($M_{diferença}$ = .396, p = .048) e 2 e 3 ($M_{diferença}$ = -.130, p = .027).

Os valores na desesperança tiveram uma influência significativa sobre a subescala SV, entre o primeiro e o terceiro momentos, sendo que, no primeiro momento, o grau de concordância com esta subescala foi superior ao do terceiro ($M_{diferença}$ = -.461, p = .049).

A ideação suicida mostrou ainda influenciar os resultados na subescala SI. Entre o segundo e o terceiro momentos, constatou-se que o grau de concordância com os sinais de isolamento aumentou ($M_{diferença}$ = -.544, p = .000).

Nenhum dos fatores de risco e protetores influenciou os resultados no IAPS.

9.4.7. Comparação dos Resultados nas Variáveis Psicológicas Antes e Após a Ação de Sensibilização

No sentido de verificar se ocorreram alterações nas variáveis psicológicas após a ação de sensibilização, foram avaliados os níveis de ideação suicida, desesperança e razões para viver, no momento pré-teste e no momento pós-teste de seguimento.

Tabela 79
Resultados nas Variáveis Psicológicas em Função dos Momentos Um e Três

	M1		M3			
Variáveis psicológicas	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*r*	*t*
Ideação suicida (QIS)	16.47	22.715	16.30	20.654	.87***	.329
Desesperança (BHS)	4.32	3.205	4.29	3.257	.79***	.357
Razões para Viver (RFL-A)	4.64	.758	4.60	.826	.69***	1.550

Nota. *N = 300. M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *r* = Coeficientes de correlação de Pearson entre os dois momentos de avaliação; *t* = Teste *t* de Student para amostras emparelhadas; M1 = Momento 1 (pré-teste); M3 = Momento 3 (pós-teste de seguimento).
* p < .05; ** p < .01; *** p < .001.

A análise da Tabela 79 permite constatar que as diferenças registadas entre o primeiro e o terceiro momentos na ideação suicida, na desesperança e nas razões para viver não foram significativas do ponto de vista estatístico. Observa-se ainda uma correlação positiva e de intensidade moderada a forte, entre os dois momentos nas variáveis em estudo.

9.5. Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo avaliar o impacto de uma ação de sensibilização para a prevenção dos atos suicidas em contexto escolar. Para esse efeito foi desenvolvido um estudo *quasi*-experimental, em que dois grupos de adolescentes – grupo

experimental e de controlo – preencheram o mesmo conjunto de instrumentos em três momentos distintos – pré-teste, pós-teste imediato e pós-teste de seguimento – mas apenas os adolescentes do grupo experimental participaram na ação de sensibilização. Após a revisão da literatura e de acordo com os recursos disponíveis, desenvolvemos uma ação psicoeducacional, no âmbito da prevenção primária, que incluiu como principais temáticas as falsas-crenças, os sinais de alerta e as atitudes em relação a um par suicida.

No momento pré-teste, os valores médios da amostra global nas falsas-crenças (valor total do ICAS) foram relativamente abaixo do ponto intermédio da escala de resposta, sugerindo que os jovens tendem a discordar das falsas-crenças que lhe foram apresentadas. Ainda assim os valores médios encontram-se bastantes distantes de zero, sendo que este seria o valor ideal por corresponder à total discordância com as falsas-crenças.

No que respeita às subescalas do ICAS, a Inexistência de sinais de alerta (ISA) e o Evitamento da temática suicida (ETS) foram o subtipo de falsas-crenças que alcançaram a maior concordância por parte dos jovens, o que se pode dever, respetivamente, ao escasso conhecimento que têm sobre o assunto e à forma como habitualmente o tema é abordado e/ou evitado, no seio da comunidade onde estão inseridos. A maior concordância com estas falsas-crenças sobre a ausência de sinais de alerta e sobre a "proibição" do tema suicídio pode representar um alerta para uma abordagem mais perspicaz das mesmas no âmbito das ações de sensibilização, uma vez que ambas podem ser sérios entraves à prevenção do suicídio (T. Joiner, 2010).

Embora os jovens tivessem registado uma concordância superior com a subescala Inexistência de sinais de alerta do que com as outras do ICAS, como suprarreferido, paradoxalmente quando confrontados com cada um dos potenciais sinais de alerta no ISAS tendem a concordar com o risco associado aos mesmos. Os valores médios, no entanto, não são muito elevados, o máximo foi 3.51 (*DP* = .803) na subescala sinais de isolamento, significando que o grau de reconhecimento dos sinais de alerta poderá ainda ser melhorado.

No que respeita às atitudes, a subescala atitudes adaptativas recebeu um maior grau de concordância por parte dos jovens, do que a subescala atitudes não-adaptativas, o que representa um resultado desejável à prevenção. No entanto, os valores não correspondem aos extremos da escala de resposta e poderão, de certa forma, estar relacionados com a desejabilidade social inerente aos diferentes tipos de atitudes.

Globalmente, pode constatar-se que os indivíduos tendem a discordar ligeiramente com as falsas-crenças assim como com as atitudes não-adaptativas e a concordar com os sinais de alerta bem como com as atitudes adaptativas. Apesar destes resultados não serem desfavoráveis à prevenção dos atos suicidas, seria desejável que, por um lado, o grau de concordância com as falsas-crenças e as atitudes não-adaptativas diminuísse e, por outro, o grau de concordância com os sinais de alerta e as atitudes adaptativas aumentasse. Esta pretensão tem subjacente o facto de os valores médios não serem muito extremados e tal como documenta a literatura, quanto maior o grau de conhecimentos e atitudes adaptativas maior será a predisposição para a prevenção (e.g., Aseltine et al., 2007; Cigularov et al., 2008; Walker et al., 2009; Zenere & Lazarus, 2009).

Conhecidos os resultados nas variáveis falsas-crenças, sinais de alerta e atitudes na amostra global, foi nosso intento explorar esses resultados em função de variáveis pessoais, como o sexo, a história de perturbações psicológicas, comportamentos autolesivos, atos suicidas e pedidos de ajuda.

O sexo masculino regista um grau de concordância superior com a existência de causas simples e únicas na explicação dos atos suicidas e com as atitudes não-adaptativas. Estes resultados poderão, respetivamente, indicar um menor conhecimento dos rapazes sobre a diversidade de fatores que contribuem para os atos suicidas, bem como a tendência para adotarem modos menos adequados para lidar com situações de risco suicida dos pares. Noutros estudos, também se constatou que os rapazes têm menor intenção de pedir ajuda quando vivenciam problemas de saúde mental (Biddle et al., 2004; D. Rickwood et al., 2005). Parece assim que, nos rapazes, o denominador comum poderá ser a falta de estratégias de *coping* adequadas para lidar com situações problemáticas, quer do próprio, quer dos seus pares.

A maior concordância das raparigas, comparativamente aos rapazes, com os sinais de isolamento pode justificar-se pelo facto de estas perante situações de mal-estar intenso optarem tendencialmente por comportamentos internalizantes, como é o caso do isolamento (Sprinthall & Collins, 2008).

Os jovens que já realizaram comportamentos autolesivos demonstram uma maior concordância com as falsas-crenças em geral e com a impossibilidade de prevenção em particular, bem como com as atitudes não-adaptativas. Os mesmos indivíduos concordam em menor grau com as atitudes adaptativas do que aqueles que nunca cometeram atos autolesivos. Embora estes dados não permitam aferir o sentido desta relação, pode

pressupor-se que a prevalência de falsas-crenças – sobretudo as relacionadas com a fatalidade inevitável dos atos suicidas e a incapacidade de terceiros intervirem preventivamente – assim como a ausência de estratégias adequadas para atuar em situações de risco, dos outros e, possivelmente, também do risco do próprio, poderão facilitar a adoção de comportamentos autolesivos. Isto é, comportamentos intencionalmente não-fatais (DGS, 2013), mas que representam uma forma menos adequada de lidar com situações problemáticas, o que vai igualmente ao encontro do menor acordo que manifestam em relação às atitudes adaptativas. Estas atitudes, medidas pelo IAPS, dizem respeito à ajuda a pares suicidas, contudo, é de esperar que possam também refletir o modo como o jovem lidaria com o seu próprio risco.

A história de atos suicidas do próprio, por sua vez, parece contribuir para tornar os jovens mais sensibilizados para os sinais de alerta em geral, bem como para os sinais comportamentais e de isolamento, provavelmente porque os reconhecem mais facilmente. A ausência de diferenças estatisticamente significativas em relação aos sinais verbais, apesar de os reconhecerem melhor do que quem não realizou um ato suicida, pode dever-se ao facto de o grau de visibilidade destes sinais ser mais variável de acordo com as características de personalidade dos jovens, como por exemplo a introversão e a extroversão (e.g., T. Ellis & Newman, 1996; Nelson & Galas, 2006).

Embora a história de atos suicidas do próprio pareça sensibilizar os indivíduos para os sinais de alerta, o mesmo não acontece com a história de suicídio na família. Por um lado, não se obtiveram diferenças com significado estatístico no reconhecimento de sinais de alerta em função da história familiar de suicídio. Por outro lado, quem assumiu esse historial concordou mais fortemente com a inexistência desses sinais. Dado o contacto direto ou o conhecimento de um caso de suicídio na família poder-se-iam esperar resultados diferentes. Contudo, como se tratam de adolescentes que, provavelmente não estiveram diretamente envolvidos no processo e ato suicida desse(s) familiar(es), poderão ter tomado conhecimento da sua ocorrência apenas através das narrativas familiares. Estes relatos, para ocultar os sentimentos de culpa e vergonha, tão frequentes nos enlutados por suicídio (Dunne & Dunne-Maxim, 2009), poderão ter retratado a morte como inevitável, sem a expressão prévia de quaisquer sinais que alertassem para a necessidade da intervenção de terceiros.

No que respeita aos resultados em função da história de suicídio em amigos ou pessoas próximas, pode supor-se que essa experiência poderá ter contribuído para a ideia de que o suicídio é um problema complexo, resultante de múltiplas causas. Poderá

também ter contribuído para um melhor reconhecimento de possíveis sinais de isolamento, manifestados pelos indivíduos suicidas assim como para o reconhecimento de atitudes que melhor poderão prevenir o suicídio.

A perda de um amigo por suicídio é sempre uma experiência bastante negativa, que induz à procura ativa do "porquê", das causas, do que poderia ter sido identificado e do que poderia ter sido feito de forma a evitar esse desfecho (e.g., Capuzzi, 2009; Sampaio, 2002; Saraiva, 2006a).

A receção de ajuda psicológica no passado leva a uma maior concordância com os sinais comportamentais, comparativamente com quem nunca a rececionou, o que poderá dever-se a uma maior consciencialização para as manifestações visíveis de mal-estar psicológico.

Após a análise dos resultados nas variáveis em estudo – falsas-crenças, sinais de alerta e atitudes – na amostra global e em função das variáveis pessoais, interessou-nos conhecer a evolução das mesmas após a ação de sensibilização para a prevenção dos atos suicidas. No entanto, impôs-se a necessidade de perceber previamente se os grupos em causa – experimental e de controlo – eram homogéneos, antes de qualquer intervenção.

A comparação destes dois grupos no que respeita à distribuição das variáveis medidas pelos ICAS, ISAS e IAPS assim como a idade e o sexo, não mostrou diferenças significativas entre os mesmos, o que permite garantir a comparabilidade dos grupos. Estes resultados asseguram ainda a validade interna do estudo, na medida em que quaisquer alterações, nas fases seguintes, verificadas no grupo experimental poderão ser devidas às manipulações entretanto introduzidas (Almeida & Freire, 2008).

Estavam assim reunidas as condições para podermos comparar os resultados nas variáveis em estudo, quer entre os grupos em cada um dos momentos (inter-grupos), quer de cada grupo ao longo dos três momentos (intra-grupos).

Os resultados decorrentes das análises inter-grupos no momento pós-teste imediato indicam diferenças significativas em todas as variáveis estudadas. O grupo experimental obteve valores médios significativamente mais baixos nas falsas-crenças (ICAS) e nas atitudes não-adaptativas do IAPS, comparativamente ao grupo de controlo. No grupo experimental, ainda por comparação com o grupo de controlo, registaram-se valores mais elevados e igualmente significativos nos sinais de alerta (ISAS) e nas atitudes adaptativas do IAPS.

Os resultados das análises intra-grupos no grupo experimental sugerem que a ação de sensibilização desencadeou mudanças nas variáveis ao longo do tempo, uma vez que

existem diferenças com significado estatístico do momento pré-teste para os momentos pós-teste imediato e pós-teste de seguimento, sendo a dimensão do efeito elevada entre ambas as comparações.

Quando se procurou perceber o sentido dessas diferenças, verificou-se que, entre o primeiro e o segundo momentos, assim como entre o primeiro e o terceiro, o grau de concordância com as falsas-crenças e com as atitudes não-adaptativas diminuiu. Em relação aos sinais de alerta e às atitudes adaptativas, o grau de concordância aumentou.

Estes resultados parecem, assim, ir ao encontro dos objetivos formulados para a ação de sensibilização para os atos suicidas, sobretudo entre o primeiro e o segundo momentos, mas também na fase de seguimento, pois ainda que se verifique uma perda das noções adquiridas do segundo para o terceiro momento, quando se compara este último com o primeiro continua a existir uma diferença significativa no sentido desejável.

Os resultados decorrentes desta ação de sensibilização corroboram outras que também consideraram estas variáveis. Com as devidas diferenças, relacionadas com as características das ações e dos instrumentos de medida, outras investigações também mostraram um melhor esclarecimento sobre as falsas-crenças (e.g., Chávez-Hernández et al., 2008), um maior reconhecimento de sinais de alerta (Kalafat & Elias, 1994; Walker et al., 2009) e uma maior sensibilização para as atitudes adaptativas, em detrimento das não-adaptativas, quer na prestação de ajuda imediata, quer no encaminhamento para os serviços competentes (e.g., Aseltine et al., 2007; Ciffone, 2007; Kalafat & Elias, 1994; Portzky & van Heeringen, 2006).

Todavia, os resultados evidenciam que a evolução registada nos conhecimentos, acerca das falsas-crenças e dos sinais de alerta, e das atitudes do primeiro para o segundo momento, tende a inverter-se do segundo para o terceiro, sendo que apenas nos sinais de alerta não se notaram diferenças significativas, sugerindo a menor perda dos conhecimentos adquiridos nesta variável.

As perdas ocorridas podem dever-se à influência do tempo sobre os processos mnésicos agudizada pela natureza pontual da ação. Além disso, o facto de a segunda avaliação ter lugar imediatamente após o término da ação, pode também ter potenciado resultados mais desejáveis, diretamente influenciados pela mesma e sem um intervalo temporal para a reflexão sobre os seus conteúdos. De qualquer forma, constata-se que, após um mês, os resultados ainda permanecem no sentido desejável, embora se possa expectar que com o passar do tempo, mantendo-se a mesma tendência, estes possam igualar os níveis iniciais.

Apesar desta perda da concordância com conhecimentos e atitudes desejáveis, no momento de seguimento, pode considerar-se que, globalmente, a evolução dos resultados sugere que a ação, ainda que de curta duração, foi eficaz. O aumento do número de sessões contribuiria possivelmente para uma melhor manutenção dos ganhos registados imediatamente após a participação na ação.

Assim sendo, os resultados obtidos confirmam a primeira parte da nossa hipótese inicial: a ação de sensibilização foi capaz de induzir alterações no sentido desejável no grau de concordância com as falsas-crenças, os sinais de alerta e as atitudes. Contudo, a segunda parte da hipótese é apenas parcialmente suportada, uma vez que os resultados não se mantêm completamente iguais do momento imediatamente após a ação para o momento de seguimento, embora apresentem diferenças significativas quando comparados ao momento inicial.

Terminada a análise da evolução positiva e negativa dos resultados na amostra global, procurou-se analisar os resultados da ação de sensibilização em função de cada uma das variáveis pessoais, sexo e história de perturbações psicológicas, comportamentos autolesivos, atos suicidas, assim como ajuda psicológica.

A ação de sensibilização parece ter tido impacto, quer no sexo masculino, quer no sexo feminino. A evolução nos resultados foi similar à da amostra global, i.e., registaram-se resultados desejáveis do primeiro para o segundo momento e entre o primeiro e o terceiro, sendo que entre o segundo e o terceiro se registou alguma perda dos conhecimentos e atitudes adquiridos.

No que respeita à história de problemas psicológicos, pode referir-se que quem já teve um problema registou um maior grau de concordância com os sinais de alerta, porém evoluiu menos do primeiro para o segundo momento e decresceu mais do segundo para o terceiro, do que quem não teve esses problemas. O facto de as diferenças não serem significativas no grupo que tem historial deste tipo de problemas, poderá dever-se a uma menor valorização da ação de sensibilização, uma vez que inicialmente já apresentava uma maior concordância com estes sinais. No grupo que nunca teve estes problemas, talvez a temática dos sinais de alerta tivesse representado uma maior novidade e, por isso, retiveram melhor os conteúdos imediatamente após a ação e “perderam” menos no período de seguimento, o que se traduziu em resultados estatisticamente significativos.

No que respeita às atitudes adaptativas, o grupo com historial de problemas psicológicos também não apresentou diferenças significativas ao longo dos momentos, o

que pode ser explicado pelo facto de se registar uma grande evolução quer do primeiro para o segundo momento, quer do segundo para o terceiro, mas em sentidos opostos. Ou seja, este grupo, que inicialmente tinha uma menor concordância com as atitudes adaptativas do que o grupo sem historial de problemas psicológicos, aumentou e diminuiu o grau de concordância com as mesmas. Talvez se possa retirar como ilação que os indivíduos com problemas psicológicos carecem, de uma forma mais contínua, da promoção de atitudes adaptativas, do que aqueles que não os têm, pois tendem a perdê-las mais rapidamente, sendo, provavelmente, menos capazes de prestar ajuda a terceiros em caso de risco suicida. Contudo, em todas as outras variáveis, tanto quem tem esse historial, como quem não tem, obteve diferenças significativas ao longo dos três momentos.

Os indivíduos que já cometeram atos suicidas, assim como aqueles que nunca realizaram estes atos, apresentaram igualmente diferenças significativas em todas as variáveis em estudo, exceto nos sinais de alerta e nas atitudes adaptativas, pelo grupo que tem historial de atos suicidas. Apesar de as diferenças não serem significativas, constatou-se que o grau de concordância tanto com os sinais de alerta, como com as atitudes adaptativas aumentou do primeiro para o segundo momento, embora deste para o terceiro tivesse diminuído. É ainda de realçar que, no momento inicial, o grupo com história de suicídio apresenta maior concordância com as atitudes adaptativas e que do segundo para o terceiro momento regista uma menor perda dessas mesmas atitudes, comparativamente ao grupo que nunca realizou estes atos. Assim, poder-se-á referir que os indivíduos com história de suicídio tendem a concordar mais com a adoção de atitudes adaptativas face a um par suicida e retêm essas atitudes após a ação de sensibilização.

No que respeita à história familiar de suicídios, em todas as variáveis registaram-se diferenças significativas ao longo dos três momentos. Foram exceção as atitudes adaptativas que à partida foram mais elevadas no grupo com este historial, do que no grupo sem o mesmo, sendo que no decurso dos momentos aumentaram do primeiro para o segundo e regrediram no terceiro para um grau próximo do inicial. Estes dados podem significar que os indivíduos com esta experiência na família já desenvolveram previamente um grau mais elevado de atitudes adaptativas que mantêm ao longo do tempo, embora este tivesse sido reforçado imediatamente após a ação.

Embora não existam dados na literatura acerca da influência dos fatores de risco e de proteção sobre as variáveis em estudo, optámos por explorá-las na expectativa de

poder contribuir para um conhecimento mais aprofundado da ação destes fatores nas falsas-crenças, sinais de alerta e atitudes.

Os resultados evidenciaram que os níveis de ideação suicida influenciam os resultados obtidos nas falsas-crenças, entre o primeiro e o terceiro momentos, sendo que a diferença foi de sinal positivo. Este resultado evidencia que a ideação suicida está associada a uma maior discordância das falsas-crenças no terceiro momento, possivelmente porque os indivíduos com este problema sustêm melhor os conhecimentos anteriormente adquiridos acerca desta temática.

Os acontecimentos de vida negativos também influenciam os resultados do valor total das falsas-crenças (ICAS) e da subescala impossibilidade de prevenção (IP) do primeiro para o segundo momento e deste para o terceiro. Constata-se que os jovens que já vivenciaram este tipo de acontecimentos diminuem mais o grau de concordância com as falsas-crenças entre os dois momentos iniciais, embora aumentem entre os últimos dois momentos. Na subescala IP, a diferença entre o segundo e o terceiro momentos também foi significativa, no sentido da diminuição da concordância com a mesma. Pode assim supor-se que, embora a influência registada se desvaneça no momento de seguimento, a história de acontecimentos negativos parece predispor os jovens a um melhor esclarecimento sobre as falsas-crenças decorrente da ação de sensibilização.

A desesperança mostra apenas ter influência no grau de concordância com os sinais verbais, entre o primeiro e o último momentos. Parece que maiores níveis de desesperança correspondem a um maior reconhecimento dos sinais verbais para os atos suicidas. No mesmo sentido, também se constata que a ideação suicida influencia o aumento da concordância com os sinais de isolamento do primeiro para o segundo momento. Provavelmente, o facto de ter desesperança e ideação suicida aumenta a probabilidade dos indivíduos concordarem com os referidos sinais de alerta.

Com o objetivo de assinalar eventuais efeitos negativos ou positivos decorrentes da abordagem da temática suicida nas variáveis psicológicas, foram controlados os níveis de ideação suicida, desesperança e razões para viver no pré-teste e no pós-teste de seguimento. Os resultados foram consonantes com a literatura defensora da ausência de efeitos negativos (M. S. Gould et al., 2005; Van Orden et al., 2006), uma vez que não se registaram diferenças significativas nos níveis de ideação suicida nem de desesperança; a ação de sensibilização também não teve qualquer efeito positivo sobre as razões para viver.

Apesar do rigor metodológico implementado, formando um grupo experimental e um grupo de controlo e repetindo as avaliações em três momentos, a investigação assume algumas limitações que poderão ter interferido nos resultados. Pode referir-se, nomeadamente, o facto de o impacto da ação de sensibilização ter sido avaliado por instrumentos desenvolvidos especificamente para esse fim, ainda que todo o processo de construção dos mesmos tivesse sido pautado pelo rigor e imparcialidade, expostos nos estudos três, quatro e cinco da presente investigação; o segundo momento ocorreu imediatamente após a ação, não permitindo a maturação dos conteúdos abordados pelos alunos e, por último, a possibilidade do processo de seleção das turmas para o grupo experimental e para o grupo de controlo não ter sido completamente aleatório. Apercebemos, em conversações informais com os professores, que as turmas encaminhadas para a ação de sensibilização eram normalmente as que tinham melhor comportamento e rendimento académico, de forma a evitar os distúrbios causados pelas turmas mais problemáticas. Importa ainda referir a dificuldade em comparar os resultados do presente estudo com outros desenvolvidos previamente, pelo facto de a ação e os instrumentos de avaliação não terem sido aplicados anteriormente.

A ação de sensibilização desenvolvida pode ser considerada como um estudo-piloto, a melhorar em próximas iniciativas, uma vez que, por um lado, foi concebida devido ao facto de não existirem outras similares mas, por outro, as suas características (e.g., duração) foram condicionadas pelos recursos disponíveis para a presente investigação.

Assim sendo, sugerimos que em próximas aplicações da ação se possa aprofundar e, eventualmente, alargar os conteúdos programáticos ao longo de várias sessões, contemplar um maior período de seguimento e diversificar a metodologia pedagógica (e.g., introduzir um filme), de modo a que os resultados se tornem mais duradouros no tempo. Além disso, será pertinente envolver toda a comunidade educativa, controlar o acesso aos serviços de saúde mental da escola e da comunidade antes e após a implementação da ação, bem como aplicar a ação de sensibilização ao grupo de controlo, após terminadas todas as avaliações.

Como síntese final, importa sublinhar que, por um lado, os adolescentes parecem beneficiar do efeito da ação de sensibilização para a prevenção dos atos suicidas e, por outro, a ação não teve consequências negativas nas variáveis psicológicas controladas.

"Quando se fala com alguém, vive-se.
Mesmo quando se morre, não se morre sozinho"
(Sampaio, 2002, p. 252).

Conclusão

O presente trabalho incidiu sobre duas áreas cruciais no estudo dos atos suicidas, nomeadamente a vulnerabilidade e a prevenção.

A revisão da literatura desenvolvida no âmbito do enquadramento teórico colocou em evidência que, sobretudo no decurso do século XX, emergiu um interesse pela compreensão dos fatores psicológicos que tornam os indivíduos mais vulneráveis à realização de atos suicidas. Atendendo à complexidade do fenómeno suicídio foram formuladas teorias explicativas da vulnerabilidade pelas mais diversas áreas do saber (e.g., Beck et al., 1997; Durkheim, 1897/2001; Freud, 1917/2003). Contudo, um dos mais influentes suicidologistas mundiais veio reiterar, já no final do século passado, que apesar do suicídio ter uma natureza multidimensional, a sua verdadeira essência é psicológica (Shneidman, 1993).

No âmbito da perspetiva psicológica, a maioria das investigações têm-se focado no estudo dos fatores que aumentam a probabilidade do indivíduo se envolver em comportamentos da esfera suicidária. Somente nas últimas três décadas se assistiu a um redirecionamento do interesse para os fatores que poderiam tornar o ato suicida menos provável, ainda que existissem fatores de risco (e.g., Linehan et al., 1983). Isto é, fatores protetores que, para além de apresentarem *per se* uma capacidade preventiva, têm a função de atenuar o efeito dos fatores de risco (Gutierrez & Osman, 2008). Os fatores protetores não podem, assim, ser simplesmente considerados a ausência ou a oposição aos fatores de risco (A. L. Beautrais, 2003a; A. Berman et al., 2006), o que tem implicações no estudo da vulnerabilidade em relação aos atos suicidas.

Face ao exposto, na primeira componente da investigação, que consistiu em analisar a vulnerabilidade em relação aos atos suicidas, entendemos ser necessário avaliar fatores de risco e de proteção.

A literatura e, mais especificamente, os modelos explicativos do suicídio, enunciam múltiplos fatores que podem contribuir para a eclosão do mesmo (Cruz, 2006; Wenzel & Beck, 2008; Yang & Clum, 1996). Como fatores de risco mais comuns pode referir-se a

vivência de acontecimentos de vida negativos e a desesperança. Relativamente aos fatores protetores psicológicos pode assinalar-se, por exemplo, a autoestima e a satisfação com o suporte social. Considerando que se procurou estudar a vulnerabilidade em adolescentes, surgiu como igualmente importante o estudo das razões para viver, uma vez que têm sido empiricamente associadas à não-adoção de atos suicidas na adolescência (Gutierrez & Osman, 2008).

Deste modo, para avaliar o contributo diferencial e conjunto de cada um destes fatores de risco e de proteção na explicação da ideação suicida – na qualidade de marcador primário de futuros atos suicidas (Ferreira & Castela, 1999; Reynolds, 1991) – foi necessário o estudo prévio de um instrumento para avaliar as razões para viver em adolescentes, dado que em Portugal não existia nenhum instrumento para esse efeito.

O primeiro estudo consistiu assim na análise das características da versão portuguesa do *Reasons for Living Inventory for Adolescents* (RFL-A) de Osman et al. (1998). As análises exploratórias e confirmatórias sugerem que a estrutura interna da versão portuguesa do RFL-A é composta por cinco dimensões (aliança familiar, medo do suicídio, otimismo sobre o futuro, aceitação e suporte pelos pares, autoaceitação), semelhantes às da versão original, porém os índices de ajustamento aos dados são mais satisfatórios numa solução de 31 itens do que na solução original de 32 itens. O RFL-A demonstrou também ter níveis adequados de fiabilidade e de validade, o que permite a sua aplicação aos adolescentes portugueses.

O segundo estudo, que diz respeito à vulnerabilidade em relação aos atos suicidas, permitiu chegar às seguintes conclusões: (a) a desesperança e os acontecimentos de vida negativos representam efetivamente fatores de risco para a ideação suicida e as razões para viver, a autoestima e a satisfação com o suporte social desempenham a função de fatores protetores; (b) quer os fatores de risco, quer os fatores protetores, de forma independente, explicam cerca de um terço dos níveis de ideação suicida; (c) o conjunto dos fatores de risco e de proteção explicam cerca de 40% dos níveis de ideação suicida e (d) coexiste uma influência direta dos acontecimentos de vida negativos nos níveis de ideação suicida com uma influência mediada por fatores psicológicos.

Estes dados permitiram clarificar a relação entre as variáveis em estudo, bem como a capacidade preditiva das mesmas. Alertam ainda para a importância de considerar a avaliação destes fatores de risco e de proteção no âmbito de protocolos de rastreio do risco de atos suicidas, assim como de intervenções terapêuticas para esta problemática.

A segunda componente do presente trabalho incidiu sobre uma área mais recente na Suicidologia – a prevenção.

À semelhança do que ocorreu no contexto dos problemas de saúde em geral (Caplan, 1964), também em relação ao suicídio se começou a perceber a importância de desenvolver ações preventivas prévias à ocorrência dos atos suicidas e dirigidas a toda a população, o que corresponde a estratégias de prevenção primária (Anderson & Jenkins, 2009; A. Berman et al., 2006; Waldvogel et al., 2008; Wasserman & Durkee, 2009).

Neste nível de prevenção, pelos próprios pressupostos que lhe são inerentes – como é o caso de ser dirigida a toda a população independentemente do seu grau de risco – as ações implicam grandes investimentos financeiros, recursos humanos e de tempo e nem sempre os resultados têm sido avaliados. Entre as diferentes estratégias de prevenção primária que podem ser desenvolvidas, salientam-se as ações psicoeducacionais, cuja relação custo-eficácia parece ser promissora e os resultados têm sido mais imediatos e consistentes (A. Berman et al., 2006; D. N. Miller et al., 2009; Waldvogel et al., 2008; Wasserman & Durkee, 2009).

Dada a relevância dos atos suicidas, dos comportamentos autolesivos e sobretudo da ideação suicida na adolescência, como refere o PNPS em Portugal (DGS, 2013), urge o desenvolvimento de ações de prevenção nesta fase do desenvolvimento, sendo o contexto escolar o mais propício para as mesmas (Henriques & Soeiro, 2006; Pompili et al., 2011).

Neste seguimento, propusemo-nos conceber, implementar e medir o impacto de uma ação de sensibilização para a prevenção dos atos suicidas em adolescentes através de uma abordagem psicoeducacional, o que exigiu previamente a definição dos parâmetros de avaliação.

A construção dos três instrumentos resultou da necessidade de compreender as características que a literatura aponta como sendo fundamentais na predisposição para a prevenção do suicídio. Essas características são as falsas-crenças, os sinais de alerta e as atitudes em relação à prevenção.

No âmbito do terceiro estudo foi desenvolvido o Inventário de Crenças sobre Atos Suicidas (ICAS). A revisão da literatura permitiu aglutinar as falsas-crenças que interferem na prevenção do suicídio em quatro dimensões teóricas: inexistência de sinais de alerta, impossibilidade de prevenção, evitamento da temática suicida e causalidade unimodal dos atos suicidas (e.g., Barrero, 2005; Capuzzi, 2009; Chávez-Hernández et al., 2008; T. Joiner, 2010; King, 1999; D. N. Miller & Eckert, 2009; D. N. Miller et al.,

1999). Para cada uma destas dimensões foi elaborado um conjunto de itens que, por sua vez, deu origem à versão inicial do ICAS.

O ICAS foi submetido a uma diversidade de análises qualitativas e quantitativas – validade de conteúdo, estrutura interna, fiabilidade e validade – que procuraram aferir as suas propriedades psicométricas.

A organização teórica inicial do ICAS foi, globalmente, mantida após as análises estatísticas, embora tenha sido necessário eliminar alguns itens com características menos adequadas. Da versão final constam 22 itens agrupados em quatro fatores estatísticos que explicam uma percentagem razoável da variância total. Esta solução de 22 itens cumpre os critérios de qualidade ao nível da análise fatorial exploratória e confirmatória, revelando um ajustamento muito bom aos dados. O ICAS tem também uma boa fiabilidade, garantida pelos valores de consistência interna e de estabilidade temporal. No que respeita à validade, encontraram-se resultados satisfatórios ao nível da validade convergente, apesar de dois fatores apresentarem valores apenas marginalmente satisfatórios, da validade discriminante e da validade concorrente. Pode, assim, concluir-se que o ICAS reúne características psicométricas satisfatórias.

A pertinência dos conteúdos teóricos, aliada à qualidade estatística, eleva o ICAS à categoria de um instrumento bastante promissor no contexto da prevenção primária em meio escolar.

O quarto estudo consistiu em desenvolver o Inventário de Sinais de Alerta para Atos Suicidas (ISAS) e estudar as suas propriedades psicométricas. A revisão da literatura permitiu inventariar um elevado número de sinais de alerta que, pela sua diversidade e possível conjugação, entendemos compilar numa medida unidimensional. No entanto, as análises fatoriais exploratórias e confirmatórias proporcionaram soluções multifatoriais. A análise dos critérios de fiabilidade e de validade indica que o modelo trifatorial (23 itens) é aquele que reúne melhores propriedades psicométricas e que melhor cumpre os objetivos teóricos deste instrumento. O ISAS permite assim avaliar três tipos de sinais de alerta: comportamentais, verbais e de isolamento.

É ainda de referir que o modelo de dois fatores (15 itens) também registou boas propriedades psicométricas, embora o facto de incluir somente 15 itens o torne teoricamente menos interessante. No entanto, caso se pretenda uma aplicação rápida do ISAS restrita a sinais comportamentais e verbais, esta versão reduzida poderá representar uma solução adequada.

No quinto estudo foi construído o Inventário de Atitudes em Relação à Prevenção de Atos Suicidas (IAPS) para avaliar o tipo de atitudes que os adolescentes tencionam adotar em relação a um hipotético colega em risco de suicídio. Após a revisão da literatura foram identificadas as atitudes que parecem ser mais e menos adequadas para enfrentar uma crise suicida de um colega (Capuzzi, 2009; Nelson & Galas, 2006; Wilson & Deane, 2010). As análises fatoriais exploratórias e confirmatórias proporcionaram uma solução bifatorial com 26 itens, organizados em atitudes adaptativas e não-adaptativas. O instrumento cumpre os critérios de fiabilidade e de validade.

A construção destes inventários poderá representar o colmatar de uma lacuna na área da avaliação psicológica e da Suicidologia nos adolescentes, como é assinalada por vários autores (Haynes et al., 1995; Osman et al., 1999), além de ser, concomitantemente, um suporte para a avaliação do impacto da ação de sensibilização implementada nas escolas.

Por último, no sexto estudo foi avaliado o impacto da referida ação de sensibilização para a prevenção dos atos suicidas em adolescentes. A ação de sensibilização teve como principais objetivos esclarecer as falsas-crenças que representam uma barreira à prevenção, aumentar o reconhecimento dos sinais de alerta e promover atitudes adaptativas em relação aos pares em risco suicida. Recorremos a um desenho *quasi*-experimental – com um grupo experimental e outro de controlo – e longitudinal, que incluiu a avaliação dos adolescentes em três momentos diferentes: pré-teste, pós-teste imediato e pós-teste de seguimento.

No pré-teste não se verificaram diferenças significativas entre os grupos nas variáveis em estudo, sendo que ambos os grupos apresentaram graus de concordância medianos com as falsas-crenças, sinais de alerta e atitudes. A ação de sensibilização procurou, assim, que os adolescentes adquirissem posições mais adequadas e definidas em relação aos conteúdos abordados.

Imediatamente após a ação, no grupo experimental registaram-se diferenças significativas em relação ao momento pré-teste, bem como relativamente ao grupo de controlo. Ainda no grupo experimental, entre o pré-teste e o pós-teste de seguimento as diferenças mantiveram-se significativas, embora a magnitude do efeito fosse menor do que entre os dois primeiros momentos. No pós-teste de seguimento, as diferenças entre grupo experimental e controlo mantiveram-se significativas. No entanto, no grupo experimental, entre o pós-teste imediato e o pós-teste de seguimento, registaram-se

diferenças nas variáveis em estudo, exceto nos sinais de alerta, que sugerem a perda parcial de conhecimentos e atitudes adquiridas na ação.

Globalmente, os jovens parecem ter beneficiado da ação de sensibilização, pois apesar das perdas registadas no período de seguimento, continuam a registar-se ganhos comparativamente ao momento inicial.

Deste modo, pensamos que foi importante termos demonstrado que através de uma intervenção relativamente breve e com recursos limitados conseguimos fomentar mudanças desejáveis nas dimensões avaliadas. Com efeito, pressupomos que contribuímos para que os adolescentes se tornassem mais predispostos para a prevenção dos atos suicidas.

Na generalidade, para alcançar os objetivos formulados, a presente investigação integrou diferentes metodologias, nomeadamente estudos correlacionais, psicométricos e *quasi*-experimentais. Deste modo, foi possível, por um lado, conhecer a influência diferencial de fatores de risco e proteção na vulnerabilidade em relação aos atos suicidas e, por outro, aprofundar os conhecimentos na área da prevenção, quer através do desenvolvimento de instrumentos psicométricos, quer da ação de sensibilização implementada. Dada a importância de dispor de instrumentos psicométricos adaptados para a língua portuguesa, consideramos ter prestado um contributo satisfatório para a área da avaliação psicológica, ao disponibilizarmos o estudo da versão portuguesa do RFL-A e a criação dos inventários ICAS, ISAS e IAPS para a avaliar, de forma multidimensional, falsas-crenças, sinais de alerta e atitudes, respetivamente.

As limitações e potencialidades foram explicitadas em cada um dos estudos; todavia, globalmente pode-se salientar alguns aspetos que poderão ser um ponto de partida para futuras investigações.

Em estudos futuros, as amostras de adolescentes poderão ser representativas da população portuguesa adolescente e poderão ser comparadas com amostras da população clínica; poderão ser incluídos mais fatores de risco e de proteção no estudo da vulnerabilidade; os instrumentos construídos poderão ser aplicados noutras amostras, de forma a explorar a reprodutibilidade dos resultados obtidos e estabelecer dados normativos; a ação de sensibilização para a prevenção poderá igualmente ser reforçada com mais conteúdos programáticos, maior número de sessões, metodologias mais diversificadas, maior período de seguimento bem como complementada com plataformas

online devidamente capacitadas para reforçar a divulgação dos conteúdos e prestar ajuda imediata perante solicitações dos jovens.

Além disso, poder-se-á complementar esta ação com outras estratégias de prevenção dirigidas a toda a comunidade escolar – e em particular aos professores que podem ter um papel essencial na deteção de jovens em risco, mas normalmente não recebem formação para esse efeito (e.g., MacDonald, 2004) – aos encarregados de educação e a outros porteiros sociais (e.g., Henriques & Soeiro, 2006; Lake & Gould, 2011; D. N. Miller, 2011).

Os efeitos positivos das estratégias de prevenção na escola poderão ainda ser potenciados se estas forem articuladas com os serviços de saúde locais, regionais e nacionais (e.g., Anderson & Jenkins, 2009; OMS, 2012). Neste nível, seria igualmente importante controlar o número de pedidos de ajuda e consultas por ideação suicida pré e pós-ações de prevenção, bem como criar um registo oficial da ocorrência de comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio. Deste modo, poder-se-ia estabelecer a relação entre a eficácia das estratégias de prevenção e a ocorrência de atos suicidas, procurando estabelecer tendências epidemiológicas, o que é recorrentemente apontado como uma dificuldade nas avaliações de eficácia (e.g., Hawton & Van Heeringen, 2006; Titelman & Wasserman, 2009). Importa, por último, referir que o apoio das políticas governamentais é essencial para a prevenção do suicídio (DGS, 2013; OMS, 2012). No ano letivo 2013/2014, será mais uma vez implementado o programa +Contig☺, nas escolas portuguesas. Pela primeira vez, este programa será financiado pela Direção-Geral de Saúde, o que evidencia a importância atribuída pelo governo à prevenção do suicídio nos adolescentes.

Em síntese, apesar de durante o último século se ter registado um grande avanço no campo da Suicidologia, há aspetos que ainda continuam a colocar grandes desafios, sendo essencial continuar a estabelecer pontes entre os conhecimentos teóricos e as aplicações práticas, de forma a desenvolver protocolos de prevenção eficazes.

Como referem Hoven, Tyano e Mandell (2009, p. 505), a propósito das campanhas de sensibilização "'*lighting a candle' is by no means suficient to illuminate the darkness surrounding mental illness and suicide*", mas se cada um de nós "acender uma vela", conjuntamente contribuiremos para manter a vida mais iluminada.

Referências Bibliográficas

AAS (American Association of Suicidology) (2013). IS PATH WARM? Retirado de http://www.suicidology.org/web/guest/home

Ahmadi, E. M., Amiri, M., Kordestani, D., & Nadertabar, M. (2012). Relationships between mental health, depression, resiliency, self-esteem and suicidal ideation among high school adolescents. *Psychology & Health, 27*, 269-269.

Ajdacic-Gross, V., Weiss, M. G., Ring, M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller, F., & Roessler, W. (2008). Methods of suicide: International suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization, 86*(9), 726-732. doi: 10.2471/blt.07.043489

Alexopoulos, G. S., Reynolds, C. F., III, Bruce, M. L., Katz, I. R., Raue, P. J., Mulsant, B. H., . . . Prospect, G. (2009). Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of the PROSPECT study. *American Journal of Psychiatry, 166*(8), 882-890. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08121779

Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação.* Braga: Psiquilíbrios.

Alterwain, P., Basile, H., Fränkel, D., Greif, J., Hernandez, S., & Paparamborda, M. C. (2009). Suicide prevention in South America. A serious problem - few solutions. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 835-838). New York: Oxford University Press.

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. doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.102002126.x

Anderson, M., & Jenkins, R. (2009). The role of the state and legislation in suicide prevention. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 373-380). New York: Oxford University Press.

Andriessen, K. (2006). On "intention" in the definition of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36*(5), 533-538. doi: 10.1521/suli.2006.36.5.533

Antunes, C., Sousa, M. C., Carvalho, A., Costa, M., Raimundo, F., & Lemos, E. (2006). Auto-estima e comportamentos de saúde e de risco no adolescente: Efeitos diferenciais em alunos do 7.º ao 10.º ano. *Psicologia, Saúde & Doenças, 7*(1), 117-123.

APA (American Psychiatric Association) (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-IV-TR)*. Lisboa: Climepsi Editores.

Appleby, L. (2000). Prevention of suicide in psychiatric patients. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide*. England: John Wiley & Sons Ltd.

Apter, A., & Bursztein, C. (2009). Suicide prevention in Israel. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 803-804). New York: Oxford University Press.

Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. *Bmc Psychiatry, 4*. doi: 10.1186/1471-244x-4-37

Aseltine, R. H., & DeMartino, R. (2004). An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program. *American Journal of Public Health, 94*(3), 446-451.

Aseltine, R. H., James, A., Schilling, E. A., & Glanovsky, J. (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: A replication and extension. *Bmc Public Health, 7*, 10.1186/1471-2458-7-161

Azenha, D., Alves, M., Matos, R., Santa, J. F., Silva, B., Cordeiro, C., . . . Ambrosio, A. M. (2009). Male specific association between the 5-HTR6 gene 267C/T SNP and suicide in the Portuguese population. *Neuroscience Letters, 466*(3), 128-130. doi: 10.1016/j.neulet.2009.09.040

Barker, C., Pistrang, N., & Elliot, R. (2002). *Research methods in clinical psychology*. Chichester, UK: John & Wiley.

Barker-Collo, S. L. (2001). Adult reports of child and adult attributions of blame for childhood sexual abuse: Predicting adult adjustment and suicidal behaviors in females. *Child Abuse & Neglect, 25*(10). doi: 10.1016/s0145-2134(01)00278-2

Barnes, L. S., Ikeda, R. M., & Kresnow, M. J. (2001). Help-seeking behavior prior to nearly lethal suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 32*(1), 68-75.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1173-1182.

Barrero, S. A. P. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatria, 34*(3), 386-394.

Barrero, S. A. P. (2009). Suicide prevention in Cuba. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 845-846). New York: Oxford University Press.

Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review, 97*(1), 90-113. doi: 10.1037//0033-295x.97.1.90

Beautrais, A. (2007). The contribution to suicide prevention of restricting access to methods and sites. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 28*, 1-3. doi: 10.1027/0227-5910.28.s1.1

Beautrais, A., & Gibb, S. (2009). Protecting bridges and high buildings in suicide prevention. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 563-566). New York: Oxford University Press.

Beautrais, A., & Larkin, G. L. (2009). Suicide prevention in New Zealand. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 785-790). New York: Oxford University Press.

Beautrais, A. L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34*(3), 420-436. doi: 10.1080/j.1440-1614.2000.00691.x

Beautrais, A. L. (2001). Effectiveness of barriers at suicide jumping sites: A case study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 35*(5), 557-562. doi: 10.1046/j.1440-1614.2001.00951.x

Beautrais, A. L. (2003a). Life course factors associated with suicidal behaviors in young people. *American Behavioral Scientist, 46*(9), 1137-1156. doi: 10.1177/0002764202250657

Beautrais, A. L. (2003b). Suicide and serious suicide attempts in youth: A multiple-group comparison study. *American Journal of Psychiatry, 160*(6), 1093-1099. doi: 10.1176/appi.ajp.160.6.1093

Beck, A. T., Erbaugh, J., Ward, C. H., Mock, J., & Mendelsohn, M. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*(6), 561-571.

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1996). Hopelessness and suicidal behavior *Essential papers on suicide* (pp. 331-341). New York: New York University Press.

Beck, A. T., & Lester, D. (1976). Components of suicidal intent in completed and attempted suicides. *Journal of Psychology, 92*(1), 35-38.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. São Paulo: Artmed Editora.

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology, 40*(6), 1365-1367. doi: 10.1002/1097-4679(198411)40:6<1365::aid-jclp2270400615>3.0.co;2-d

Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. (1988). Scale for Suicide Ideation - Psychometric properties of a self-report version. *Journal of Clinical Psychology, 44*(4), 499-505. doi: 10.1002/1097-4679(198807)44:4<499::aid-jclp2270440404>3.0.co;2-6

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). Measurement of pessimism: Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*(6), 861-865.

Ben-Ya'acov, Y., & Amir, M. (2004). Posttraumatic symptoms and suicide risk. *Personality and Individual Differences, 36*(6), 1257-1264. doi: 10.1016/s0191-8869(03)00003-5

Berman, A., Jobes, D., & Silverman, M. (2006). *Adolescent suicide: Assessment and intervention*. Washington: American Psychological Association.

Berman, A. L. (2009). School-based suicide prevention: Research advances and practice implications. *School Psychology Review, 38*(2), 233-238.

Berman, A. L. (2011). Perspectives in suicide research and prevention: A commentary. In M. Pompili & R. Tatarelli (Eds.), *Evidence-based practice in suicidology: A source book* (pp. 351-358). USA: Hogrefe Publishing.

Bertolote, J. M. (2004). Suicide prevention: At what level does it work? *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA), 3*(3), 147-151.

Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2009). A global perpective on the magnitude of suicide mortality. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 91-98). New York: Oxford University Press.

Bertolote, J. M., & Wasserman, D. (2009). Development of definitions of suicidal behaviours. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 87-90). New York: Oxford University Press.

Biddle, L., Gunnell, D., Sharp, D., & Donovan, J. L. (2004). Factors influencing help-seeking in mentally distressed young adults: A cross-sectional survey. *British Journal of General Practice, 54*(501), 248-253.

Blodgett, H. E., Anderson, C., Brink, M., & Johnson, W. (1969). Their beginning years - For parents and teachers of our young retarded children. *Exceptional Children, 36*(3), 218-218.

Bonner, R. L., & Rich, A. (1988). Negative life stress, social, problem-solving self-appraisal, and hopelessness: Implications for suicide research. *Cognitive Therapy and Research, 12*(6), 549-556. doi: 10.1007/bf01205009

Booth, M. L., Bernard, D., Quine, S., Kang, M. S., Usherwood, T., Alperstein, G., & Bennett, D. L. (2004). Access to health care among Australian adolescents young people's perspectives and their sociodemographic distribution. *Journal of Adolescent Health, 34*(1), 97-103. doi: 10.1016/j.jadohealth.2003.06.011

Botega, N. J., D'Oliveira, C. F. A., & Bertolote, J. M. (2009). Suicide prevention Brazil. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 841-842). New York: Oxford University Press.

Bowlby, J. (1979/1990). *Formação e rompimento dos laços afectivos*. São Paulo: Martins Fontes.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness and depression* (Vol. 3). New York: Basic Books.

Brodsky, B. S., Malone, K. M., Ellis, S. P., Dulit, R. A., & Mann, J. J. (1997). Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry, 154*(12).

Brodsky, B. S., Oquendo, M., Ellis, S. P., Haas, G. L., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2001). The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *American Journal of Psychiatry, 158*(11), 1871-1877.

Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2001). Developmental effects on suicidal behavior: The role of abuse in childhood. *Clinical Neuroscience Research, 1*(5), 331-336.

Bryan, C. J., Steiner-Pappalardo, N., & Rudd, M. D. (2009). Exposure to a mnemonic interferes with recall of suicide warning signs in a community-based suicide prevention program. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 39*(2), 194-203.

Brás, M. (2006). *O suicídio na primeira pessoa: Análise de histórias de vida de sujeitos suicidas.* (Monografia de Licenciatura), Departamento de Psicologia, Universidade do Algarve, Faro.

Brás, M. (2008). *Acontecimentos de vida negativos, padrões de vinculação e ideação suicida.* (Tese de Mestrado), Universidade do Algarve, Faro.

Brás, M., & Cruz, J. P. (2008a). Interacções entre características de personalidade e acontecimentos de vida como factores de vulnerabilidade em relação à conduta suicida. In I. Leal, J. L. Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.), *Actas do 7.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Intervenção em Psicologia e Saúde.* Lisboa: Edições Ispa.

Brás, M., & Cruz, J. P. (2008b). Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAV_N): Construção e validação numa população adulta. In A. P. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins & V. Ramalho (Eds.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos*. Braga: Psiquilíbrios Edições.

Brás, M., & Cruz, J. P. (2009). Acontecimentos de vida negativos, padrões de vinculação e ideação suicida. In S. Jesus, N. (Ed.), *Actas do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde. Experiências e Intervenções.* Faro: Universidade do Algarve.

Brás, M., & Cruz, J. P. (*in press*). Mitos e falsas-crenças sobre os atos suicidas. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e comportamentos autolesivos*. Lisboa: LIDEL.

Brás, M., Cruz, J. P., & Saraiva, C. B. (*in press*). Estratégias gerais de prevenção dos atos suicidas. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e comportamentos autolesivos*. Lisboa: LIDEL.

Brás, M., & Santos, J. C. (*in press*). Prevenção do suicídio em meio escolar. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e comportamentos autolesivos*. Lisboa: LIDEL.

Burns, J. M., & Patton, G. C. (2000). Preventive interventions for youth suicide: A risk factor-based approach. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34*(3), 388-407.

Burns, J. R., & Rapee, R. M. (2006). Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and help-seeking. *Journal of Adolescence, 29*(2), 225-239. doi: 10.1016/j.adolescence.2005.05.004

Burrows, S., & Schlebusch, L. (2009). Suicide prevention in South Africa. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 755-757). New York: Oxford University Press.

Camus, A. (1942). *Le Mythe de Sisyphe. Essai sur l'absurde.* Paris: Les Éditions Gallimard.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatric*. New York: Basic Books.

Capuzzi, D. (2009). *Suicide prevention in the schools. Guidelines for middle and high school settings*. Alexandria, VA, USA: American Counseling Association.

Carlton, P. A., & Deane, F. P. (2000). Impact of attitudes and suicidal ideation on adolescents' intentions to seek professional psychological help. *Journal of Adolescence, 23*(1), 35-45.

Chang, E. C. (2002). Predicting suicide ideation in an adolescent population: Examining the role of social problem solving as a moderator and a mediator. *Personality and Individual Differences, 32*(7), 1279-1291. doi: Pii S0191-8869(01)00118-0

Chang, E. C., Dzurilla, T. J., & Maydeuolivares, A. (1994). Assessing the dimensionality of optimism and pessimism using a multimeasure approach. *Cognitive Therapy and Research, 18*(2), 143-160. doi: 10.1007/bf02357221

Chen, Y., & Yip, P. (2009). Prevention by jumping. Experiences from Taipei City (Taiwan), Hong Kong and Singapore. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 569-571). New York: Oxford University Press.

Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2005). Personality traits and the development of depression, hopelessness, and suicide ideation. *Personality and Individual Differences, 38*(6), 1283-1291. doi: 10.1016/j.paid.2004.08.010

Chávez-Hernández, A. M., Núñez, M. C. M., & Macías-García, L. F. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud Mental, 31*(3), 197-203.

Ciarrochi, J., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Rickwood, D. (2002). Adolescents who need help the most are the least likely to seek it: The relationship between low emotional competence and low intention to seek help. *British Journal of Guidance & Counselling, 30*(2), 173-188. doi: 10.1080/03069880220128047

Ciarrochi, J., Wilson, C. J., Deane, F. P., & Rickwood, D. (2003). Do difficulties with emotions inhibit help-seeking in adolescence? The role of age and emotional competence in predicting help-seeking intentions. *Counselling Psychology Quarterly, 16*(2), 103-120.

Ciffone, J. (1993). Suicide-prevention - A classroom presentation to adolescents. *Social Work, 38*(2), 197-203.

Ciffone, J. (2007). Suicide prevention: An analysis and replication of a curriculum-based high school program. *Social Work, 52*(1), 41-49.

Cigularov, K., Chen, P. Y., Thurber, B. W., & Stallones, L. (2008). What prevents adolescents from seeking help after a suicide education program? *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38*(1), 74-86.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analisys for the behavioural sciencies* (2 ed.). New York: Academic Press.

Cole, D. A. (1989). Validation of the Reasons for Living Inventory in general and delinquente adolescente samples. *Journal of Abnormal Child Psychology, 17*(1), 13-27. doi: 10.1007/bf00910767

Committee on Adolescence (2000). Suicide and suicide attempts in adolescents.. *Pediatrics, 105*(4), 871-874.

Consulta de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (2012). *Prevenção do Suicídio*. Retirado de http://www.psiquiatria-huc.com/paginas/prevencao-do-suicidio.php

Coordenação Nacional para a Saúde Mental, C. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde.

Corruble, E., Damy, C., & Guelfi, J. D. (1999). Impulsivity: A relevant dimension in depression regarding suicide attempts? *Journal of Affective Disorders, 53*(3). doi: 10.1016/s0165-0327(98)00130-x

Cozman, D. (2009). Suicide prevention in Romania. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 807-809). New York: Oxford University Press.

Cruz, J. P. (2000). *Terapia cognitiva de los intentos de suicídio: Cambiando histórias de muerte por historias de vida.* (Tese de Doutoramento), Universidad de Sevilla, Sevilla.

Cruz, J. P. (2003). Modelo cognitivo da conduta suicida. *Studia, 5*, 193-230.

Cruz, J. P. (2006). Memórias traumáticas, autonarrativas e conduta suicida: Um ensaio terapêutico. In P. Costa, C. Pires & J. Veloso (Eds.), *Stress pós-traumático: Modelos, abordagens & práticas* (pp. 47-71). Leiria: Editorial Presença.

Davidson, M. W., & Range, L. M. (1999). Are teachers of children and young adolescents responsive to suicide prevention training modules? Yes. *Death Studies, 23*(1), 61-71.

De Leo, D. (2011). The World Health Organization: Approach to evidence-based suicide prevention. In M. Pompili & R. Tatarelli (Eds.), *Evidence-based practice in suicidology: A source book* (pp. 55-64). USA: Hogrefe Publishing.

De Leo, D., & Evans, R. (2004). *International suicide rates and prevention strategies*. Germany: Hogrefe & Huber.

De Leo, D., & Krysinska, K. (2009). Suicide prevention in Australia. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 783-784). New York: Oxford University Press.

Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2001). Suicidal ideation and help-negation: Not just hopelessness or prior help. *Journal of Clinical Psychology, 57*(7), 901-914.

DGS. (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013/2017).* Retirado de http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf.2013.

Dieserud, G., Forsén, L., Braverman, M., & Røysamb, E. (2002). Negative life events in childhood, psychological problems and suicide attempts in adulthood: A matched case-control study. *Archives of Suicide Research, 6*, 291-308.

Dobrov, E., & Thorell, L. H. (2004). "Reasons For Living" - Translation, psychometric evaluation and relationships to suicidal behaviour in a Swedish random sample. *Nordic Journal of Psychiatry, 58*(4), 277-285. doi: 10.1080/08039480410005783

Domino, G., Gibson, L., Poling, S., & Westlake, L. (1980). Students-Attitudes Towards Suicide. *Social Psychiatry, 15*(3), 127-130.

Dori, G. A., & Overholser, J. C. (1999). Depression, hopelessness, and self-esteem: Accounting for suicidality in adolescent psychiatric inpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 29*(4), 309-318.

Dunne, E. J., & Dunne-Maxim, K. (2009). Why suicide loss is different for the survivors. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 605-608). Oxford: Oxford University Press.

Durkheim, É. (1897/2001). *O suicídio. Estudo sociológico*. Lisboa: Editorial Presença.

Eckert, T. L., Miller, D. N., DuPaul, G. J., & Riley-Tillman, T. C. (2003). Adolescent suicide prevention: School psychologists' acceptability of school-based programs. *School Psychology Review, 32*(1), 57-76.

Eckert, T. L., Miller, D. N., Riley-Tillman, T. C., & DuPaul, G. J. (2006). Adolescent suicide prevention: Gender differences in students' perceptions of the acceptability and intrusiveness of school-based screening programs. *Journal of School Psychology, 44*(4), 271-285. doi: 10.1016/j.jsp.2006.05.001

Edelstein, B. A., Heisel, M. J., McKee, D. R., Martin, R. R., Koven, L. P., Duberstein, P. R., & Britton, P. C. (2009). Development and psychometric evaluation of the Reasons for Living-Older Adults Scale: A Suicide Risk Assessment Inventory. *Gerontologist, 49*(6), 736-745. doi: 10.1093/geront/gnp052

Eggert, L. L., Thompson, E. A., Herting, J. R., & Nicholas, L. J. (1995). Reducing suicide potential among high-risk youth: Tests of a school-based prevention program. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 25*(2), 276-296.

Elhai, J. D., Schweinle, W., & Anderson, S. M. (2008). Reliability and validity of the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale-Short form. *Psychiatry Research, 159*(3), 320-329. doi: 10.1016/j.psychres.2007.04.020

Eliade, M. (2000). *Mito e realidade*. São Paulo, Brasil: Editora Perspectiva.

Ellis, J. B., & Lamis, D. A. (2007). Adaptive characteristics and suicidal behavior: A gender comparison of young adults. *Death Studies, 31*(9), 845-854. doi: 10.1080/07481180701537303

Ellis, T., & Newman, C. (1996). *Choosing to live: How defeat suicide through cognitive therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Ellis, T. E. (1988). Classification of suicidal-behavior: A review and step toward integration. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 18*(4), 358-371.

Enns, M. W., Cox, B. J., Afifi, T. O., De Graaf, R., ten Have, M., & Sareen, J. (2006). Childhood adversities and risk for suicidal ideation and attempts: A longitudinal population-based study. *Psychological Medicine, 36*(12), 1769-1778. doi: 10.1017/S0033291706008646

Esposito, C., Spirito, A., Boergers, J., & Donaldson, D. (2003). Affective, behavioral, and cognitive functioning in adolescents with multiple suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 33*(4), 389-399.

Etzersdorfer, E. (2009). Suicide prevention in Germany. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 801-802). New York: Oxford University Press.

European Commission (2005). *Green paper: Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union.* Brussels, 14 de Outubro: European Commission.

European Commission (2008). *Europeau pact for mental health and well-being. EU high-level conference "Together for mental health and well-being.* Brussels, 12-13 de Junho: European Commission.

Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review, 24*(8), 957-979. doi: 10.1016/j.cpr.2004.04.005

Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2005). In what ways are adolescents who engage in self-harm or experience thoughts of self-harm different in terms of help-seeking, communication and coping strategies? *Journal of Adolescence, 28*(4), 573-587. doi: 10.1016/j.adolescence.2004.11.001

Ferrada-Noli, M., Alvarado, R., & Florenzano, F. (2009). Suicide prevention Chile. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 843-844). New York: Oxford University Press.

Ferreira, J., & Castela, M. (1999). Questionário de Ideação Suicida (QIS). In M. Simões, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 123-130). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.

Fife-Schaw, C. (2003). Quasi-experimental designs. In G. Breakwell, S. Hammond & C. Fife-Schaw (Eds.), *Research methods in Psychology* (pp. 75-87). London, UK: SAGE Publications.

Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Belfer, M., & Beautrais, A. (2005). Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: A critical examination of the evidence. *American Journal of Orthopsychiatry, 75*(4), 676-683. doi: 10.1037/0002-9432.75.4.676

Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation modeling with unobserved variables and measurement error. *Journal of Marketing Research, 18*(1), 39-50.

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: Da conceção à realidade*. Loures: Lusociência.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Fortune, S., Sinclair, J., & Hawton, K. (2008). Help-seeking before and after episodes of self-harm: A descriptive study in school pupils in England. *Bmc Public Health, 8*, doi: 10.1186/1471-2458-8-369

Fountoulakis, K. N., & Rihmer, Z. (2011). Suicide prevention programs through education in the community and in the frame of healthcare. In M. Pompili & R. Tatarelli (Eds.), *Evidence-based practice in suicidology: A source book* (pp. 153-170). USA: Hogrefe Publishing.

Freud, S. (1917/2003). Duelo y melancolia. In S. Freud (Ed.), *Freud: Obras completas* (pp. 2090-2100). Madrid: Biblioteca Nueva.

Fu, K. W., & Yip, P. S. F. (2008). Changes in reporting of suicide news after the promotion of the who media recommendations. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38*(5), 631-636. doi: 10.1521/suli.2008.38.5.631

Furr, S. R., Westefeld, J. S., McConnell, G. N., & Jenkins, J. M. (2001). Suicide and depression among college students: A decade later. *Professional Psychology-Research and Practice, 32*(1), 97-100.

Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. D., Haas, A. P., Koestner, B., Hendin, H., & Nemeroff, C. B. (2008). Depression, desesperation, and suicidal ideation in college students: Results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screning prodject at Emory University. *Depression and Anxiety, 25*, 482-488.

Garza, M. J., & Cramer, R. J. (2011). The Spanish Reasons for Living Inventory (SRFL-I): Factor structure and association with suicide risk among spanish speaking hispanics. *Archives of Suicide Research, 15*(4), 354-371. doi: 10.1080/13811118.2011.615704

Gibb, B. E., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety, 24*(4), 256-263. doi: 10.1002/da.20238

Glancey, K. G. (1997). *An adolescent version of the Reasons for Living Inventory.* Retirado de http://search.proquest.com/docview/619253698? accountid=26224 PsycINFOdatabase.

Gleitman, H. (2002). *Psicologia* (5.ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Goodwin, R. D., Beautrais, A. L., & Fergusson, D. M. (2004). Familial transmission of suicidal ideation and suicide attempts: Evidence from a general population sample. *Psychiatry Research, 126*(2), 159-165. doi: 10.1016/j.psychres.2004.02.010

Gordon, J., & Henderson, G. (2009). Suicide prevention in Scotland. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 813-815). New York: Oxford University Press.

Gordon, R. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports, 98*(2), 107-109.

Gould, M. (2011). *Evidence-based best practices in suicide prevention. School-based suicide prevention strategies: What is the evidence?* Paper presented at the 26th World Congress of the International Association for Suicide Prevention (IASP), Beijing, China.

Gould, M., & Kalafat, J. (2009). Crisis hotlines. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 459-462). New York: Oxford University Press.

Gould, M. S., Fisher, P., Parides, M., Flory, M., & Shaffer, D. (1996). Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Archives of General Psychiatry, 53*(12), 1155-1162.

Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*(4), 386-405. doi: 10.1097/01.Chi.0000046821.95464.Cf

Gould, M. S., & Kramer, R. A. (2001). Youth suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 31*(1), 6-31.

Gould, M. S., Marrocco, F. A., Kleinman, M., Thomas, J. G., Mostkoff, K., Cote, J., & Davies, M. (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: A randomized controlled trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association, 293*(13), 1635-1643.

Gould, M. S., Velting, D., Kleinman, M., Lucas, C., Thomas, J. G., & Chung, M. (2004). Teenagers' attitudes about coping strategies and help-seeking behavior for suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(9), 1124-1133. doi: 10.1097/01.chi.0000132811.06547.31

Guillon, C., & Bonniec, Y. (1990). *Suicídio: Modo de usar*. Lisboa: Antígona.

Gunnell, D., & Eddleston, M. (2003). Suicide by intentional ingestion of pesticides: A continuing tragedy in developing countries. *International Journal of Epidemiology, 32*(6), 902-909. doi: 10.1093/ije/dyg307

Guo, B., & Harstall, C. (2002). *Efficacy of suicide prevention programs for children and youth. HTA 26: Series A.* Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research.

Guo, B., & Harstall, C. (2004). For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? WHO Office for Europe (Health Evidence Network Report. Retirado de http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/74692/

E83583.pdf

Gutierrez, P. M. (2006). Integratively assessing risk and protective factors for adolescent suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36*(2), 129-135.

Gutierrez, P. M., & Osman, A. (2008). *Adolescent suicide: An integrated approach to the assessment of risk and protective factors*. Illinois: Northern Illinois University Press.

Gutierrez, P. M., & Osman, A. (2009). Getting the best return on your screening investment: An analysis of the Suicidal Ideation Questionnaire and Reynolds Adolescent Depression Scale. *School Psychology Review, 38*(2), 200-217.

Gutierrez, P. M., Osman, A., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2000). Why young people do not kill themselves: The Reasons for Living Inventory for Adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology, 29*(2), 177-187. doi: 10.1207/S15374424jccp2902_4

Haas, A., Koestner, B., Rosenberg, J., Moore, D., Garlow, S. J., Sedway, J., . . . Nemeroff, C. B. (2008). An interactive web-based method of outreach to college students at risk for suicide. *Journal of American College Health, 57*(1), 15-22.

Halbwachs, M. (1930). *Les causes du suicide.* Retirado de http://classiques.uqac.ca/classiques/Halbwachs_maurice/causes_du_suicide/halbwachs_suicide_1.pdf

Harper, K., Stalker, C. A., Palmer, S., & Gadbois, S. (2008). Adults traumatized by child abuse: What survivors need from community-based mental health professionals. *Journal of Mental Health, 17*(4), 361-374. doi: 10.1080/09638230701498366

Hawton, K. (2001). Studying survivors of nearly lethal suicide attempts: An important strategy in suicide research. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 32*(1), 76-84. doi: 10.1521/suli.32.1.5.76.24215

Hawton, K. (2010). Restriction of access to methods of suicide as a means of suicide prevention. In K. Hawton (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour. From science to practice* (pp. 279-292). New York: Oxford University Press.

Hawton, K., & van Heeringen, K. (2006). Future perspectives. In K. Hawton & K. Van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide.* England: John Wiley & Sons, Ltd.

Hawton, K., & Williams, K. (2010). Media influences on suicidal behaviour. In K. Hawton (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour. From science to practice* (pp. 293-306). New York: Oxford University Press.

Haynes, S. N., Richard, D. C. S., & Kubany, E. S. (1995). Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. *Psychological Assessment, 7*(3), 238-247. doi: 10.1037//1040-3590.7.3.238

Hegerl, U., Dietrich, S., Pfeiffer-Gerschel, T., Wittenburg, L., & Althaus, D. (2009). Education and awareness programmes for adults. Selected and multilevel approaches in suicide prevention. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 495-500). New York: Oxford University Press.

Hegerl, U., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2006). The 'European Alliance Against Depression'. *European Journal Of Public Health, 16*, 48-48.

Hegerl, U., Wittenburg, L., Arensman, E., Van Audenhove, C., Coyne, J. C., McDaid, D., . . . Bramesfeld, A. (2009). Optimizing Suicide Prevention Programs and their Implementation in Europe (OSPI Europe): An evidence-based multi-level approach. *Bmc Public Health, 9*, doi: Artn 428 Doi 10.1186/1471-2458-9-428

Hegerl, U., Wittenburg, L., & Depressi, E. A. A. (2009). The European Alliance Against Depression: A multilevel approach to the prevention of suicidal behavior. *Psychiatric Services, 60*(5), 596-599.

Hegerl, U., Wittmann, M., Arensman, E., Van Audenhove, C., Bouleau, J. H., Van der Feltz-Cornelis, C., . . . Pfeiffer-Gerschel, T. (2008). The 'European Alliance Against Depression (EAAD)': A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *World Journal of Biological Psychiatry, 9*(1), 51-58. doi: 10.1080/15622970701216681

Henriques, M. N., & Soeiro, P. (2006). Prevenção do suicídio na escola. Sugestões para a elaboração dum projecto. In B. Peixoto, C. B. Saraiva & D. Sampaio (Eds.), *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp. 447-468). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.

Heredia, M. (2010). *Psicología y comunicación visual: Estrategias para la prevención del suicídio en adolescentes.* México: Trillas.

Hernández, J. A. R., Navarro-Ruiz, J. M., Hernandez, G. T., & Gonzalez, A. R. (2005). Construction of an Attitudinal Beliefs Questionnaire Towards Suicidal Behaviour. *Psicothema, 17*(4), 684-690.

Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Turnbulldonovan, W. (1992). Perfectionism and suicide potential. *British Journal of Clinical Psychology, 31*, 181-190.

Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Weber, C. (1994). Dimensions of perfectionism and suicide ideation. *Cognitive Therapy and Research, 18*(5), 439-460. doi: 10.1007/bf02357753

Hewitt, P. L., Newton, J., Flett, G. L., & Callander, L. (1997). Perfectionism and suicide ideation in adolescent psychiatric patients. *Journal of Abnormal Child Psychology, 25*(2), 95-101. doi: 10.1023/a:1025723327188

Hill, M. M., & Hill, A. (2008). *Investigação por questionário.* Lisboa: Edições Sílabo.

Hirsch, J. K., Wolford, K., LaLonde, S. M., Brunk, L., & Parker Morris, A. (2007). Dispositional optimism as a moderator of the relationship between negative life events and suicide ideation and attempts. *Cognitive Therapy and Research, 31*(4), 533-546. doi: 10.1007/s10608-007-9151-0

Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2004). The general public's views on suicide and suicide prevention, and their perception of participating in a study on attitudes towards suicide. *Archives of Suicide Research, 8*(4), 345-359. doi: 10.1080/13811110490476725

Hock, C. B. (2009). Suicide prevention in Singapore. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 777-778). New York: Oxford University Press.

Holden, R. R., & Fekken, G. C. (1988). Test-retest reliability of the Hopelessness Scale and its items in a university population. *Journal of Clinical Psychology, 44*(1), 40-43.

Hoven, C. W., Tyano, S., & Mandell, D. (2009). Suicide awareness and mental health among youth in the community. *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 501-507). New York.: Oxford University Press.

Hume, D. (1777/2007). *Du suicide*. Retirado de http://classiques.uqac.ca/

INE. (2012). Óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente. Retirado de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001674&contexto=bd&selTab=tab2)

Innamorati, M., Pompili, M., Ferrari, V., Cavedon, G., Soccorsi, R., Aiello, S., & al., e. (2006). Psychometric properties of the Reasons for Living Inventory in Italian university students. *Individual Differences Research, 4*, 51-56.

Inoue, K., Tanii, H., Fukunaga, T., Abe, S., Nishimura, Y., Kaiya, H., . . . Okazaki, Y. (2007). Analysis of pre-suicide signs: Implications for suicide prevention. *West Indian Medical Journal, 56*(3), 312-312.

Ivanoff, A., Jang, S. J., Smyth, N. J., & Linehan, M. M. (1994). Fewer reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Brief Reasons for Living Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 16*(1), 1-13.

Jenkins, R., & Singh, B. (2000). General population strategies of suicide prevention. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 597-616). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Jesus, S. N., Vieira, L., Santos, J., Ferreira, J., & Santos, E. (2011). Psicologia Positiva e Psicologia da Saúde: Contributos para o estudo do bem-estar. In C. Teixeira (Ed.), *Comportamento e Saúde* (pp. 31-46). Lisboa: Edições ISPA.

Jobes, D. A., Berman, A. L., & Josselson, A. R. (1987). Improving the validity and reliability of medical legal certifications of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 17*(4), 310-325.

Jobes, D. A., Casey, J. O., Berman, A. L., & Wright, D. G. (1991). Empirical criteria for the determination of suicide manner of death. *Journal of Forensic Sciences, 36*(1), 244-256.

Johnson, J., Gooding, P., & Tarrier, N. (2008). Suicide risk in schizophrenia: Explanatory models and clinical implications, the schematic appraisal model of suicide (SAMS). *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice, 81*. doi: 10.1348/147608307x244996

Johnson, R. M., & Coyne-Beasley, T. (2009). Lethal means reduction: What have we learned? *Current Opinion in Pediatrics, 21*(5), 635-640. doi: 10.1097/MOP.0b013e32833057d0

Joiner, T. (2010). *Myths about suicide*. London: Harvard University Press.

Joiner, T. E. (2009). Suicide prevention in schools as viewed through the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior. *School Psychology Review, 38*(2), 244-248.

Joiner, T. E., Steer, R. A., Brown, G., Beck, A. T., Pettit, J. W., & Rudd, M. D. (2003). Worst-point suicidal plans: A dimension of suicidality predictive of past suicide attempts and eventual death by suicide. *Behaviour Research and Therapy, 41*(12), 1469-1480. doi: 10.1016/s0005-7967(03)00070-6

Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia, 166*(4), 182-186.

Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Beliefs of young people and their parents about the effectiveness of interventions for mental disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 41*(8), 656-666.

Jorm, A. F., Wright, A., & Morgan, A. J. (2007). Where to seek help for a mental disorder? National survey of the beliefs of Australian youth and their parents. *Medical Journal of Australia, 187*, 556-560.

Juhnke, G., Granello, P., & Lebrón-Striker, M., (2007). *IS PATH WARM? A suicide assessment mnemonic for counselors* (ACAPCD-09). Alexandra, VA: American Counseling Association.

Kalafat, J. (2003). School approaches to youth suicide prevention. *American Behavioral Scientist, 46*(9), 1211-1223. doi: 10.1177/0002764202250665

Kalafat, J., & Elias, M. (1994). An evaluation of a school-based suicide awareness intervention. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 24*(3), 224-233.

Kalafat, J., & Elias, M. J. (1995). Suicide-Prevention in an educational context - Broad and narrow foci. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 25*(1), 123-133.

Kalafat, J., & Gagliano, C. (1996). The use of simulations to assess the impact of an adolescent suicide response curriculum. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 26*(4), 359-364.

Kant, I. (1784/ 2011). *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Lisboa: Edições 70.

Katschnig, H., & Schrank, B. (2004). Needed infrastructure for mental health promotion and prevention. *Mental health in Europe. New challenges, new opportunities* (pp. 83-110). Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health.

Katz-Sheiban, B., & Eshet, Y. (2008). Facts and myths about suicide: A study of jewish and arab students in Israel. *Omega-Journal of Death and Dying, 57*(3), 279-298. doi: 10.2190/Om.57.3.D

Kawanishi, C., & Yoshihiro, K. (2009). Suicide prevention in Japan. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 771-772). New York: Oxford University Press.

Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia, 187*, S26-S30.

Kelly, G. A. (1963). *A theory of personality. The psychology of personal constructs.* New York: W. W. Norton & Company, Inc.

Kelly, T. M., Lynch, K. G., Donovan, J. E., & Clark, D. B. (2001). Alcohol use disorders and risk factor interactions for adolescent suicidal ideation and attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 31*(2), 181-193. doi: 10.1521/suli.31.2.181.21512

Kerby, D. S. (2003). CART analysis with unit-weighted regression to predict suicidal ideation from Big Five traits. *Personality and Individual Differences, 35*(2). doi: 10.1016/s0191-8869(02)00174-5

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions' of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 593-602.

Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry, 56*(7), 617-626. doi: 10.1001/archpsyc.56.7.617

Khan, M. M. (2009). Suicide prevention in Pakistan. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perpective* (pp. 773-775). New York: Oxford University Press.

Kidd, S. A. (2003). The need for improved operational definition of suicide attempts: Illustrations from the case of street youth. *Death Studies, 27*(5), 449-455. doi: 10.1080/07481180390208658

Kimokeo, D. (2006). *Research-based guidelines and practices for school-based suicide prevention*. New York: Teachers College, Columbia University.

King, K. A. (1999). Fifteen prevalent myths concerning adolescent suicide: Commentaries. *Journal of School Health, 69*(4), 159-161.

Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: The Guilford Press.

Kling, K. C., Hyde, J. S., Showers, C. J., & Buswell, B. N. (1999). Gender differences in self-esteem: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 125*(4), 470-500. doi: 10.1037//0033-2909.125.4.470

Koolaee, A. K., Mahmmodi, O., & Davaji, R. O. (2008). Standardization of Reasons for Living Inventory for adolescents: Diagnosis, appraisal, therapy and rehabilitation of people who attempt to suicide. *Iranian Rehabilitation Journal, 6*(7-8), 47-58.

Kralik, K. M., & Danforth, W. J. (1992). Identification of coping ideation and strategies preventing suicidality in a college-age sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 22*(2), 167-186.

Krasnov, V., & Voitsekh, V. (2009). Suicide prevention in Russia. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 811-812). New York: Oxford University Press.

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health.* Retirado de http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf

Ladwig, K., Ruf, E., Baumert, J., & Erazo, N. (2009). Prevention of metropolitan and railway suicide. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and prevention suicide: A global perspective* (pp. 589-594). New York: Oxford University Press.

Lake, A. L., & Gould, M. S. (2011). School-based strategies for youth suicide prevention. In R. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (Eds.), *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice.* West Sussex, UK.: John Wiley & Sons, Ltd.

Langhinrichsen-Rohling, J., Monson, C. M., Meyer, K. A., Caster, J., & Sanders, A. (1998). The associations among family-of-origin violence and young adults' current depressed, hopeless, suicidal, and life-threatening behavior. *Journal of Family Violence, 13*(3), 243-261.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer.

Lazear, K., Roggenbaum, S., & Blase, K. (2003). *Youth suicide prevention school-based guide: Overview*. Tampa, FL: Department of Child and Family Studies, Division of State and Local Support, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, University of South Florida.

Ledgerwood, D. (1999). Suicide and attachment: Fear of abandonment and isolation from a developmental perspective. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 29*(1), 65-73.

Lee, S. Y. (2011). Reasons for living and their moderating effects on korean adolescents' suicidal ideation. *Death Studies, 35*(8), 711-728. doi: 10.1080/07481187.2011.553316

Leenaars, A. (2009). Gun availability and control in suicide prevention. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 577- 581). New York.: Oxford University Press.

Leenaars, A., Lester, D., Baquedano, G., Cantor, C., Connolly, J. F., Ovuga, E., . . . Vijayakumar, L. (2009). Restriction of access to drugs and medications in suicide prevention. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 573-576). New York.: Oxford University Press.

Leenaars, A. A., Balance, W. D. G., Pellarin, S., Aversano, G., Magli, A., & Wenckstern, S. (1988). Facts and myths of suicide in Canada. *Death Studies, 12*(3), 195-206.

Leo, D., & Evans, R. (2004). *International suicide rates and prevention strategies*. Germany: Hogrefe & Huber.

Lessard, J. C., & Moretti, M. M. (1998). Suicidal ideation in an adolescent clinical sample: Attachment patterns and clinical implications. *Journal of Adolescence, 21*(4), 383-395.

Lester, D. (2011a). Evidence-based suicide prevention by lethal methods restriction. In M. Pompili & R. Tatarelli (Eds.), *Evidence-based practice in suicidology: A source book* (pp. 233-242). USA: Hogrefe Publishing.

Lester, D. (2011b). Where is more evidence needed? Research priorities in suicidology. In M. Pompili & R. Tatarelli (Eds.), *Evidence-based practice in suicidology: A source book* (pp. 359-369). USA: Hogrefe Publishing.

Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(2), 276-286.

Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *American Journal of Psychiatry, 159*(6), 909-916. doi: 10.1176/appi.ajp.159.6.909

Lönnqvist, J. (2009). Suicide prevention in Finland. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 793-795). New York: Oxford University Press.

MacDonald, M. G. (2004). Teachers' knowledge of facts and myths about suicide. *Psychological Reports, 95*(2), 651-656.

Mahmoudi, O., Asgari, A., Azkhosh, M., & Kolaee, A. K. (2010). Exploring the validity, reliability and standardization of adult Reasons for Living Inventory. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 16*(3), 239-247.

Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., . . . Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA - Journal of the American Medical Association, 294*(16), 2064-2074.

Mann, J. J., & Currier, D. (2011a). Evidence-based suicide prevention strategies. An overview. In M. Pompili & R. Tatarelli (Eds.), *Evidence-based practice in suicidology: A source book* (pp. 67-88). USA: Hogrefe Publishing.

Mann, J. J., & Currier, D. (2011b). Relationships of genes and early-life experience to the neurobiology of suicidal behaviour. In R. C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (Eds.), *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice* (pp. 133-150). West Sussex, UK.

Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Towards a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal Of Psychiatry, 156*, 181-189.

Marcenko, M. O., Fishman, G., & Friedman, J. (1999). Reexamining adolescent suicidal ideation: A developmental perspective applied to a diverse population. *Journal of Youth and Adolescence, 28*(1), 121-138. doi: 10.1023/a:1021628709915

Maris, R. (1992a). How are suicides different? In R. Maris, A. Berman, J. Maltsberger & R. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 65-87). New York: The Guilford Press.

Maris, R. (1992b). The relation of nonfatal suicide attempts to completed suicides. In R. Maris, A. Berman, J. Maltsberger & R. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 362-380). New York: The Guilford Press.

Martin, G., Bergen, H. A., Richardson, A. S., Roeger, L., & Allison, S. (2004). Sexual abuse and suicidality: Gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect, 28*(5), 491-503. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.08.006

Martins, M. F. (1990). *A tentativa de suicídio adolescente. Da clínica às ciências sociais e humanas*. Porto: Edições Afrontamento.

Martínez, C. (2009). Suicide prevention Argentina. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 839-840). New York: Oxford University Press.

Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais. Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.

Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. Pero Pinheiro: Report Number.

Matias, J. (2012). *Inventário de Razões para Viver: Contributos para a validação para a população não-clínica portuguesa.* (Tese de Mestrado), Escola Superior de Enfermagem, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Mayo, D. J. (1992). What is being predicted? Definitions of "suicide". In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 88-104). New York: The Guilford Press.

Mazza, J. J. (1997). School-based suicide prevention programs: Are they effective? *School Psychology Review, 26*(3), 382-396.

Mazza, J. J., & Reynolds, W. M. (1998). A longitudinal investigation of depression, hopelessness, social support, and major and minor life events and their relation to suicidal ideation in adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 28*(4), 358-374.

McKeon, R. (2009). *Suicidal behavior*. Washington, USA: Hogrefe & Huber Publishers.

McLewin, L. A., & Muller, R. T. (2006). Attachment and social support in the prediction of psychopathology among young adults with and without a history of physical maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 30*(2), 171-191. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.10.004

Meadows, L. A., Kaslow, N. J., Thompson, M. P., & Jurkovic, G. J. (2005). Protective factors against suicide attempt risk among African American women experiencing intimate partner violence. *American Journal of Community Psychology, 36*(1-2), 109-121. doi: 10.1007/s10464-005-6236-3

Mehlum, L. (2009). The International Association for Suicide Prevention. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 729-731). New York: Oxford University Press.

Melo, A., & Saraiva, C. B. (2006). Intervenção cognitivo-comportamental nos comportamentos para-suicidários. In B. Peixoto, C. B. Saraiva & D. Sampaio (Eds.), *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp. 409-422). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.

Menninger, K. (1938). *Man against himself*. New York: A Harvest/HBR Book.

Menninger, K. (1996). Psychoanalytic aspects of suicide. In J. Maltsberger & M. Goldblatt (Eds.), *Essential papers on suicide* (pp. 20-35). United States of America: New York University.

Michel, K. (2000). Suicide prevention and primary care. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 661-674). Chichester, UK.: John Wiley & Sins, LTD.

Miller, D. N. (2011). *Child and adolescent suicidal behavior. School-based prevention, assessment, and intervention*. New York: The Guildford Press.

Miller, D. N., & DuPaul, G. J. (1996). School-based prevention of adolescent suicide: Issues, obstacles, and recommendations for practice. *Journal of Emotional and behavioral Disorders, 4*(4), 221-230.

Miller, D. N., & Eckert, T. L. (2009). Youth suicidal behavior: An introduction and overview. *School Psychology Review, 38*(2), 153-167.

Miller, D. N., Eckert, T. L., DuPaul, G. J., & White, G. P. (1999). Adolescent suicide prevention: Acceptability of school-based programs among secondary school principals. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 29*(1), 72-85.

Miller, D. N., Eckert, T. L., & Mazza, J. J. (2009). Suicide prevention programs in the schools: A review and public health perspective. *School Psychology Review, 38*(2), 168-188.

Miller, J. S., Segal, D. L., & Coolidge, F. L. (2001). A comparison of suicidal thinking and reasons for living among younger and older adults. *Death Studies, 25*(4), 357-365. doi: 10.1080/07481180126250

Miller, M., Azrael, D., & Hemenway, D. (2006). Belief in the inevitability of suicide: Results from a national survey. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36*(1), 1-11.

Miller, T. R., & Taylor, D. M. (2005). Adolescent suicidality: Who will ideate, who will act? *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35*(4), 425-435.

Minois, G. (1995/1998). *História do suicídio*. Lisboa: Editorial Teorema.

Mishara, B. L., & Chagnon, F. (2011). Understanding the relationship between mental illness and suicide and the implications for suicide prevention. In R. C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (Eds.), *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice* (pp. 609-624). West Sussex, UK.: John Wiley & Sons, Ltd.

Mishara, B. L., Houle, J., & Lavoie, B. (2005). Comparison of the effects of four suicide prevention programs for family and friends of high-risk suicidal men who do not seek help themselves. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35*(3), 329-342.

Mittendorfer-Rutz, E., Rasmussen, F., & Wasserman, D. (2008). Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*(1), 28-36. doi: 10.1007/s00127-007-0266-0

Moreira, J. M. (2004). *Questionários: Teoria e prática.* Coimbra: Livraria Almedina.

Moscicki, E. K. (2001). Epidemiology of completed and attempted suicide: Toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research, 1*(5), 310-323. doi: 10.1016/s1566-2772(01)00032-9

Moskos, M. A., Achilles, J., & Gray, D. (2004). Adolescent suicide myths in the United States. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 25*(4), 176-182. doi: 10.1027/0227-5910.25.4.176

Mousavi, S., & Tallaei, H. (2004). Suicide risk, aggression and violence in major psychiatric disorders. *Journal of Research in Medical Sciences*, 23-25.

Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, D.C.: National Academies Press.

Murray, H. A. (1938/2008). *Explorations in Personality*. New York: Oxford University Press.

Nada-Raja, S., Morrison, D., & Skegg, K. (2003). A population-based study of help-seeking for self-harm in young adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37*(5), 600-605.

Narboni, V., & Soubrier, J. (2009). Suicide prevention in France. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 797-799). New york: Oxford University Press.

Nelson, R. E., & Galas, J. C. (2006). *The power to prevent suicide: A guide for teens helping teens*. Minneapolis, USA: Free Spirit Publishing.

Nordentoft, M., Branner, J., Drejer, K., Mejsholm, B., Hansen, H., & Petersson, B. (2005). Effect of a Suicide Prevention Centre for young people with suicidal behaviour in Copenhagen. *European Psychiatry, 20*(2), 121-128. doi: 10.1016/j.eurpsy.2004.09.019

Nordentoft, M., Qin, P., Helweg-Larsen, K., & Juel, K. (2007). Restrictions in means for suicide: An effective tool in preventing suicide: The Danish experience. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(6), 688-697.

NES (Núcleo de Estudos do Suicídio) (2012). *Prevenção - Núcleo de Estudos do Suicídio*. Retirado de http://www.nes.pt/

O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R., Moscicki, E., Tanney, B., & Silverman, M. (1998). Beyond the Tower of Babel - A nomenclature for suicidology. *Suicide prevention: The global context*, 23-39.

O'Connor, R. C. (2011). Toward an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. In R. C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (Eds.), *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice* (pp. 181-198). United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd.

OMS (Organização Mundial de Saúde) (1986). Working group on preventive practices in suicide and attempted suicide. Retirado de http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP_PSF_017(S).pdf

OMS (Organização Mundial de Saúde) (1990). *Consultation on strategies for reducing suicidal behaviour in the European Region. Summary report.* Geneva: OMS.

OMS (Organização Mundial de Saúde) (1998). *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. Geneva: OMS.

OMS (Organização Mundial de Saúde) (2000a). *Preventing suicide: A resource for prison officers*. Genebra: OMS, Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias.

OMS (Organização Mundial de Saúde) (2000b). *Prevenção do suicídio: Um manual para médicos clínicos gerais*. Genebra: OMS, Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias.

OMS (Organização Mundial de Saúde) (2000c). *Prevenção do suicídio: Um manual para professores e educadores*. Genebra: OMS, Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias.

OMS (Organização Mundial de Saúde) (2000d). *Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais da mídia*. Genebra: OMS, Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias.

OMS (Organização Mundial de Saúde) (2000e). *Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Genebra: OMS, Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias.

OMS (Organização Mundial de Saúde) (2002). *Multisite intervention study on suicide behaviour - SUPRE-MISS*. Genebra: OMS.

OMS (Organização Mundial de Saúde) (2005). *Mental health: Facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference.* Copenhaga: OMS.

OMS (Organização Mundial de Saúde) (2006a). *Preventing suicide at work*. Genebra: OMS, Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias.

OMS (Organização Mundial de Saúde) (2006b). *Prevenção do suicídio: Um recurso para conselheiros*: OMS, Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias.

OMS (Organização Mundial de Saúde) (2007). *Preventing suicide in jails and prisions*. Genebra: OMS, Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias.

OMS (Organização Mundial de Saúde) (2008a). *Preventing Suicide: A Resource for Media Professionals*. Genebra: OMS, Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias.

OMS (Organização Mundial de Saúde) (2008b). *Preventing suicide: How to start a survivors' group*. Genebra: OMS, Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias.

OMS (Organização Mundial de Saúde) (2009). *Preventing suicide: A resource for police, firefighters and other first line responders*. Genebra: OMS, Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias.

OMS (Organização Mundial de Saúde) (2010). *International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision (ICD-10) version for 2010* Retirado de http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en

OMS (Organização Mundial de Saúde) (2011). *Preventing suicide: A resource for suicide case registration*. Genebra: OMS, Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias.

OMS (Organização Mundial de Saúde) (2012). *Public health action for the prevention suicide: A framework*. Genebra: OMS.

OMS (Organização Mundial de Saúde) (2013a). Data and statistics. Retirado de http://www.who.int/research/en/

OMS (Organização Mundial de Saúde) (2013b). Suicide prevention (SUPRE). Retirado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

Oquendo, M. A., Baca-Garcia, E., Graver, R., Morales, M., Montalvan, V., & Mann, J. J. (2000). Spanish adaptation of the Reasons for Living Inventory. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 22*(3), 369-381. doi: 10.1177/0739986300223006

Orbach, I., & Barjoseph, H. (1993). The impact of a suicide-prevention program for adolescents on suicidal tendencies, hopelessness, ego identity, and coping. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 23*(2), 120-129.

Osman, A., Downs, W. R., Kopper, B. A., Barrios, F. X., Baker, M. T., Osman, J. R., . . . Linehan, M. M. (1998). The Reasons for Living Inventory for Adolescents (RFL-A): Development and psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology, 54*(8), 1063-1078.

Osman, A., Gregg, C. L., Osman, J. R., & Jones, K. (1992). Factor structure and reliability of the Reasons for Living Inventory. *Psychological Reports, 70*(1), 107-112. doi: 10.2466/pr0.70.1.107-112

Osman, A., Gutierrez, P. M., Barrios, F. X., Bagge, C. L., Kopper, B. A., & Linden, S. (2005). The Inventory of Suicide Orientation-30: Further validation with adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 481-497.

Osman, A., Jones, K., & Osman, J. R. (1991). The Reasons for Living Inventory: Psychometric properties. *Psychological Reports, 69*(1), 271-278. doi: 10.2466/pr0.69.5.271-278

Osman, A., Kopper, B. A., Barrios, F. X., Osman, J. R., Besett, T., & Linehan, M. M. (1996). The Brief Reasons for Living Inventory for Adolescents (BRFL-A). *Journal of Abnormal Child Psychology*, *24*(4), 433-443.

Osman, A., Kopper, B. A., Linehan, M. M., Barrios, F. X., Gutierrez, P. M., & Bagge, C. L. (1999). Validation of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire and the Reasons for Living Inventory in an adult psychiatric inpatient sample. *Psychological Assessment, 11*(2), 115-123. doi: 10.1037//1040-3590.11.2.115

Overholser, J. C., Hemstreet, A. H., Spirito, A., & Vyse, S. (1989). Suicide awareness programs in the schools: Effects of gender and personal-experience. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *28*(6), 925-930.

Ovuga, E., & Boardman, J. (2009). Suicide prevention in Uganda. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 759-761). New York: Oxford University Press.

Owens, C., Booth, N., Briscoe, M., Lawrence, C., & Lloyd, K. (2003). Suicide outside the care of mental health services: A case-controlled psychological autopsy study. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 24*(3), 113-121. doi: 10.1027//0227-5910.24.3.113

O'Donnell, L., Stueve, A., Wardlaw, D., & O'Donnell, C. (2003). Adolescent suicidality and adult support: The reach for health study of urban youth. *Am J Health Behav, 27*(6), 633-644.

Peixoto, B., & Azenha, S. (2006). Aspectos históricos, filosóficos e conceptuais do suicídio *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp. 19-54). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.

Perkins, D. F., & Hartless, G. (2002). An ecological risk-factor examination of suicide ideation and behavior of adolescents. *Journal of Adolescent Research, 17*(1), 3-26. doi: 10.1177/0743558402171001

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2009). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5.ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pettersén, R., & Vasquez, F. (2009). Suicidology and suicide prevention: A global perspective. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide*

prevention: A global perspective (pp. 847-848). New York: Oxford University Press.

Phillips, M., & Gunnell, D. (2009). Restrictions of access to pesticides in suicide prevention. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 582-587). New York: Oxford University Press.

Pinto, A., Whisman, M. A., & Conwell, Y. (1998). Reasons for living in a clinical sample of adolescents. *Journal of Adolescence, 21*(4), 397-405.

Ploeg, J., Ciliska, D., Dobbins, M., Hayward, S., Thomas, H., & Underwood, J. (1996). A systematic overview of adolescent suicide prevention programs. *Canadian Journal of Public Health-Revue Canadienne de Sante Publique, 87*(5), 319-324.

Pompili, M. (2011). Evidence-based pratice in suicidology: What we need and what we need to know. In M. Pompili & R. Tatarelli (Eds.), *Evidence-based practice in suicidology: A source book* (pp. 3-26). USA: Hogrefe Publishing.

Pompili, M., Innamorati, M., Girardi, P., Tatarelli, R., & Lester, D. (2011). Evidence-based interventions for preventing suicide in youths. In M. Pompili & R. Tatarelli (Eds.), *Evidence-based practice in suicidology: A source book* (pp.171-210). Canada: Hogrefe & Huber Publishers.

Pompili, M., Lester, D., Innamorati, M., Narciso, V., Vento, A., De Pisa, E., . . . Girardi, P. (2007). Risk-taking and reasons for living in non-clinical Italian university students. *Death Studies, 31*(8), 751-762. doi: 10.1080/07481180701490727

Pompili, M., Tatarelli, R., Rogers, J. R., & Lester, D. (2007). The Hopelessness Scale: A factor analysis. *Psychological Reports, 100*(2), 375-378. doi: 10.2466/pr0.100.2.375-378

Porto Editora. (2011). *Dicionário da Língua Portuguesa*. Porto: Porto Editora.

Portzky, G., & van Heeringen, K. (2006). Suicide prevention in adolescents: A controlled study of the effectiveness of a school-based psycho-educational program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(9), 910-918. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01595.x

Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., . . . Mann, J. J. (2011). The Columbia-suicide severity rating scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry, 168*(12). doi: 10.1176/appi.ajp.2011.10111704

Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., & Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American Journal of Psychiatry, 164*(7), 1035-1043. doi: 10.1176/appi.ajp.164.7.1035

Ramsay, R., Cooke, M., & Lang, W. (1990). Alberta's suicide prevention training programs: A retrospective comparison with Rothman's developmental research mode. *Suicide and Life Threatening Behaviour, 20*, 7-22.

Ranahan, P. (2010). Mental health literacy: A conceptual framework for future inquiry into child and youth care professionals' practice with suicidal adolescents. *Child & Youth Care Forum, 39*(1), 11-25. doi: 10.1007/s10566-009-9087-5

Randell, B. P., Eggert, L. L., & Pike, K. C. (2001). Immediate post intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 31*(1), 41-61.

Range, L. M., Hall, D. L., & Meyers, K. (1993). Factor structure of adolescents scores on the Reasons for Living Inventory. *Death Studies, 17*(3), 257-266.

Reed, J., & Silverman, M. M. (2009). Suicide prevention in the United States of America. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 829-831). New York: Oxford University Press.

Remigio, S. P. (2009). Suicide prevention in Uruguay. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 849-850). New York: Oxford University Press.

Reynolds, W. M. (1991). Psychometric characteristics of the adult Suicidal Ideation Questionnaire in college-students. *Journal of Personality Assessment, 56*(2), 289-307. doi: 10.1207/s15327752jpa5602_9

Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica, 17*(3), 547-558.

Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde.* Lisboa: Climepsi editores.

Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal of the Advancement of Mental Health, 4*(3 (Supplement)).

Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Journal of Australia, 187*, S35-S39.

Rihmer, Z. (2011). Depression and suicidal behaviuor. In R. C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (Eds.), *International handbook of suicide prevention. Research, policy and practice* (pp. 59-74). United Kingdom: John Wiley & Sons Ltd.

Ronconi, L., Testoni, I., & Zamperini, A. (2009). Validation of the Italian version of the Reasons for Living Inventory. *TPM-Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology, 16*(3), 151-159.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rosenberg, M. L., Davidson, L. E., Smith, J. C., Berman, A. L., Buzbee, H., Gantner, G., . . . Jobes, D. (1988). Operational criteria for the determination of suicide. *Journal of Forensic Sciences, 33*(6), 1445-1456.

Roskar, S., Podlesek, A., Zorko, M., Tavcar, R., Dernovsek, M. Z., Groleger, U., . . . Marusic, A. (2010). Effects of training program on recognition and management of depression and suicide risk evaluation for slovenian primary-care physicians: Follow-up study. *Croatian Medical Journal, 51*(3), 237-242. doi: 10.3325/cmj.2010.51.237

Roxborough, H. M., Hewitt, P. L., Kaldas, J., Flett, G. L., Caelian, C. M., Sherry, S., & Sherry, D. L. (2012). Perfectionistic self-presentation, socially prescribed perfectionism, and suicide in youth: A test of the perfectionism social disconnection model. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 42*(2), 217-233. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00084.x

Roy, A. (2004). Family history of suicidal behavior and earlier onset of suicidal behavior. *Psychiatry Research, 129*(2), 217-219. doi: 10.1016/j.psychres.2004.08.002

Rozanov, V., & Mokhovikov, A. (2009). Suicide prevention in Ukraine. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 821-822). New York: Oxford University Press.

Rudd, M. D., Berman, A. L., Joiner, T. E., Nock, M. K., Silverman, M. M., Mandrusiak, M., . . . Witte, T. (2006). Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36*(3), 255-262.

Rudd, M. D., Joiner, T. E., Jr., & Rajab, M. H. (1995). Help-negation after acute suicidal crisis. *J Consult Clin Psychol, 63*(3), 499-503.

Rudd, M. D., Mandrusiak, M., Joiner, T. E., Berman, A. L., Van Orden, K. A., & Hollar, D. (2006). The emotional impact and ease of recall of warning signs for suicide: A controlled study. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36*(3), 288-295.

Rush, A. J., & Beck, A. T. (1978). Cognitive therapy of depression and suicide. *American Journal of Psychotherapy, 32*(2), 201-219.

Rust, J., & Golombok, S. (2000). *Modern psychometrics: The science of psychological assessment.* New York: Routledge.

Sahin, N. H., Batigun, A. D., & Sahin, N. (1998). Reasons for living and their protective value: A Turkish sample. *Archives of Suicide Research, 4*(2), 157-168. doi: 10.1023/a:1009691405299

Sampaio, D. (1986). *Tentativas de suicídio na adolescência: Interpretação sistemática e redefinição de estratégias terapêuticas.* (Tese de Doutoramento), Universidade de Lisboa, Lisboa.

Sampaio, D. (2000). *Tudo o que temos cá dentro*. Lisboa: Caminho.

Sampaio, D. (2002). *Ninguém morre sozinho. O adolescente e o suicídio*. Lisboa: Caminho.

Sandin, B., Chorot, P., Santed, M. A., Valiente, R. M., & Joiner, T. E. (1998). Negative life events and adolescent suicidal behavior: A critical analysis from the stress process perspective. *Journal of Adolescence, 21*(4), 415-426.

Sankey, M., & Lawrence, R. (2005). Brief report: Classification of adolescent suicide and risk-taking deaths. *Journal of Adolescence, 28*(6), 781-785. doi: 10.1016/j.adolescence.2005.03.005

Santos, J. (2002). *Suicídio e autópsia psicológica: Estudo compreensivo e redefinição das estratégias de categorização das mortes autoinfligidas.* (Tese de Doutoramento), Universidade de Lisboa, Lisboa.

Santos, J. (2006). Conflitualidade familiar e comportamentos para-suicidários. O papel da emoção expressa. In B. Peixoto, C. B. Saraiva & D. Sampaio (Eds.), *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp. 183-206). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.

Santos, J., Erse, M., Façanha, J., Simões, R., & Amélia, L. (2010). *School-based suicide prevention program +Contigo: Methodological issues.* Paper presented at the 13th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour, Roma, Itália.

Santos, J., Erse, M., Façanha, J., Simões, R., & Marques, L. (2013). +Contigo na promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários em meio escolar. *Revista de Enfermagem Referência, 3*(10), 203-207.

Santos, J. C., Façanha, J., Erse, M., Simões, R., & Amélia, L. (2009). Suicide prevention at secondary school. In IASP (Ed.), *XXV World Congress on Suicide Prevention of the International Association for Suicide Prevention (IASP)* (pp. 175 - 175). Montevideo: IASP.

Santos, N., & Sampaio, D. (2013). Adolescentes em risco de suicídio: A experiência do NES. *Psiquiatria Clínica, 18*(3), 187-194.

Santos, P. J., & Maia, J. (1999). Adaptação e análise factorial confirmatória da Rosenberg Self-Esteem Scale com uma amostra de adolescentes: Resultados preliminares. In A. P. Soares, S. Araújo & S. Caires (Eds.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (pp. 101-113). Braga: APPORT.

Santos, P. J., & Maia, J. (2003). *Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 8*(2), 253-268.

Santos, Z., Freitas, F., & Saraiva, C. B. (2006). Estratégias globais de prevenção do suicídio. In B. Peixoto, C. B. Saraiva & D. Sampaio (Eds.), *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp. 435-446). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.

Saraiva, C. B. (1999). *Para-suicídio. Contributo para uma compreensão clínica dos comportamentos suicidários recorrentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

Saraiva, C. B. (2006a). *Estudos sobre o para-suicídio. O que leva os jovens a espreitar a morte*. Coimbra: Redhorse.

Saraiva, C. B. (2006b). Psicopatologia e prática clínica. In B. Peixoto, C. B. Saraiva & D. Sampaio (Eds.), *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp. 275-300). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.

Saraiva, C. B. (2010). Suicídio: De Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica, 31*(3), 185-205.

Sarchiapone, M. (2009). Suicide prevention in Italy. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 805-806). New York: Oxford University Press.

Sarchiapone, M., Mandelli, L., Iosue, M., Andrisano, C., & Roy, A. (2011). Controlling access to suicide means. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 8*(12), 4550-4562. doi: 10.3390/ijerph8124550

Schilling, E. A., Aseltine, R. H., & Gore, S. (2007). Adverse childhood experiences and mental health in young adults: A longitudinal survey. *Bmc Public Health, 7*, doi: Artn 30 Doi 10.1186/1471-2458-7-30

Schmidtke, A., & Schaller, S. (2000). The role of mass media in suicide prevention. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 675-697). Chichester, UK: John Wiley & Sons, LTD.

Schotte, D. E., & Clum, G. A. (1987). Problem-solving skills in suicidal psychiatric-patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(1), 49-54. doi: 10.1037//0022-006x.55.1.49

Schurtz, D. R., Cerel, J., & Rodgers, P. (2010). Myths and facts about suicide from individuals involved in suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 40*(4), 346-352.

Shaffer, D., Garland, A., Vieland, V., Underwood, M., & Busner, C. (1991). The impact of curriculum-based suicide-prevention programs for teenagers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*(4), 588-596.

Shaffer, D., & Gould, M. (2000). Suicide prevention in schools. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., & Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry, 53*(4), 339-348.

Sharaf, A. Y., Thompson, E. A., & Walsh, E. (2009). Protective effects of self-esteem and family support on suicide risk behaviors among at-risk adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 22*(3), 160-168. doi: 10.1111/j.1744-6171.2009.00194.x

Shneidman, E. (1992). A conspectus of the suicidal scenario. In R. Maris, A. Berman, J. Maltsberger & R. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 50-64). New York: The Guilford Press.

Shneidman, E. (1993). *Suicide as psychache. A clinical approach to self-destructive behavior*. New Jersey: Jason Aronson.

Shneidman, E. (1998). Suicide on my mind, 'Britannica' on my table - Observation. *American Scholar, 67*(4), 93-104.

Shneidman, E. (2007). Criteria for a good death. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(3).

Shneidman, E., Farberow, N., & Litman, R. (1994). *The psychology of suicide.* New Jersey: Jason Aronson.

Silverman, M. M. (2006). The language of suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36*(5), 519-532. doi: 10.1521/suli.2006.36.5.519

Silverman, M. M. (2011). Challenges to classifying suicidal ideations, communications, and behaviours. In R. C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (Eds.), *International handbook of suicide prevention: Research, police and practice* (pp. 9-26). United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd.

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007a). 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. doi: 10.1521/suli.2007.37.3.248

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007b). Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors - Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(3), 264-277. doi: 10.1521/suli.2007.37.3.264

Simon, R. I. (2006). Imminent suicide: The illusion of short-term prediction. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36*(3), 296-301. doi: 10.1521/suli.2006.36.3.296

Shakespeare, W. (1987). *Hamlet*. Porto: Lello & Irmão - Editores.

Slap, G. B., Vorters, D. F., Chaudhuri, S., & Centor, R. M. (1989). Risk-factos for attempted-suicide during adolescence. *Pediatrics, 84*(5), 762-772.

Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2013). Suicídio. Retirado de http://www.spsuicidologia.pt/

Sommer, K. L., & Baumeister, R. F. (2002). Self-evaluation, persistence, and performance following implicit rejection: The role of trait self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28*(7), 926-938. doi: 10.1177/01467202028007006

SOS VOZ AMIGA. (2012). *SOS VOZ AMIGA.* Retirado de http://www.sosvozamiga.org/

Sperb, I. W., & Werlang, B. S. (2004). *Casos de suicídio em uma população rural e urbana de pequeno porte.* Paper presented at the *Actas do 5.º congresso nacional de psicologia da saúde. A psicologia da saúde num mundo em mudança*, Lisboa.

Spirito, A., Williams, C. A., Stark, L. J., & Hart, K. J. (1988). The Hopelessness Scale for Children: Psychometric Properties with normal and emotionally-disturbed adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16*(4), 445-458.

Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (2008). *Psicologia do adolescente*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology, 52,* 83-110.

Stengel, E. (1964/1980). *Suicídio e tentativa de suicídio*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Suominen, K., Isometsa, E., Ostamo, A., & Lonnqvist, J. (2004). Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: A 12-year follow-up study. *BMC Psychiatry, 4,* 11. doi: 10.1186/1471-244x-4-11

Swanston, H. Y., Nunn, K. P., Oates, R. K., Tebbutt, J. S., & O'Toole, B. I. (1999). Hoping and coping in young people who have been sexually abused. *European Child & Adolescent Psychiatry, 8*(2).

Szanto, K., Kalmar, S., Hendin, H., Rihmer, Z., & Mann, J. J. (2007). A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Archives of General Psychiatry, 64*(8), 914-920.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Taylor, S. J., Kingdom, D., & Jenkins, R. (1997). How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 95*(6), 457-463. doi: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb10132.x

Thanh, H. T., & Minh, D. P. Suicide prevention in Vietnam. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 779-780). New York: Oxford University Press.

Thompson, E. A., Eggert, L. L., Randell, B. P., & Pike, K. C. (2001). Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. *American Journal of Public Health, 91*(5), 742-752. doi: 10.2105/ajph.91.5.742

Thompson, E. A., Mazza, J. J., Herting, J. R., Randell, B. P., & Eggert, L. L. (2005). The mediating roles of anxiety, depression, and hopelessness on adolescent suicidal behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35*(1), 14-34. doi: 10.1521/suli.35.1.14.59266

Thompson, M. P., Kaslow, N. J., Kingree, J. B., Puett, R., Thompson, N. J., & Meadows, L. (1999). Partner abuse and posttraumatic stress disorder as risk factors for suicide attempts in a sample of low-income, inner-city women. *Journal of Traumatic Stress, 12*(1), 59-72. doi: 10.1023/a:1024742215337

Titelman, D., & Wasserman, D. (2009). Suicide prevention by education and moulding attitudes. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 509-514). New York: Oxford University Press.

Tsai, W. P., Lin, L. Y., Chang, W. L., Chang, H. C., & Chou, M. C. (2010). The effects of the suicide awareness program in enhancing community volunteers' awareness of suicide warning signs. *Archives of Psychiatric Nursing, 24*(1), 63-68. doi: 10.1016/j.apnu.2009.01.004

Turecki, G., & Séguin, M. (2009). Suicide prevention in Canada. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention* (pp. 825-827). New York: Oxford University Press.

Tyler, K. A. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: A review of recent research. *Aggression and Violent Behavior, 7*(6), 567-589. doi: 10.1016/s1359-1789(01)00047-7

U.S. Public Health Service (1999). *The surgeon general's call to action to prevent suicide.* Washington, DC: U.S. Public Health Service, Department of Health and Human Services.

U.S. Public Health Service (2001). *National strategy for suicide prevention: Goals and objectives for action*. Rockville, MD: U.S. Public Health Service, Department of Health and Human Services.

Ullman, S. E. (2004). Sexual assault victimization and suicidal behavior in women: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior, 9*(4), 331-351. doi: 10.1016/s1359-1789(03)00019-3

United Nations. (1996). *Prevention of suicide: Guidelines for the formulation and implementation of national strategies.* New York: United Nations.

Van Breukelen, G. J. P., & van Dijk, K. R. A. (2007). Use of covariates in randomized controlled trials. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *13*(5), 903-904. doi: 10.1017/s1355617707071147

Van de Vijver, F., & Hambleton, R. K. (1996). Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologist, 1*(2), 89-99. doi: 10.1027/1016-9040.1.2.89

Van Orden, K. A., Joiner, T. E., Hollar, D., Rudd, M. D., Mandrusiak, M., & Silverman, M. M. (2006). A test of the effectiveness of a list of suicide warning signs for the public. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36*(3), 272-287. doi: 10.1521/suli.2006.36.3.272

Varnik, A., Kolves, K., Allik, J., Arensman, E., Aromaa, E., van Audenhove, C., . . . Hegerl, U. (2009). Gender issues in suicide rates, trends and methods among youths aged 15-24 in 15 European countries. *Journal of Affective Disorders, 113*(3), 216-226. doi: 10.1016/j.jad.2008.06.004

Varnik, A., Kolves, K., van der Feltz-Cornelis, C. M., Marusic, A., Oskarsson, H., Palmer, A., . . . Hegerl, U. (2008). Suicide methods in Europe: A gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression". *Journal of Epidemiology and Community Health, 62*(6), 545-551. doi: 10.1136/jech.2007.065391

Vaz Serra, A., & Pocinho, F. (2001). Auto-conceito, coping e ideias de suicídio. *Psiquiatria Clínica, 22*(1), 9-21.

Veiga, F. A. (2006). Epidemiologia e metodologias de investigação dos comportamentos suicidários. In B. Peixoto, C. B. Saraiva & D. Sampaio (Eds.), *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp. 137-150). Coimbra: Redhorse.

Vijayakumar, L. (2009). Suicide prevention in India. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A gobal perspective* (pp. 767-769). New York: Oxford University Press.

Vilhjalmsson, R., Kristjansdottir, G., & Sveinbjarnardottir, E. (1998). Factors associated with suicide ideation in adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33*(3), 97-103. doi: 10.1007/s001270050028

Voracek, M., Tran, U. S., & Sonneck, G. (2007). Facts and myths about seasonal variation in suicide. *Psychological Reports, 100*(3), 810-814. doi: 10.2466/Pr0.100.3.810-814

Värnik, A., & Wasserman, D. (2009). Suicide prevention in Estónia. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 791-792). New York: Oxford University Press.

Waldvogel, J. L., Rueter, M., & Oberg, C. N. (2008). Adolescent suicide: Risk factors and prevention strategies. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care, 38*(4), 110-125. doi: S1538-5442(08)00011-4 [pii] 10.1016/j.cppeds.2008.01.003

Walker, R. L., Ashby, J., Hoskins, O. D., & Greene, F. N. (2009). Peer-support suicide prevention in a non-metropolitan US community. *Adolescence, 44*(174), 335-346.

Wasserman, D., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., . . . Hoven, C. W. (2010). Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): A randomized controlled trial. *Bmc Public Health, 10*. doi: 10.1186/1471-2458-10-192

Wasserman, D., & Durkee, T. (2009). Strategies in suicide prevention. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 381-384). New York: Oxford University Press.

Wasserman, D., & Hadlaczky, G. (2009). Restriction of alcohol consumption in suicide prevention. *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 599-602). New York.: Oxford University Press.

Wasserman, D., Martensson, E., & Wasserman, C. (2009). World Health Organization and European Union policy actions, responsabilities and solutions in preventing Suicide. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 369-371). New York: Oxford University Press.

Wasserman, D., Nordenskiöld, A., Ramberg, I., & Wasserman, C. (2009). Suicide prevention in Sweden. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 817-819). New York: Oxford University Press.

Wenzel, A., & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied & Preventive Psychology, 12*(4), 189-201. doi: 10.1016/j.appsy.2008.05.001

Westerlund, M., Schaller, S., & Schmidtke, A. (2009). The role of mass-media in suicide prevention. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 515-523). New York: Oxford University Press.

Williams, J. M. G., Van der Does, A. J. W., Barnhofer, T., Crane, C., & Segal, Z. S. (2008). Cognitive reactivity, suicidal ideation and future fluency: Preliminary investigation of a differential activation theory of hopelessness/suicidality. *Cognitive Therapy and Research, 32*(1), 83-104. doi: 10.1007/s10608-006-9105-y

Wilson, C. J., & Deane, F. P. (2010). Help-negation and suicidal ideation: The role of depression, anxiety and hopelessness. *Journal of Youth and Adolescence, 39*(3), 291-305. doi: 10.1007/s10964-009-9487-8

Wilson, C. J., Deane, F. P., Ciarrochi, J., & Rickwood, D. (2005). Measuring help seeking intentions: Properties of the General Help Seeking Questionnaire. *Canadian Journal of Counselling, 39*, 15-28.

Wilson, C. J., Deane, F. P., Marshall, K. L., & Dalley, A. (2010). Adolescents' suicidal thinking and reluctance to consult general medical practitioners. *Journal of Youth and Adolescence, 39*(4), 343-356. doi: 10.1007/s10964-009-9436-6

Wilson, C. J., Deane, F. R., & Ciarrochi, J. (2005). Can hopelessness and adolescents' beliefs and attitudes about seeking help account for help-negation? *Journal of Clinical Psychology, 61*(12), 1525-1539. doi: 10.1002/jclp.20206

Witte, T. K., Fitzpatrick, K. K., Joiner, T. E., & Schmidt, N. B. (2005). Variability in suicidal ideation: A better predictor of suicide attempts than intensity or duration of ideation? *Journal of Affective Disorders, 88*(2), 131-136. doi: 10.1016/j.jad.2005.05.019

Yakunina, E. S., Rogers, J. R., Waehler, C. A., & Werth, J. L. (2010). College students' intentions to seek help for suicidal ideation: Accounting for the help-negation effect. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 40*(5), 438-450.

Yang, B., & Clum, G. A. (1996). Effects of early negative life experiences on cognitive functioning and risk for suicide: A review. *Clinical Psychology Review, 16*(3), 177-195.

Yang, B., & Clum, G. A. (2000). Childhood stress leads to later suicidality via its effect on cognitive functioning. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 30*(3), 183-198.

Yip, P. (2005). A public health approach to suicide prevention. *Hong Kong Journal of Psychiatry, 15*, 29-31.

Yip, P. (2009a). Prevention of suicide due to charcoal burning. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 595-597). New York.: Oxford University Press.

Yip, P. (2009b). Suicide prevention in Hong Kong. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 765-766). New York: Oxford University Press.

Yoder, K. A., & Hoyt, D. R. (2005). Family economic pressure and adolescent suicidal ideation: Application of the family stress model. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35*(3), 251-264. doi: 10.1521/suli.2005.35.3.251

Ystgaard, M., Hestetun, I., Loeb, M., & Mehlum, L. (2004). Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child Abuse & Neglect, 28*(8), 863-875. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.01.009

Zenere, F. J., & Lazarus, P. J. (1997). The decline of youth suicidal behavior in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention program. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 27*(4), 387-403.

Zenere, F. J., & Lazarus, P. J. (2009). The sustained reduction of youth suicidal behavior in an urban, multicultural school district. *School Psychology Review, 38*(2), 189-199.

Zilboorg, G. (1996). Differential diagnostic types of suicide. In J. Maltsberger & M. Goldblatt (Eds.), *Essential papers on suicide* (pp. 36-61). United States of America: New York University Press.

Anexos

Anexo A – Consentimento Informado

A presente recolha de dados insere-se no âmbito de um doutoramento em Psicologia sobre a saúde mental e as condutas suicidas nos jovens portugueses.

A tua colaboração é muito importante. Caso aceites participar neste estudo, agradecemos que respondas o mais sinceramente possível a todas as questões.

Os dados recolhidos são totalmente **confidenciais** e destinam-se exclusivamente a fins de investigação.

O trabalho final ficará disponível para consulta na Biblioteca Central da Universidade do Algarve e podes também obter quaisquer informações adicionais sobre a natureza desta investigação através do contacto mbras@ualg.pt.

Saliento ainda que **a tua colaboração é voluntária.** Caso recuses participar ou desistas durante o preenchimento dos questionários ou da ação de sensibilização (se for o caso), isso não te trará qualquer consequência negativa a nível pessoal ou académico.

Mais informo que a presente investigação foi **aprovada e financiada** pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, pertencente ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

FCT
Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

Projeto Aprovado e Financiado pela FUNDAÇÃO PARA A CIÊNCIA E TECNOLOGIA, pertencente ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (MCTES).

Anexo B – Questionário de Dados Pessoais

Código: __ __ __ __

QUESTIONÁRIO DE DADOS PESSOAIS (QDP)

Assinala com uma cruz **[×]** a opção que corresponde à tua realidade.

1. **Idade:** _____ anos

2. **Sexo:**
a. Masculino: _____
b. Feminino: _____

3. **Com quem vives a maior parte do tempo?**
a. Ambos os pais: _____
b. Pai ou mãe: _____
c. Outros familiares: _____
d. Outros: _____

4. **Qual o teu rendimento escolar médio neste ano letivo?**
a. Insuficiente (inferior a 10 valores): ____
b. Suficiente (10 a 13 valores): ____
c. Bom (14 a 16 valores): ____
d. Muito Bom (igual ou superior a 17 valores): ____

Indica com que frequência:

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
5. **Participas em atividades religiosas.**					
6. **Consomes álcool.**					
7. **Consomes tabaco.**					
8. **Consomes drogas.**					

9. **Já tiveste algum problema psicológico diagnosticado?**
a. Sim _____
b. Não _____

10. **Já te sentiste desesperado(a) ao ponto de considerares que não fazia sentido continuares a viver?**
a. Sim _____
b. Não _____

11. **Já cometeste atos que sabias serem perigosos, ao ponto de pôr a tua vida em risco (ex., fazer cortes, consumir álcool até ficar inconsciente), mas sem a intenção de que fossem fatais?**

a. Sim _____
b. Não _____

12. **Já cometestes algum ato com o objetivo de pores fim à tua vida?**

a. Sim _____
b. Não _____

13. **Houve casos de tentativas de suicídio ou suicídio na tua família?**

a. Sim _____
b. Não _____

14. **Houve casos de tentativas de suicídio ou suicídio em amigos ou pessoas próximas?**

a. Sim _____
b. Não _____

15. **Já recebeste ajuda psicológica por te sentires de tal forma desesperado(a) que desejasses não estar vivo(a)?**

a. Sim _____
b. Não _____

16. **Já alguma vez pediste ajuda a alguém <u>por te sentires</u> deprimido ou sem razões para continuar a viver?**

a. Sim, já pedi _____
b. Não, apesar de já ter estado nessa situação _____
c. Nunca pedi, porque nunca precisei _____

17. **Já pediste ajuda para <u>um(a) amigo(a)</u> que te parecia estar deprimido(a) ou com ideias sobre terminar com a própria vida?**

a. Sim, já pedi _____
b. Não, apesar de ter colega(s) nessa situação _____
c. Nunca me confrontei com essa situação _____

Anexo C – Inventário de Razões para Viver para Adolescentes (RFL-A)

INVENTÁRIO DE RAZÕES PARA VIVER PARA ADOLESCENTES
(Osman et al., 1998; estudo de adaptação para a população portuguesa adolescente)

Este questionário apresenta alguns motivos específicos, que as pessoas às vezes têm, para não cometer suicídio, quer essa ideia lhes ocorra, quer lhe seja sugerida por outros.
Por favor, lê atentamente cada afirmação e, de seguida, escolhe o número que melhor descreve o quão importante é cada razão para não cometeres suicídio.
Usa a escala abaixo e assinala o número apropriado no espaço à direita de cada afirmação. Por favor, usa todas as possibilidades de resposta, de modo a não assinalares só nas possibilidades intermédias (2,3,4,5) ou somente nos extremos (1,6).

Quão importante para ti é a seguinte razão, para não cometeres suicídio.
1 = Nada importante.
2 = Muito pouco importante.
3 = Pouco importante.
4 = Algo importante.
5 = Muito importante.
6 = Extremamente importante

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1. Sempre que eu tenho um problema, posso contar com a minha família para receber apoio ou aconselhamento.						
2. Matar-me seria doloroso e assustador.						
3. Eu aceito-me como sou.						
4. Ainda tenho muito a esperar do futuro, à medida que envelheço.						
5. Os meus amigos apoiam-me sempre que eu tenho um problema.						
6. Eu sinto-me amado e aceite pelos meus amigos mais próximos.						
7. Eu sinto-me emocionalmente próximo(a) da minha família.						
8. Eu tenho medo de morrer, por isso não admito matar-me.						
9. Eu gosto de mim como sou.						
10. Os meus amigos interessam-se bastante por mim.						
11. Gostaria de realizar os meus planos ou objetivos no futuro.						
12. A minha família tem tempo para ouvir as minhas experiências na escola, no trabalho ou em casa.						
13. Espero que muitas coisas boas me aconteçam no futuro.						
14. Estou satisfeito(a) comigo próprio(a).						
15. Tenho esperança nos meus planos ou objetivos para o futuro.						
16. Estou convencido(a) que os meus amigos apreciam a minha companhia.						
17. Gosto de estar com a minha família.						
18. Sinto que sou uma pessoa OK/fixe.						
19. Espero ser bem-sucedido(a) no futuro.						
20. A ideia de me matar assusta-me.						
21. Tenho medo de usar algum método para me matar.						
22. Posso contar com a ajuda dos meus amigos se tiver um problema.						
23. Na maioria das vezes, a minha família incentiva e apoia os meus planos ou objetivos.						
24. A minha família importa-se com a maneira como me sinto.						
25. O meu futuro parece-me bastante esperançoso e promissor.						
26. Tenho medo de me matar.						
27. Os meus amigos aceitam-me tal como realmente sou.						
28. Tenho muitos planos que pretendo realizar no futuro.						
29. Sinto-me bem comigo próprio.						
30. A minha família importa-se bastante com o que me acontece.						
31. Sinto-me feliz comigo próprio.						
32. Ficaria assustado ou com medo se fizesse planos para me matar.						

Anexo D – Escala de Desesperança de Beck (BHS)

ESCALA H

(Beck & Steer, 1988; adaptação Cruz, 2000)

Por favor, lê as informações que se seguem. À frente de cada afirmação assinala com uma **[×]** na coluna correspondente, se ela é **verdadeira** ou **falsa** para ti.

	Verdadeiro	**Falso**
1. Espero o futuro com esperança e entusiasmo.		
2. Mais vale deixar andar, já que não posso melhorar a minha vida.		
3. Quando tudo vai mal, ajuda-me pensar que isso não será para sempre.		
4. Não consigo imaginar o que será a minha vida daqui a dez anos.		
5. Tenho tempo suficiente para realizar o que mais desejo fazer.		
6. Espero, no futuro, ser bem-sucedido(a) no que mais conta para mim.		
7. O meu futuro parece-me sombrio.		
8. Espero conseguir da vida mais do que a maioria das pessoas.		
9. Não me sinto arrependido(a), nem espero vir a estar no futuro.		
10. As minhas experiências passadas prepararam-me adequadamente para o futuro.		
11. Espero do futuro mais desprazer do que prazer.		
12. Não espero vir a conseguir o que mais desejo.		
13. Quando penso no futuro, espero ser mais feliz do que sou agora.		
14. A minha vida não me corre como desejo.		
15. Tenho fé no futuro.		
16. Nunca consigo o que desejo, por isso é ridículo esperar seja o que for do futuro.		
17. É pouco provável que venha a obter satisfação real no futuro.		
18. O futuro parece-me vago e incerto.		
19. Espero mais bons do que maus momentos no futuro.		
20. Não vale a pena esforçar-me por conseguir qualquer coisa que desejo, porque provavelmente não a vou conseguir.		

Anexo E – Questionário de Ideação Suicida (QIS)

QUESTIONÁRIO DE IDEAÇÃO SUICIDA – QIS

(Reynolds, 1988; adaptação Ferreira e Castela, 1999)

Na lista em baixo há um certo número de frases sobre pensamentos que por vezes ocorrem às pessoas. Por favor, indique quais destes pensamentos teve **no mês passado**. Utilize a seguinte escala e faça um círculo no número que melhor descreve o seu pensamento. Lembre-se que não há respostas certas ou erradas.

0 = Nunca tive este pensamento
1 = Pensei nisto mas não no último mês
2 = Cerca de uma vez por mês
3 = Duas vezes por mês
4 = Cerca de uma vez por semana
5 = Duas vezes por semana
6 = Quase todos os dias

1. Pensei que seria melhor não estar vivo.	0	1	2	3	4	5	6
2. Pensei suicidar-me.	0	1	2	3	4	5	6
3. Pensei na maneira como me suicidaria.	0	1	2	3	4	5	6
4. Pensei quando me suicidaria.	0	1	2	3	4	5	6
5. Pensei em pessoas a morrerem.	0	1	2	3	4	5	6
6. Pensei na morte.	0	1	2	3	4	5	6
7. Pensei no que escrever num bilhete sobre suicídio.	0	1	2	3	4	5	6
8. Pensei em escrever um testamento.	0	1	2	3	4	5	6
9. Pensei em dizer às pessoas que planeava suicidar-me.	0	1	2	3	4	5	6
10. Pensei que as pessoas estariam mais felizes se eu não estivesse presente.	0	1	2	3	4	5	6
11. Pensei em como as pessoas se sentiriam se eu me suicidasse.	0	1	2	3	4	5	6
12. Desejei estar morto(a).	0	1	2	3	4	5	6
13. Pensei em como seria fácil acabar com tudo.	0	1	2	3	4	5	6
14. Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas.	0	1	2	3	4	5	6
15. Pensei que os outros ficariam melhor se eu estivesse morto(a).	0	1	2	3	4	5	6
16. Desejei ter coragem para me matar.	0	1	2	3	4	5	6
17. Desejei nunca ter nascido.	0	1	2	3	4	5	6
18. Pensei que se tivesse oportunidade me suicidaria.	0	1	2	3	4	5	6
19. Pensei na maneira como as pessoas se suicidam.	0	1	2	3	4	5	6
20. Pensei em matar-me mas não o faria.	0	1	2	3	4	5	6
21. Pensei em ter um acidente grave.	0	1	2	3	4	5	6
22. Pensei que a vida não valia a pena.	0	1	2	3	4	5	6
23. Pensei que a minha vida era muito miserável para continuar.	0	1	2	3	4	5	6
24. Pensei que a única maneira de repararem em mim era matar-me.	0	1	2	3	4	5	6
25. Pensei que se me matasse as pessoas se aperceberiam que teria valido a pena preocuparem-se comigo.	0	1	2	3	4	5	6
26. Pensei que ninguém se importava se eu estivesse vivo(a) ou morto(a).	0	1	2	3	4	5	6
27. Pensei em magoar-me mas não suicidar-me.	0	1	2	3	4	5	6
28. Perguntei-me se teria coragem para me matar.	0	1	2	3	4	5	6
29. Pensei que se as coisas não melhorassem eu matar-me-ia.	0	1	2	3	4	5	6
30. Desejei ter o direito de me matar.	0	1	2	3	4	5	6

Anexo F – Autorização da Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), do Ministério da Educação.

Autorização da **DIREÇÃO-GERAL DE INOVAÇÃO E DE DESENVOLVIMENTO CURRICULAR (DGIDC), DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO.**

Data: 9 Jun 2010 17:34:57 +0100 [09-06-2010 18:34:57 CEST]
De: mime-noreply@gepe.min-edu.pt
Para: mbras@ualg.pt, mbras@ualg.pt
Assunto: Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0118400001

Esta mensagem foi escrita num código (utf-8) diferente do seu.
Se não for mostrado correctamente, clique aqui para o abrir numa nova janela.

Show this HTML in a new window?

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0118400001, com a designação *Condutas Suicidas: Avaliação da Vulnerabilidade e Programas de Prevenção*, registado em 26-05-2010, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo(a). Senhor(a) Dr(a) Marta Brás

Venho por este meio informar que o pedido de realização de entrevista em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos de qualidade técnica e metodológica para tal.

Com os melhores cumprimentos

Isabel Oliveira

Directora de Serviços de Inovação Educativa

DGIDC

Observações:

Sem observações

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço http://mime.gepe.min-edu.pt. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

Anexo G – Ofício aos diretores dos estabelecimentos de ensino[46]

[46] O ofício entregue aos diretores dos estabelecimentos de ensino apresentou a investigação na sua globalidade. A seleção dos alunos para o grupo participante na ação de sensibilização (grupo experimental, Estudo 6) foi definida pelos dirigentes das escolas (Conselho Executivo ou Diretores de Turma). A organização dos instrumentos nos vários estudos empíricos, consoante os objetivos dos mesmos, foi feita *a posteriori* pelos investigadores.

Marta Brás
Universidade do Algarve
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Departamento de Psicologia
8005-139 Gambelas

Exmo(a). Sr(a). Diretor(a)

Faro, 11 de Novembro de 2010

Assunto: Pedido de colaboração numa investigação científica sobre a saúde mental nos jovens

Exmo(a). Sr(a). Diretor(a),

No âmbito de uma tese de doutoramento em Psicologia, na Universidade do Algarve, estamos a desenvolver uma investigação científica sobre a saúde mental e o comportamento suicida nos jovens, uma vez que se trata de um problema de extrema relevância social e clínica. Nesta investigação pretendemos estudar a vulnerabilidade em relação à conduta suicida e desenvolver uma ação de sensibilização para a sua prevenção.

A escola é o local privilegiado para desenvolver ações de prevenção. Os jovens passam grande parte dos seus dias na escola, sendo neste contexto que manifestam frequentemente os sinais de alerta. É comum os jovens partilharem o seu sofrimento e desespero com os pares, mas estes geralmente não reconhecem a gravidade da situação ou não sabem como intervir face à mesma. Torna-se, por isso, importante que os jovens estejam munidos de conhecimentos sobre os sinais de alerta e desenvolvam atitudes adaptativas de auto e heteroajuda perante situações de risco.

Neste sentido, vimos por este meio solicitar a colaboração dos alunos do estabelecimento de ensino que V. Ex. dirige numa investigação que, como já referido, pretende avaliar a vulnerabilidade em relação às condutas suicidas e a sua prevenção.

A participação dos jovens pode desenvolver-se em duas modalidades, ambas com três sessões. A primeira modalidade integra uma primeira sessão para a aplicação de um conjunto de questionários (aproximadamente 45 minutos) seguida uma segunda sessão para a implementação de uma ação de sensibilização para a saúde mental e prevenção das condutas suicidas (cerca de 2 horas) e, uma terceira, após um mês, para o preenchimento

de alguns questionários, desta vez, para avaliar o impacto da ação (aproximadamente 30 minutos).

A segunda modalidade consiste somente no preenchimento de um conjunto de questionários, nos mesmos intervalos de tempo da modalidade anterior, mas por alunos que não participem na ação de sensibilização.

A participação dos jovens é totalmente voluntária e mediante consentimento informado dos mesmos e dos pais, no caso de serem menores de idade. Os dados recolhidos são confidenciais e destinam-se unicamente a fins de investigação.

Apesar da presente investigação implicar uma fase de interação com os jovens, todos os procedimentos indicados pela escola serão respeitados, de forma a interferir o mínimo possível no regular prosseguimento das atividades letivas.

Mais informo que a presente investigação foi aprovada pelo Ministério da Educação (Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular através do sistema de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar) e está a ser financiada pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, pertencente ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

Fico, desde já, grata pela sua atenção e encontro-me disponível para prestar quaisquer esclarecimentos adicionais, através do correio eletrónico *mbras@ualg.pt*.

Com os melhores cumprimentos,

A doutoranda

_____

Marta Brás

Os orientadores

_____

Professor Doutor José Pestana Cruz

Professor Doutor Saul Neves de Jesus

A Prevenção do Suicídio é uma Responsabilidade de Todos!

Anexo H – Consentimento informado para os encarregados de educação (versões A e B)[47]

[47] O consentimento informado (versão A ou B) foi entregue aos encarregados de educação dos discentes, consoante estes integrassem o grupo de controlo ou o grupo experimental (Estudo 6). A organização dos instrumentos pelos vários estudos empíricos, consoante os objetivos dos mesmos, foi feita *a posteriori* pelos investigadores.

Faro, 11 de Novembro de 2010

Exmo(a). Sr(a). Encarregado(a) de Educação,

No âmbito de uma tese de doutoramento em Psicologia, na Universidade do Algarve, estamos a desenvolver uma investigação científica sobre a saúde mental e as condutas suicidas nos jovens.

Na sociedade contemporânea, a saúde mental e as condutas suicidas na população jovem são um problema de extrema relevância social e clínica, o qual requer mais medidas ao nível da prevenção.

Nesta investigação pretende-se analisar a vulnerabilidade para as condutas suicidas e desenvolver uma ação de sensibilização para a sua prevenção. Na turma do seu educando, selecionada aleatoriamente, a participação dos jovens consiste especificamente em preencher um conjunto de questionários sobre a temática apresentada, em três sessões e em contexto de sala-de-aula.

Após a autorização do Ministério da Educação e da direção deste estabelecimento de ensino, vimos por este meio solicitar a autorização de V.ª Ex. para que o seu educando possa participar nesta investigação.

A participação dos jovens é totalmente voluntária e mediante consentimento dos mesmos e dos encarregados de educação. Os dados recolhidos são confidenciais e destinam-se unicamente a fins de investigação.

Mais informo que a presente investigação foi aprovada e está a ser financiada pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, pertencente ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

A participação do seu educando é importante. Contudo, **se não autorizar** que o seu educando participe nesta investigação, peço-lhe que preencha a parte inferior desta folha e a devolva ao diretor de turma no prazo de uma semana.

Agradecemos, desde já, a sua colaboração. Muito obrigada!

Marta Brás, Mestre em Psicologia (mbras@ualg.pt)
Prof. Doutor José Pestana Cruz, Doutorado em Psicologia
Prof. Doutor Saul Neves de Jesus, Catedrático em Psicologia

✂……
……

Eu, _____, Encarregado(a) de Educação do(a) aluno(a) _____, do _____ (ano), _____ turma, **NÃO AUTORIZO o meu educando a participar nesta investigação**.

_____
(Assinatura do(a) Encarregado(a) de Educação)

(versão A)

Faro, 11 de Novembro de 2010

Exmo.(a) Sr.(a) Encarregado(a) de Educação,

No âmbito de uma tese de doutoramento em Psicologia, na Universidade do Algarve, estamos a desenvolver uma investigação científica sobre a saúde mental e as condutas suicidas nos jovens.

Na sociedade contemporânea, a saúde mental e as condutas suicidas na população jovem são um problema de extrema relevância social e clínica, o qual requer mais medidas ao nível da prevenção.

Nesta investigação pretende-se analisar a vulnerabilidade para as condutas suicidas e desenvolver uma ação de sensibilização para a sua prevenção. Na turma do seu educando, selecionada aleatoriamente, a participação dos jovens consiste especificamente em preencher um conjunto de questionários sobre a temática apresentada, em três sessões e em contexto de sala-de-aula. Além disso, na segunda sessão será desenvolvida uma ação de sensibilização, através de uma metodologia interativa e participativa, com a duração aproximada de duas horas.

Após a autorização do Ministério da Educação e da direção deste estabelecimento de ensino, vimos por este meio solicitar a autorização de V.ª Ex. para que o seu educando possa participar nesta investigação.

A participação dos jovens é totalmente voluntária e mediante consentimento dos mesmos e dos encarregados de educação. Os dados recolhidos são confidenciais e destinam-se unicamente a fins de investigação.

Mais informo que a presente investigação foi aprovada e está a ser financiada pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, pertencente ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

A participação do seu educando é importante. Contudo, **se não autorizar** que o seu educando participe nesta investigação, peço-lhe que preencha a parte inferior desta folha e a devolva ao diretor de turma no prazo de uma semana.

Agradecemos, desde já, a sua colaboração. Muito obrigada!

Marta Brás, Mestre em Psicologia (mbras@ualg.pt)
Prof. Doutor José Pestana Cruz, Doutorado em Psicologia
Prof. Doutor Saul Neves de Jesus, Catedrático em Psicologia

✂……
……

Eu, _____, Encarregado(a) de Educação do(a) aluno(a) _____, do _____ (ano), _____ turma, **NÃO AUTORIZO o meu educando a participar nesta investigação**.

_____
(Assinatura do(a) Encarregado(a) de Educação)

(versão B)

Anexo I – Grelha de marcação de sessões

Nome do Estabelecimento de Ensino

Ano/Turma	Marcação	1.ª Sessão	2.ª Sessão	3.ª Sessão	Observações
Ano/turma: Diretor turma: Contato:	Data				
	Hora				
	Professor				
	Sala				
Ano/turma: Diretor turma: Contato:	Data				
	Hora				
	Professor				
	Sala				
Ano/turma: Diretor turma: Contato:	Data				
	Hora				
	Professor				
	Sala				
Ano/turma: Diretor turma: Contato:	Data				
	Hora				
	Professor				
	Sala				

Anexo J – Carta de agradecimento aos estabelecimentos de ensino

Marta Brás
Universidade do Algarve
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Departamento de Psicologia
8005-139 Gambelas

Exmo(a). Sr(a). Diretor(a)

Faro, 15 de Julho de 2011

Assunto: Agradecimento pela colaboração na investigação científica sobre a saúde mental nos jovens

Exmo(a). Sr(a). Diretor(a)

No decurso do ano letivo de 2010/2011 esteve em desenvolvimento uma investigação sobre a saúde mental e as condutas suicidas nos jovens, nas escolas secundárias da região do Algarve, no âmbito do meu doutoramento em Psicologia.

Este projeto decorreu com bastante normalidade e foi possível recolher uma amostra global de aproximadamente seiscentos jovens. Para que este objetivo fosse cumprido com sucesso, o projeto contou com o empenho, atenção e disponibilidade de muitos membros da escola, nomeadamente dos alunos, professores, diretores de turma e, sobretudo num momento inicial, dos senhores diretores das escolas e restantes elementos da direção.

Neste sentido, venho expressar a minha imensa gratidão pela vossa colaboração neste projeto. Estou certa de que o mesmo contribuirá para um conhecimento mais aprofundado da vulnerabilidade dos jovens em relação às condutas suicidas assim como para a sua prevenção.

Reitero a minha total disponibilidade para prestar quaisquer esclarecimentos ou informações sobre a investigação em curso, nomeadamente acerca dos resultados, através do correio eletrónico mbras@ualg.pt.

Obrigada a todos!

Com os melhores cumprimentos,

_____

Marta Brás

Anexo K – Escala de Autoestima de Rosenberg (EA)

ESCALA DE AUTOESTIMA

(Rosenberg, 1965; adaptação Santos e Maia, 2003; Santos, 2008)

Por favor, responde aos seguintes itens, assinalando com uma cruz **[×]** a resposta que consideras adequada.

	1. Discordo fortemente	**2. Discordo**	**3. Concordo**	**4. Concordo fortemente**
1. De uma forma geral, estou satisfeito comigo mesmo.				
2. Às vezes, penso que não presto para nada.				
3. Penso que tenho algumas boas qualidades.				
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.				
5. Creio que não tenho grande coisa de que me possa orgulhar.				
6. Sinto-me, por vezes, verdadeiramente inútil.				
7. Julgo que tenho, pelo menos, tanto valor como os outros.				
8. Gostaria de ter mais consideração por mim próprio.				
9. Bem vistas as coisas, sou levado a pensar que sou um falhado.				
10. Tenho uma atitude positiva para com a minha pessoa.				

Anexo L – Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (ESSS)

(Ribeiro, 1999)

De seguida, vais encontrar várias afirmações seguidas de cinco letras. Marca um círculo à volta da letra que melhor qualifica a tua forma de pensar.

Por exemplo, na primeira afirmação, se pensas quase sempre que por vezes te sentes só no mundo e sem apoio, deverás assimilar a letra A, se achas que nunca pensas isso deverás marcar a letra E.

		Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1.	Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.	A	B	C	D	E
2.	Não saio com amigos tantas vezes quanto eu gostaria.	A	B	C	D	E
3.	Os meus amigos não me procuram tantas vezes como as que eu gostaria.	A	B	C	D	E
4.	Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.	A	B	C	D	E
5.	Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	A	B	C	D	E
6.	Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com que possa desabafar sobre coisas íntimas.	A	B	C	D	E
7.	Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam.	A	B	C	D	E
8.	Gostava de participar mais em atividades de organizações (por exemplo, clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.).	A	B	C	D	E
9.	Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família.	A	B	C	D	E
10.	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família.	A	B	C	D	E
11.	Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família.	A	B	C	D	E
12.	Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.	A	B	C	D	E
13.	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	A	B	C	D	E
14.	Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	A	B	C	D	E
15.	Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho.	A	B	C	D	E

Anexo M – Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAVN)

INVENTÁRIO DE ACONTECIMENTOS DE VIDA NEGATIVOS – IAV_N

(Brás & Cruz, 2008)

Apresenta-se, de seguida, uma lista de acontecimentos que podes ter experienciado ao longo da tua vida e cujas consequências podem variar de indivíduo para indivíduo.
Assinala, de forma sincera, com uma cruz **[×]**, os acontecimentos que já viveste.
Na coluna **"Frequência",** indica a frequência com que esses acontecimentos ocorreram. Na coluna **"Impacto",** caracteriza o tipo e a intensidade do impacto/consequências que consideras que os mesmos tiveram em ti.
Nunca deves responder nas linhas que estão a sombreado, mas sim nas seguintes. Quando assinalares a frequência do acontecimento como "0 – Nunca", não é preciso assinalares o impacto.

FREQUÊNCIA

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

IMPACTO/CONSEQUÊNCIAS

1	2	3	4	5
Nenhum	Negativo, mas também positivo	Ligeiramente negativo	Moderadamente negativo	Extremamente negativo

	FREQUÊNCIA					IMPACTO				
	0	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Separações de Pessoas Significativas (pais, avós, namorados,…)										
1. **Intermitentes** (nem a presença, nem a ausência de uma pessoa significativa foram contínuas; ex., progenitor que só vinha a casa ao fim-de-semana)										
2. **Prolongadas** (superiores a 3 meses; ex. progenitor emigrante)										
3. **Definitivas** (por rejeição, abandono ou por morte)										
Negligência										
4. **Negligência Física** (recusa ou ineficácia em satisfazer as necessidades de alimentação, vestuário, higiene, cuidados de saúde,...)										
5. **Negligência Psicológica** (recusa ou ineficácia em prestar atenção, carinho ou proteção adequadas)										
Abuso Físico e Sexual										
6. **Agressões corporais ligeiras** (ex. palmadas)										
7. **Agressões corporais moderadas** (ex. murros, pontapés, cabeçadas, utilização de objetos)										
8. **Agressões corporais severas** (provocando marcas, sequelas ou traumatismos)										
9. **Abusos sexuais** (ex. observação forçada de cenas sexuais; estimulação indesejada dos órgãos sexuais, relações sexuais indesejadas,…)										

	FREQUÊNCIA					IMPACTO				
	0	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Abuso Psicológico										
10. **Depreciação** (Ter sido alvo de insultos por parte de outros, que visavam diminuir o teu valor.)										
11. **Rejeição** (Ter sido vítima de resposta negativa, abandono ou frieza emocional, quando era esperado o oposto.)										
12. **Humilhações** (Desvalorização e depreciação das características pessoais, normalmente em público.)										
13. **Punições Desproporcionadas** (Castigos demasiado severos face à situação, que comprometeram o bem-estar psicológico. Não inclui situações de abuso físico.)										
14. **Exigências Desproporcionadas** (Ter sido alvo de expectativas elevadas e pressão psicológica, face a situações em que foi colocado/a sem estar preparado/a.)										
15. **Ameaças Verbais ou Escritas** à Integridade Física e/ou Psicológica										
Ambiente Familiar Disfuncional										
16. Conflitos entre os familiares próximos (cuidadores e/ou irmãos)										
17. Separações e/ou ameaças de separação dos cuidadores										
18. Abuso de substâncias (álcool, drogas) por parte dos cuidadores										
Condições de Vida Adversas										
19. Dificuldades económicas										
20. Problemas educacionais										
21. Mudança problemática de residência										
22. Mudança problemática de escola										
23. Habitação sem condições adequadas										
Problemas de Saúde										
24. Problemas de saúde físicos (ex. otites, crises de asma) e/ou psicológicos (ex. depressão, perturbações de ansiedade) do próprio										
25. Problemas de saúde físicos e/ou psicológicos entre os familiares próximos										

Anexo N – Formulário entregue ao painel de juízes – Inventário de Crenças sobre Atos Suicidas (ICAS)

INVENTÁRIO DE CRENÇAS SOBRE ATOS SUICIDAS

Por favor, avalie cada item do questionário de acordo com os seguintes critérios: relevância; representatividade; especificidade; clareza; linguagem e extensão. Com base na escala abaixo indicada, selecione o número que melhor corresponde à sua avaliação referente a cada item.

Indique ainda qual a dimensão teórica que melhor representa o item, com base nas opções da alínea **g**. Caso considere que o item poderá ser incluído em mais do que uma dimensão, por favor, indique-as.

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
a. Relevância	Nada relevante	Pouco relevante	Razoavelmente relevante	Muito relevante	Extremamente Relevante
b. Representatividade	Nada representativo	Pouco representativo	Razoavelmente representativo	Muito representativo	Extremamente representativo
c. Especificidade	Nada específico	Pouco específico	Razoavelmente específico	Muito específico	Extremamente específico
d. Clareza	Nada claro	Pouco claro	Razoavelmente claro	Muito claro	Extremamente claro
e. Linguagem	Nada adequada	Pouco adequada	Razoavelmente adequada	Muito adequada	Extremamente adequada
f. Extensão	Extremamente extenso	Muito extenso	Razoavelmente extenso	Pouco extenso	Nada extenso
g. *Dimensão teórica*	*Inexistência de sinais de alerta*	*Impossibilidade de prevenção*	*Evitamento da temática suicida*	*Causalidade unimodal*	

Critérios de Avaliação dos Itens:

Relevância – grau em que o item é importante para o constructo-alvo.

Representatividade – grau em que o item é representativo/típico do constructo-alvo.

Especificidade – o grau em que o item é característico do constructo-alvo.

Clareza – grau em que cada item é fácil de ler e de compreender.

Linguagem – grau em que o vocabulário do item se adequa ao público-alvo.

Extensão – grau em que a extensão/tamanho do item se adequa ao conteúdo que pretende transmitir.

Dimensões Teóricas:

1. **Inexistência de sinais de alerta** – dimensão teórica que advém das falsas-crenças de que não existem sinais de alerta prévios à consumação dos atos suicidas e de que as ideias, intenções ou planos suicidas são sempre secretos.

2. **Impossibilidade de prevenção –** dimensão teórica que advém das falsas-crenças de que não é possível ajudar pessoas com ideias, intenções ou planos suicidas; quem quer cometer suicídio, fá-lo-á de qualquer forma. Se uma pessoa tem pensamentos suicidas tê-los-á para sempre e, além disso, essas pessoas não aceitam ser ajudadas, logo, ninguém poderá intervir nestas situações.

3. **Evitamento da temática suicida** – dimensão teórica que advém das falsas-crenças de que seja qual for a circunstância nunca se deve abordar a temática do suicídio, quer com pessoas com ou sem ideação suicida.

4. **Causalidade unimodal** – dimensão teórica que advém das falsas-crenças de que os atos suicidas têm sempre uma única causa ou motivo, seja de origem genética, uma doença mental ou de um desejo de chamar a atenção.

Itens invertidos: 6, 7, 9, 11, 13, 16, 18, 20, 23, 28, 32, 33, 36, 38, 40, 41, 43.

	a. Relevância	b. Representatividade	c. Especificidade	d. Clareza	e. Linguagem	f. Extensão	g. Dimensão teórica
1. Os atos suicidas acontecem sem avisos ou sinais prévios.							
2. Se uma pessoa está a pensar pôr termo à própria vida, ninguém conseguirá desconvencê-la dessa ideia.							
3. As pessoas que falam em "desistir da vida" são aquelas que nunca se vão matar.							
4. Todas as pessoas que cometem atos suicidas têm uma doença mental.							
5. Falar sobre comportamentos suicidas com alguém, que antes nunca tinha pensado nisso, pode levar a pessoa a cometer atos desse tipo.							
6. Existem certas atitudes e comportamentos que permitem prever os atos suicidas.							
7. Falar sobre suicídio com pessoas que têm esses pensamentos pode ser positivo.							
8. É pouco provável que uma pessoa desista de um ato suicida após conversar com um amigo próximo.							
9. As pessoas que querem pôr termo à vida normalmente aceitam ajuda.							
10. O objetivo de quem realiza atos suicidas é sempre demonstrar coragem e valentia.							
11. Perante uma pessoa que tencione pôr termo à própria vida, pode sempre fazer-se alguma coisa para tentar impedi-la.							
12. A maioria dos atos suicidas ocorre de forma imprevisível.							
13. Qualquer pessoa pode ajudar alguém próximo a desistir de pôr termo à própria vida.							
14. Os comportamentos suicidas têm origem hereditária e/ou genética.							
15. As pessoas que pensam em terminar com a própria vida guardam sempre esses pensamentos para si próprios.							
16. A crise suicida pode surgir quando a pessoa não vê satisfeita uma necessidade que considera extremamente importante.							

	a	B	c	d	e	f	g
17. Seja qual for a circunstância, a melhor opção é nunca falar em suicídio.							
18. Os pensamentos suicidas podem ser passageiros.							
19. Todas as pessoas que realizam atos suicidas geralmente pretendem obter a simpatia/compaixão dos outros.							
20. Os atos suicidas geralmente surgem após manifestações dessa intenção.							
21. Perguntar a uma pessoa se está com pensamentos suicidas pode despoletar uma tentativa de suicídio.							
22. O suicídio é um ato de cobardia.							
23. As pessoas podem realizar atos suicidas sem terem a intenção de morrer.							
24. As pessoas que ameaçam cometer suicídio raramente o fazem.							
25. Se uma pessoa tem pensamentos suicidas, tê-los-á para sempre.							
26. Os atos suicidas são sempre para chamar à atenção.							
27. Em geral, a intenção de pôr fim à própria vida é totalmente secreta.							
28. Se as pessoas próximas estiverem suficientemente atentas conseguem identificar os sinais da intenção de pôr fim à vida.							
29. Falar sobre suicídio com alguém que expressa o desejo de o cometer é pouco sensato e incorreto.							
30. Se a pessoa está determinada a pôr fim à vida, ninguém pode impedi-la.							
31. Os comportamentos suicidas são uma opção para resolver problemas do dia a dia.							
32. Se uma pessoa está a pensar terminar com a própria vida, geralmente manifesta sinais desse tipo de pensamentos.							
33. Os pensamentos e comportamentos suicidas podem ser tratados com a ajuda de especialistas.							
34. As pessoas que cometem atos suicidas estão sempre isoladas e deprimidas.							
35. É errado falar sobre comportamentos suicidas com pessoas que manifestam desejo ou intenção de os realizar.							
36. É possível identificar sinais indicadores de intenção suicida.							
37. As pessoas que se matam são loucas.							
38. Perante alguém que demonstre vontade de desistir da vida pode ser positivo abordar diretamente esse problema.							

	a	b	c	d	e	f	g
39. Só um profissional especializado pode ajudar uma pessoa a desistir de um ato suicida.							
40. As pessoas, geralmente, antes de cometerem um ato suicida transmitem sinais dessa intenção.							
41. Os comportamentos suicidas podem ser prevenidos.							
42. Falar sobre comportamentos suicidas leva a um aumento das tentativas de suicídio.							
43. Uma pessoa pode cometer um ato suicida quando perde algo (ou alguém) que considera vital.							

Solicitamos ainda o seu parecer técnico sobre os seguintes aspetos do presente inventário:

- Clareza das instruções;

[A seguir apresenta-se uma lista de crenças relacionadas com os atos suicidas. Assinala com uma cruz **[×]**, em que medida **concordas ou discordas** com cada uma das seguintes afirmações, de acordo com a seguinte escala].

_____
_____
_____

- Adequabilidade da escala de medida;

[Escala tipo *Likert* de cinco pontos: 1 (*Discordo totalmente*)*;* 2 (*Discordo*)*;* 3 (*Não concordo, nem discordo*)*; 4* (*Concordo*)*; 5* (*Concordo totalmente*)]

_____
_____
_____

- Extensão (embora a análise estatística dos itens possa conduzir à exclusão de alguns);

_____
_____
_____

- Utilidade no âmbito da prevenção primária;

_____
_____
_____

- Dimensões críticas dos mitos/falsas-crenças sobre os atos suicidas não enunciadas pelos autores.

_____
_____
_____

- Outras sugestões.

_____
_____
_____

Anexo O – Inventário de Crenças sobre Atos Suicidas (ICAS) – versão 43 itens

INVENTÁRIO DE CRENÇAS SOBRE ATOS SUICIDAS

(versão 43 itens)

A seguir apresenta-se uma lista de crenças relacionadas com os atos suicidas. Assinala com uma cruz **[×]**, em que medida **concordas ou discordas** com cada uma das seguintes afirmações, de acordo com a seguinte escala.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

	1	2	3	4	5
1. Os atos suicidas acontecem sem avisos ou sinais prévios.					
2. Se uma pessoa está a pensar pôr termo à própria vida, ninguém conseguirá desconvencê-la dessa ideia.					
3. As pessoas que falam em "desistir da vida" são aquelas que nunca se vão matar.					
4. Todas as pessoas que cometem atos suicidas têm uma doença mental.					
5. Falar sobre comportamentos suicidas com alguém, que antes nunca tinha pensado nisso, pode levar a pessoa a cometer atos desse tipo.					
6. Existem certas atitudes e comportamentos que permitem prever os atos suicidas.					
7. Falar sobre suicídio com pessoas que têm esses pensamentos pode ser positivo.					
8. É pouco provável que uma pessoa desista de um ato suicida após conversar com um amigo próximo.					
9. As pessoas que querem pôr termo à vida normalmente aceitam ajuda.					
10. O objetivo de quem realiza atos suicidas é sempre demonstrar coragem e valentia.					
11. Perante uma pessoa que tencione pôr termo à própria vida, pode sempre fazer-se alguma coisa para tentar impedi-la.					
12. A maioria dos atos suicidas ocorre de forma imprevisível.					
13. Qualquer pessoa pode ajudar alguém próximo a desistir de pôr termo à própria vida.					
14. Os comportamentos suicidas têm origem hereditária e/ou genética.					
15. As pessoas que pensam em terminar com a própria vida guardam sempre esses pensamentos para si próprios.					
16. A crise suicida pode surgir quando a pessoa não vê satisfeita uma necessidade que considera extremamente importante.					
17. Seja qual for a circunstância, a melhor opção é nunca falar em suicídio.					
18. Os pensamentos suicidas podem ser passageiros.					
19. As pessoas que realizam atos suicidas geralmente pretendem obter compaixão.					

	1	2	3	4	5
20. Os atos suicidas geralmente surgem após manifestações dessa intenção.					
21. Perguntar a uma pessoa se está com pensamentos suicidas pode despoletar uma tentativa de suicídio.					
22. O suicídio é um ato de cobardia.					
23. As pessoas podem realizar atos suicidas sem terem a intenção de morrer.					
24. As pessoas que ameaçam cometer suicídio raramente o fazem.					
25. Se uma pessoa tem pensamentos suicidas, tê-los-á para sempre.					
26. Os atos suicidas são sempre para chamar à atenção.					
27. Em geral, a intenção de pôr fim à própria vida é totalmente secreta.					
28. Se as pessoas próximas estiverem atentas conseguem identificar os sinais da intenção de pôr fim à vida.					
29. Falar sobre suicídio com alguém que expressa o desejo de o cometer é pouco sensato e incorreto.					
30. Se a pessoa está determinada a pôr fim à vida, ninguém pode impedi-la.					
31. Os comportamentos suicidas são uma opção para resolver problemas do dia a dia.					
32. Se uma pessoa está a pensar terminar com a própria vida, geralmente manifesta sinais desse tipo de pensamentos.					
33. Os pensamentos e comportamentos suicidas podem ser tratados com a ajuda de profissionais.					
34. As pessoas que cometem atos suicidas estão sempre isoladas e deprimidas.					
35. É errado falar sobre comportamentos suicidas com pessoas que manifestam desejo ou intenção de os realizar.					
36. É possível identificar sinais indicadores de intenção suicida.					
37. As pessoas que se matam são loucas.					
38. Perante alguém que demonstre vontade de desistir da vida pode ser positivo abordar diretamente esse problema.					
39. Só um profissional especializado pode ajudar uma pessoa a desistir de um ato suicida.					
40. As pessoas, geralmente, antes de cometerem um ato suicida transmitem sinais dessa intenção.					
41. Os comportamentos suicidas podem ser prevenidos.					
42. Falar sobre comportamentos suicidas leva a um aumento das tentativas de suicídio.					
43. Uma pessoa pode cometer um ato suicida quando perde algo (ou alguém) que considera indispensável para continuar a viver.					

Anexo P – Medidas de Resultado

MEDIDAS DE RESULTADO

Com base na escala que se segue assinala, com uma cruz [×], em que medida **concordas** ou **discordas** com cada uma das afirmações.

1	**2**	**3**	**4**	**5**
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

	1	2	3	4	5
1. É possível evitar que alguém termine com a própria vida.					
2. Se um colega quisesse terminar com a própria vida, eu seria capaz de ajudá-lo a mudar de intenção.					
3. Se eu pensasse em terminar com a minha vida, seria capaz de procurar ajuda (profissional ou outra) para desistir dessas ideias.					

Anexo Q – Inventário de Crenças sobre Atos Suicidas (ICAS) – versão 22 itens

INVENTÁRIO DE CRENÇAS SOBRE ATOS SUICIDAS

(versão 22 itens)

A seguir apresenta-se uma lista de crenças relacionadas com os atos suicidas. Assinala com uma cruz **[×]**, em que medida **concordas ou discordas** com cada uma das seguintes afirmações, de acordo com a seguinte escala.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

	1	2	3	4	5
1. Os atos suicidas acontecem sem avisos ou sinais prévios.					
2. Se uma pessoa está a pensar pôr termo à própria vida, ninguém conseguirá desconvencê-la dessa ideia.					
3. Todas as pessoas que cometem atos suicidas têm uma doença mental.					
4. Falar sobre comportamentos suicidas com alguém, que antes nunca tinha pensado nisso, pode levar a pessoa a cometer atos desse tipo.					
5. Existem certas atitudes e comportamentos que permitem prever os atos suicidas.					
6. O objetivo de quem realiza atos suicidas é sempre demonstrar coragem e valentia.					
7. Perante uma pessoa que tencione pôr termo à própria vida, pode sempre fazer-se alguma coisa para tentar impedi-la.					
8. Qualquer pessoa pode ajudar alguém próximo a desistir de pôr termo à própria vida.					
9. Os pensamentos suicidas podem ser passageiros.					
10. As pessoas que realizam atos suicidas geralmente pretendem obter compaixão.					
11. Os atos suicidas geralmente surgem após manifestações dessa intenção.					
12. Perguntar a uma pessoa se está com pensamentos suicidas pode despoletar uma tentativa de suicídio.					
13. Se uma pessoa tem pensamentos suicidas, tê-los-á para sempre.					
14. Os atos suicidas são sempre para chamar à atenção.					
15. Falar sobre suicídio com alguém que expressa o desejo de o cometer é pouco sensato e incorreto.					
16. Se a pessoa está determinada a pôr fim à vida, ninguém pode impedi-la.					
17. Se uma pessoa está a pensar terminar com a própria vida, geralmente manifesta sinais desse tipo de pensamentos.					
18. Os pensamentos e comportamentos suicidas podem ser tratados com a ajuda de profissionais.					
19. É errado falar sobre comportamentos suicidas com pessoas que manifestam desejo ou intenção de os realizar.					
20. É possível identificar sinais indicadores de intenção suicida.					
21. As pessoas que se matam são loucas.					
22. As pessoas, geralmente, antes de cometerem um ato suicida transmitem sinais dessa intenção.					

Anexo R – Formulário entregue ao painel de juízes – Inventário de Sinais de Alerta para Atos Suicidas (ISAS)

INVENTÁRIO DE SINAIS DE ALERTA PARA ATOS SUICIDAS

Por favor, avalie cada item do questionário de acordo com os seguintes critérios: relevância; representatividade; especificidade; clareza; linguagem e extensão. Com base na escala abaixo indicada, selecione o número que melhor corresponde à sua avaliação referente a cada item.

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
a. Relevância	Nada relevante	Pouco relevante	Algo relevante	Muito relevante	Extremamente Relevante
b. Representatividade	Nada representativo	Pouco representativo	Algo representativo	Muito representativo	Extremamente representativo
c. Especificidade	Nada específico	Pouco específico	Algo específico	Muito específico	Extremamente específico
d. Clareza	Nada claro	Pouco claro	Algo claro	Muito claro	Extremamente claro
e. Linguagem	Nada adequada	Pouco adequada	Algo adequada	Muito adequada	Extremamente adequada
f. Extensão	Extremamente extenso	Muito extenso	Razoavelmente extenso	Pouco extenso	Nada extenso

Critérios de Avaliação dos Itens:

Relevância – grau em que o item é importante para o constructo-alvo.

Representatividade – grau em que o item é representativo/típico do constructo-alvo.

Especificidade – o grau em que o item é característico do constructo-alvo.

Clareza – grau em que cada item é fácil de ler e de compreender.

Linguagem – grau em que o vocabulário do item se adequa ao público-alvo.

Extensão – grau em que a extensão/tamanho do item se adequa ao conteúdo que pretende transmitir.

	a. Relevância	b. Representatividade	c. Especificidade	d. Clareza	e. Linguagem	f. Extensão
1. Diminuição repentina do rendimento e interesse escolar habitual.						
2. Isolamento social, afastamento das pessoas com quem convivia habitualmente.						
3. Desinteresse inesperado por atividades de que gostava muito (ex. jantares de grupo,...)						
4. Desabafos de que a sua vida não faz sentido.						
5. Mensagens nas redes sociais (*facebook, msn)* ou noutros sítios *web* revelando desespero.						
6. Desvalorização dos projetos para o futuro.						
7. Relacionamento problemático com a família e/ou o grupo de amigos.						
8. Manifestações físicas de irritabilidade fora do que é comum.						
9. Frases do tipo: "Estou farto(a) desta vida".						
10. Aumento repentino do consumo de substâncias de risco (álcool, drogas,..).						
11. Sentimentos de desapontamento face ao mundo e aos outros.						
12. Verbalização de ideias associadas à morte.						
13. Conversas que revelem desinteresse pelo "valor" da vida.						
14. Falar frequentemente sobre atos suicidas.						
15. Expressões de pessimismo e desesperança em relação ao futuro.						
16. Resultados escolares bastante inferiores ao esperado.						
17. Afastamento repentino do grupo de amigos.						
18. Expressões de insatisfação com a vida na sua globalidade.						
19. Comunicação cada vez menos aberta com as pessoas próximas.						
20. Aborrecimento desproporcional com assuntos que antes considerava importantes e prazerosos.						

	a	b	c	d	e	f
21. Comportamentos de risco pouco habituais para essa pessoa (ex. beber excessivamente, conduzir a alta velocidade).						
22. Aumento do interesse e das conversas sobre o tema do suicídio.						
23. Relacionamento conflituoso com as pessoas próximas.						
24. Redução drástica da tolerância para as pessoas.						
25. Mostrar desinteresse pela vida.						
26. Ameaçar que vai cometer atos suicidas.						
27. Falta de paciência repentina para qualquer assunto.						
28. Dizer que não tem razões para viver.						
29. Dificuldade em dormir ou dormir demais, quando isso não é habitual.						
30. Isolamento da família.						
31. Isolamento da sociedade.						
32. Dizer que se sente sem saída, sem alternativas para resolver os problemas.						
33. Manifestações de raiva descontrolada.						
34. Agir de forma imprudente, insensata, o que não é comum em si.						
35. Envolver-se em atividades de alto risco, quando essas atividades não eram praticadas com regularidade.						
36. Mostrar drásticas mudanças de humor.						
37. Mostrar ansiedade ou agitação descontrolada, fora do comum.						

Solicitamos ainda o seu parecer técnico sobre os seguintes aspetos do presente inventário:

- Clareza das instruções;
[A seguir apresenta-se uma lista de crenças relacionadas com os atos suicidas. Assinala com uma cruz **[×]**, em que medida **concordas ou discordas** com cada uma das seguintes afirmações, de acordo com a seguinte escala].

_____
_____
_____

- Adequabilidade da escala de medida;
[Escala tipo *Likert* de cinco pontos: 1 (*Discordo totalmente*)*;* 2 (*Discordo*)*;* 3 (*Não concordo, nem discordo*)*; 4* (*Concordo*)*; 5* (*Concordo totalmente*)]

_____
_____
_____

- Extensão (embora a análise estatística dos itens possa conduzir à exclusão de alguns);

_____
_____
_____

- Utilidade no âmbito da prevenção primária;

_____
_____
_____

- Outros sinais de alerta suicida nos adolescentes, que não tenham sido especificados pelos autores;

_____
_____
_____

- Outras sugestões.

_____
_____
_____

Anexo S – Inventário de Sinais de Alerta para Atos Suicidas (ISAS) – versão 37 itens

INVENTÁRIO DE SINAIS DE ALERTA PARA ATOS SUICIDAS

(versão 37 itens)

Indica em que medida **concordas ou discordas** que os seguintes sinais podem indicar que um(a) jovem está desesperado(a) ao ponto de pensar pôr termo à própria vida.
Assinala com uma cruz **[×]**, de acordo com a seguinte **escala**.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

	1	2	3	4	5
1. Diminuição repentina do rendimento e interesse escolar habitual.					
2. Isolamento social, afastamento das pessoas com quem convivia habitualmente.					
3. Desinteresse inesperado por atividades de que gostava muito (ex. jantares de grupo,...)					
4. Desabafos de que a sua vida não faz sentido.					
5. Mensagens nas redes sociais (*facebook, msn)* ou noutros sítios *web* revelando desespero.					
6. Desvalorização dos projetos para o futuro.					
7. Relacionamento problemático com a família e/ou o grupo de amigos.					
8. Manifestações físicas de irritabilidade fora do que é comum.					
9. Frases do tipo: “Estou farto(a) desta vida”.					
10. Aumento repentino do consumo de substâncias de risco (álcool, drogas,..).					
11. Transmitir sentimentos de desapontamento face ao mundo e aos outros.					
12. Verbalização de ideias associadas à morte.					
13. Conversas que revelem desinteresse pelo “valor” da vida.					
14. Falar frequentemente sobre atos suicidas.					
15. Expressões de pessimismo e desesperança em relação ao futuro.					
16. Resultados escolares bastante inferiores ao esperado.					
17. Afastamento repentino do grupo de amigos.					
18. Expressões de insatisfação com a vida na sua globalidade.					
19. Comunicação cada vez menos aberta com as pessoas próximas.					
20. Aborrecimento excessivo e constante com assuntos que antes considerava agradáveis.					
21. Comportamentos de risco pouco habituais para essa pessoa (ex. beber excessivamente, conduzir a alta velocidade).					

	1	2	3	4	5
22. Aumento do interesse e das conversas sobre o tema do suicídio.					
23. Relacionamento conflituoso com as pessoas próximas.					
24. Redução drástica da paciência para as pessoas.					
25. Mostrar desinteresse pela vida.					
26. Ameaçar que vai cometer atos suicidas.					
27. Falta de paciência repentina para qualquer assunto.					
28. Dizer que não tem razões para viver.					
29. Dificuldade em dormir ou dormir demais, quando isso não é habitual.					
30. Isolamento da família.					
31. Isolamento da sociedade.					
32. Dizer que se sente sem saída, sem alternativas para resolver os problemas.					
33. Manifestações de raiva descontrolada.					
34. Agir de forma imprudente, insensata, o que não é comum em si.					
35. Envolver-se em atividades de alto risco, quando essas atividades não eram praticadas com regularidade.					
36. Mostrar drásticas mudanças de humor.					
37. Mostrar ansiedade ou agitação descontrolada, fora do comum.					

Anexo T - Inventário de Sinais de Alerta para Atos Suicidas (ISAS) – versão 23 itens

INVENTÁRIO DE SINAIS DE ALERTA PARA ATOS SUICIDAS

(versão 23 itens)

Indica em que medida **concordas ou discordas** que os seguintes sinais podem indicar que um(a) jovem está desesperado(a) ao ponto de pensar pôr termo à própria vida.
Assinala com uma cruz **[×]**, de acordo com a seguinte **escala**.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

	1	2	3	4	5
1. Isolamento social, afastamento das pessoas com quem convivia habitualmente.					
2. Desabafos de que a sua vida não faz sentido.					
3. Manifestações físicas de irritabilidade fora do que é comum.					
4. Transmitir sentimentos de desapontamento face ao mundo e aos outros.					
5. Verbalização de ideias associadas à morte.					
6. Conversas que revelem desinteresse pelo "valor" da vida.					
7. Falar frequentemente sobre atos suicidas.					
8. Resultados escolares bastante inferiores ao esperado.					
9. Afastamento repentino do grupo de amigos.					
10. Aumento do interesse e das conversas sobre o tema do suicídio.					
11. Relacionamento conflituoso com as pessoas próximas.					
12. Redução drástica da paciência para as pessoas.					
13. Ameaçar que vai cometer atos suicidas.					
14. Falta de paciência repentina para qualquer assunto.					
15. Dizer que não tem razões para viver.					
16. Dificuldade em dormir ou dormir demais, quando isso não é habitual.					
17. Isolamento da família.					
18. Isolamento da sociedade.					
19. Manifestações de raiva descontrolada.					
20. Agir de forma imprudente, insensata, o que não é comum em si.					
21. Envolver-se em atividades de alto risco, quando essas atividades não eram praticadas com regularidade.					
22. Mostrar drásticas mudanças de humor.					
23. Mostrar ansiedade ou agitação descontrolada, fora do comum.					

Anexo U - Formulário entregue ao painel de juízes – Inventário de Atitudes em Relação à Prevenção dos Atos Suicidas (IAPS)

INVENTÁRIO DE ATITUDES EM RELAÇÃO À PREVENÇÃO DOS ATOS SUICIDAS

Por favor, avalie cada item do questionário de acordo com os seguintes critérios: relevância; representatividade; especificidade; clareza; linguagem e extensão. Com base na escala abaixo indicada, selecione o número que melhor corresponde à sua avaliação referente a cada item.
Indique ainda qual a dimensão teórica que melhor representa o item, com base nas opções da alínea **g**.

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
a. Relevância	Nada relevante	Pouco relevante	Razoavelmente relevante	Muito relevante	Extremamente Relevante
b. Representatividade	Nada representativo	Pouco representativo	Razoavelmente representativo	Muito representativo	Extremamente representativo
c. Especificidade	Nada específico	Pouco específico	Razoavelmente específico	Muito específico	Extremamente específico
d. Clareza	Nada claro	Pouco claro	Razoavelmente claro	Muito claro	Extremamente claro
e. Linguagem	Nada adequada	Pouco adequada	Razoavelmente adequada	Muito adequada	Extremamente adequada
f. Extensão	Extremamente extenso	Muito extenso	Razoavelmente extenso	Pouco extenso	Nada extenso
g. *Dimensão teórica*	*Atitudes adaptativas*	*Atitudes não-adaptativas*			

Critérios de Avaliação dos Itens:

Relevância – grau em que o item é importante para o constructo-alvo.

Representatividade – grau em que o item é representativo/típico do constructo-alvo.

Especificidade – o grau em que o item é característico do constructo-alvo.

Clareza – grau em que cada item é fácil de ler e de compreender.

Linguagem – grau em que o vocabulário do item se adequa ao público-alvo.

Extensão – grau em que a extensão/tamanho do item se adequa ao conteúdo que pretende transmitir.

Dimensões Teóricas:

1. **Atitudes adaptativas** – dimensão que engloba um conjunto de itens referentes à predisposição para agir de uma forma adequada perante pessoas que manifestem o desejo ou intenção de terminarem com a própria vida, i.e., atitudes que promovam a resolução de problemas e a superação da crise suicida.

2. **Atitudes não-adaptativas –** dimensão que integra um conjunto de itens referentes à predisposição para agir de uma forma pouco adequada perante pessoas que manifestem o desejo ou intenção de terminarem com a própria vida, i.e., atitudes que não facilitem a resolução da crise suicida.

	a.Relevância	b. Representatividade	c.Especificidade	d. Clareza	e.Linguagem	f. Extensão	g.Dimensão teórica
1. Ignorava, porque mais cedo ou mais tarde vai esquecer-se disso.							
2. Tentava mostrar que às vezes vemos as coisas de forma muito extrema, mas que entre o preto e o branco há cinzentos.							
3. Escutava atenta e ativamente (ex., fazendo perguntas de forma interessada).							
4. Não fazia nada, porque eu não poderia fazer nada.							
5. Lembrava que a vida tem altos e baixos e recordava os momentos em que esteve bem.							
6. Procurava informar-me sozinho sobre o que poderia fazer nessa situação (ex., livros, Internet, televisão, revistas,…).							
7. Pedia ajuda a um adulto de confiança.							
8. Mudava de assunto sempre que ele falasse sobre intenções suicidas.							
9. Ajudava a encontrar soluções mais flexíveis (menos rígidas) para os seus problemas.							
10. Alertava que iria magoar seriamente as pessoas que gostam verdadeiramente de si.							
11. Lembrava os projetos que ele tinha para o futuro.							
12. Deixava-o sozinho para que pudesse pensar melhor.							
13. Chamava a atenção para outras perspetivas sobre os problemas atuais.							
14. Motivava-o a envolver-se mais nos seus interesses e atividades lúdicas.							
15. Pedia para não falar sobre pensamentos suicidas.							
16. Transmitia que há pessoas dispostas a ajudá-lo.							
17. Lembrava que no passado resolveu outros problemas difíceis.							
18. Não fazia nada, porque eu não seria capaz de o ajudar.							
19. Deixava que expressasse as suas emoções e pensamentos, mesmo os mais negativos.							

	a	b	c	d	e	f	g
20. Afastava-me, pois se ele quisesse pôr termo à própria vida isso não me diria respeito.							
21. Pedia ajuda na escola (ex. professor, diretor de turma, psicólogo, …).							
22. Assustava-o com as eventuais consequências negativas de um ato suicida, por exemplo, a nível físico, familiar e social.							
23. Mostrava que ele tem poucas competências para lidar com situações difíceis.							
24. Lembrava que o desespero não é definitivo, mas passageiro.							
25. Apresentava alternativas para solucionar os seus problemas.							
26. Escutava sem críticas ou moralismos.							
27. Mostrava a minha desilusão pelos seus pensamentos suicidas.							
28. Telefonava para uma linha de apoio psicológico ou de informação sobre saúde.							
29. Pedia ajuda aos serviços de saúde (ex., Centro de Saúde ,…).							
30. Criticava-o por não conseguir resolver os seus problemas adequadamente.							
31. Lembrava memórias positivas do passado.							
32. Realçava o valor absoluto e máximo da vida.							
33. Reagia com indignação (ex., “nunca pensei que fosses tão parvo ao ponto de teres pensamentos suicidas).							
34. Incentivava a que não partilhasse os seus pensamentos suicidas com outras pessoas.							
35. Alertava para o facto de que o suicídio é um ato definitivo para um sofrimento passageiro.							
36. Afastava-me mesmo que discordasse, pois penso que deveria respeitar as decisões dos outros.							
37. Recorria a provérbios populares para reduzir a intenção suicida “não há mal que sempre dure, nem bem que nunca acabe” ou “depois da tempestade vem a bonança”.							

Solicitamos ainda o seu parecer técnico sobre os seguintes aspetos do presente inventário:

- Clareza das instruções;

[De seguida, apresenta-se uma lista de possíveis atitudes que podem ser adotadas perante **uma pessoa que tencione pôr termo à própria vida**. Imagina que essa pessoa é um(a) jovem que tu conheces (por exemplo, um(a) colega de turma) e tu tens conhecimento dessa situação.
Assinala com uma cruz **[×]**, em que medida **concordas ou discordas** que as seguintes afirmações corresponderiam à tua maneira de agir nessa situação, de acordo com a seguinte escala].

_____
_____
_____

- Adequabilidade da escala de medida;

[Escala tipo *Likert* de cinco pontos: 1 (*Discordo totalmente*)*;* 2 (*Discordo*)*;* 3 (*Não concordo, nem discordo*)*; 4* (*Concordo*)*; 5* (*Concordo totalmente*)]

_____
_____
_____

- Extensão (embora a análise estatística dos itens possa conduzir à exclusão de alguns);

_____
_____
_____

- Utilidade no âmbito da prevenção primária;

_____
_____
_____

- Outras dimensões críticas das atitudes em relação às pessoas em risco de suicídio que não tenham sido especificadas pelos autores;

_____
_____
_____

- Outras sugestões.

_____
_____
_____

Anexo V – Inventário de Atitudes em Relação à Prevenção dos Atos Suicidas (IAPS) – versão 37 itens

INVENTÁRIO DE ATITUDES EM RELAÇÃO À PREVENÇÃO DOS ATOS SUICIDAS

(versão 37 itens)

De seguida, apresenta-se uma lista de possíveis atitudes (tendências para agir de determinada maneira) que podem ser adotadas perante **uma pessoa que tencione pôr termo à própria vida**. Imagina que essa pessoa é um(a) jovem que tu conheces (por exemplo, um(a) colega de turma) e tu tens conhecimento dessa situação.

Assinala com uma cruz **[×]**, em que medida **concordas ou discordas** que as seguintes afirmações corresponderiam à tua maneira de agir nessa situação, de acordo com a seguinte escala.

1	**2**	**3**	**4**	**5**
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

	1	2	3	4	5
1. Ignorava, porque mais cedo ou mais tarde vai esquecer-se disso.					
2. Tentava mostrar que às vezes vemos as coisas de forma muito extrema, mas que entre o preto e o branco há cinzentos.					
3. Escutava atenta e ativamente (ex., fazendo perguntas de forma interessada).					
4. Não fazia nada, porque eu não poderia fazer nada.					
5. Lembrava que a vida tem altos e baixos e recordava os momentos em que esteve bem.					
6. Procurava informar-me sozinho sobre o que poderia fazer nessa situação (ex., livros, Internet, televisão, revistas,…).					
7. Pedia ajuda a um adulto de confiança.					
8. Mudava de assunto sempre que ele falasse sobre intenções suicidas.					
9. Ajudava a encontrar soluções mais flexíveis (menos rígidas) para os seus problemas.					
10. Alertava que iria magoar seriamente as pessoas que gostam verdadeiramente de si.					
11. Lembrava os projetos que ele tinha para o futuro.					
12. Deixava-o sozinho para que pudesse pensar melhor.					
13. Chamava a atenção para outras perspetivas sobre os problemas atuais.					
14. Motivava-o a envolver-se mais nos seus interesses e atividades lúdicas.					
15. Pedia para não falar sobre pensamentos suicidas.					
16. Transmitia que há pessoas dispostas a ajudá-lo.					

	1	2	3	4	5
17. Lembrava que no passado resolveu outros problemas difíceis.					
18. Não fazia nada, porque eu não seria capaz de o ajudar.					
19. Deixava que expressasse as suas emoções e pensamentos, mesmo os mais negativos.					
20. Afastava-me, pois se ele quisesse pôr termo à própria vida isso não me diria respeito.					
21. Pedia ajuda na escola (ex. professor, diretor de turma, psicólogo, …).					
22. Levava-o a imaginar as possíveis consequências negativas e irreversíveis de um ato suicida, por exemplo, a nível físico, familiar e social.					
23. Mostrava que ele tem poucas competências para lidar com situações difíceis.					
24. Lembrava que o desespero não é definitivo, mas passageiro.					
25. Apresentava alternativas para lidar com os seus problemas.					
26. Escutava sem críticas ou moralismos.					
27. Mostrava a minha desilusão pelos seus pensamentos suicidas.					
28. Telefonava para uma linha de apoio psicológico ou de informação sobre saúde.					
29. Pedia ajuda aos serviços de saúde (ex., Centro de Saúde ,…).					
30. Criticava-o por não conseguir resolver os seus problemas adequadamente.					
31. Lembrava memórias positivas do passado.					
32. Realçava o valor absoluto e máximo da vida.					
33. Reagia com indignação (ex., “nunca pensei que fosses tão parvo ao ponto de teres pensamentos suicidas).					
34. Incentivava a que não partilhasse os seus pensamentos suicidas com outras pessoas.					
35. Alertava para o facto de que o suicídio é um ato definitivo para um sofrimento passageiro.					
36. Afastava-me mesmo que discordasse, pois penso que deveria respeitar as decisões dos outros.					
37. Recorria a provérbios populares para reduzir a intenção suicida “não há mal que sempre dure, nem bem que nunca acabe” ou “depois da tempestade vem a bonança”.					

Anexo W – Inventário de Atitudes em Relação à Prevenção dos Atos Suicidas (IAPS) – versão 26 itens

INVENTÁRIO DE ATITUDES EM RELAÇÃO À PREVENÇÃO DOS ATOS SUICIDAS
(versão 26 itens)

De seguida, apresenta-se uma lista de possíveis atitudes (tendências para agir de determinada maneira) que podem ser adotadas perante **uma pessoa que tencione pôr termo à própria vida**. Imagina que essa pessoa é um(a) jovem que tu conheces (por exemplo, um(a) colega de turma) e tu tens conhecimento dessa situação.
Assinala com uma cruz **[×]**, em que medida **concordas ou discordas** que as seguintes afirmações corresponderiam à tua maneira de agir nessa situação, de acordo com a seguinte escala.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

	1	2	3	4	5
1. Ignorava, porque mais cedo ou mais tarde vai esquecer-se disso.					
2. Escutava atenta e ativamente (ex., fazendo perguntas de forma interessada).					
3. Não fazia nada, porque eu não poderia fazer nada.					
4. Pedia ajuda a um adulto de confiança.					
5. Mudava de assunto sempre que ele falasse sobre intenções suicidas.					
6. Lembrava os projetos que ele tinha para o futuro.					
7. Deixava-o sozinho para que pudesse pensar melhor.					
8. Motivava-o a envolver-se mais nos seus interesses e atividades lúdicas.					
9. Transmitia que há pessoas dispostas a ajudá-lo.					
10. Lembrava que no passado resolveu outros problemas difíceis.					
11. Não fazia nada, porque eu não seria capaz de o ajudar.					
12. Afastava-me, pois se ele quisesse pôr termo à própria vida isso não me diria respeito.					
13. Pedia ajuda na escola (ex. professor, diretor de turma, psicólogo, …).					
14. Levava-o a imaginar as possíveis consequências negativas e irreversíveis de um ato suicida, por exemplo, a nível físico, familiar e social.					
15. Mostrava que ele tem poucas competências para lidar com situações difíceis.					

	1	2	3	4	5
16. Lembrava que o desespero não é definitivo, mas passageiro.					
17. Apresentava alternativas para lidar com os seus problemas.					
18. Mostrava a minha desilusão pelos seus pensamentos suicidas.					
19. Telefonava para uma linha de apoio psicológico ou de informação sobre saúde.					
20. Pedia ajuda aos serviços de saúde (ex., Centro de Saúde ,…).					
21. Criticava-o por não conseguir resolver os seus problemas adequadamente.					
22. Lembrava memórias positivas do passado.					
23. Realçava o valor absoluto e máximo da vida.					
24. Reagia com indignação (ex., “nunca pensei que fosses tão parvo ao ponto de teres pensamentos suicidas).					
25. Incentivava a que não partilhasse os seus pensamentos suicidas com outras pessoas.					
26. Afastava-me mesmo que discordasse, pois penso que deveria respeitar as decisões dos outros.					

Anexo X – Ação de Sensibilização para a Prevenção dos Atos Suicidas em Adolescentes – Material de Apoio

Ação de Sensibilização para a Prevenção dos Atos Suicidas em Adolescentes – Material de Apoio

Ação de Sensibilização para a Prevenção dos Atos Suicidas em Adolescentes

Orientadores:
Prof. Doutor José Pestana Cruz
Prof. Doutor Saul Jesus

Marta Brás
Doutoranda em Psicologia

A Fase da Adolescência

- Jovens dos 12 aos 19 anos
- Conjunto de transformações: físicas, psicológicas, sociais, entre outras.



A fase da adolescência



Caso da Marisa

A Marisa tem 17 anos, está no 12.º ano, é uma excelente aluna e, desde criança, sonha entrar no curso de Medicina. Os pais da Marisa sempre a apoiaram neste projeto e faziam questão de partilhá-lo com a família e os amigos. São uma família bem posicionada na sociedade, sem dificuldades económicas. A Marisa sempre foi muito dedicada aos estudos. Teve o seu primeiro namorado no 12.º ano e pensou que seria para a vida. No final do 12.º ano, o Luís terminou o namoro com ela, foi o seu pior verão. Em Setembro, a Marisa não conseguiu entrar no curso de Medicina. Este conjunto de acontecimentos levou a Marisa a sentir-se frustrada consigo mesma. Achava que tinha desapontado toda a gente (a família, os amigos da família, os seus amigos) e que tinha falhado como estudante, filha e namorada, o que a levou a questionar se se justificava continuar a vida "sem projetos e sem ninguém".

Caso do André

O André é um adolescente tímido. Já em criança revelava grandes dificuldades em estabelecer novos relacionamentos. Desde que entrou na escola secundária, há um ano, ainda não conseguiu integrar-se na turma, passa a maior parte dos intervalos sozinho, refugiando-se nos jogos do telemóvel ou do computador.

Um grupo de alunos mais velhos, nos últimos meses tem gozado frequentemente com o André. Chamam-lhe o "menino mimado", imbecil, fraco, entre outras acusações e ameaças, roubam-lhe os bonés, o telemóvel e fazem-lhe outras maldades que o têm deixado muito perturbado.

Mais recentemente começaram também os abusos físicos. Quando passam por ele nos corredores puxam-lhe os cabelos, beliscam-no e, por vezes, são bastante violentos em frente de outros colegas que nada fazem, além de rir. O André sente-se permanentemente humilhado e já referiu algumas vezes que "está farto desta vida".

Casos da Marisa e do André

- A Marisa e o André hoje são **felizes** e têm muitas **razões para viver**.
- Pediram **ajuda** e receberam-na!
- **Ultrapassaram** as dificuldades!
- Tornaram-se mais pessoas mais capazes de **enfrentar** os problemas.

Como podíamos ter detetado o mal-estar psicológico da Maria ou do André ?

Sinais de Alerta

Isolamento social ou afastamento das pessoas com quem convivia habitualmente.

Desinteresse por atividades que antes eram gratificantes (ex., jantares de aniversário, praticar futebol, ...).

Mudança repentina de comportamentos e de humor.

Diminuição súbita do rendimento e interesse escolar.

Sinais de Alerta

Relacionamento problemático com a família e/ou o grupo de amigos.

Maior irritabilidade ou agressividade do que era comum.

Discursos típicos: "*Apetece-me desistir de tudo*"; "Estou farto(a) desta vida"; "*A minha família viveria melhor sem mim*".

Mensagens pessimistas nas redes sociais (ex., *facebook*, *msn*, *hi-five*).

Sinais de Alerta

Nunca nos podemos basear num <u>único</u> sinal!

Desvalorização dos projetos para o futuro.

Aumento repentino do consumo de substâncias de risco (ex., álcool, drogas,..).

Material escrito ou desenhado que expresse pensamentos negativos e de mal-estar.

Mudança de hábitos (ex., comer, dormir,...)

Desinteresse generalizado pela vida e pelas pessoas.

Quem pode ajudar na sinalização?



Colega de Secretária



Colega de Turma



Colega de Escola

Quem pode ajudar na sinalização?



Namorado/a



Amigo(a)



Professor

Quem pode ajudar na sinalização?



Familiar



Padre Catequista



Profissional de Saúde

Quem pode ajudar?

- **Qualquer pessoa pode tomar uma atitude ativa perante outra que evidencie sinais de mal-estar psicológico intenso.**
- **Todos nós podemos tentar:**
  - Ajudar alguém a viver melhor.
  - Ajudar alguém a procurar ajuda.



Como é que se pode ajudar um colega?



Em situação de crise

Temos que **inverter** a balança: **aumentar as Razões para Viver**

Como é que se pode ajudar um colega?

- Em situação de crise, o mais importante é **aumentar as razões para VIVER:**
  - **Recordar:**
    - Projetos para o futuro
    - Atividades agradáveis
    - Os momentos divertidos com os amigos
    - O amor da família ou de algum familiar
    - Objetos e atividades pessoais significativos

Como é que se pode ajudar um colega?

- Escutar ativa e atentamente.
- Deixar que expresse as suas emoções e pensamentos.
- Lembrar-lhe que a vida tem altos e baixos e recordar os momentos em que esteve bem.
- Lembrar-lhe momentos positivos do passado.
- Ajudar a encontrar soluções ou alternativas para os problemas.
- Lembrar-lhe que no passado resolveu outros problemas difíceis. Promover atitudes mais flexíveis!

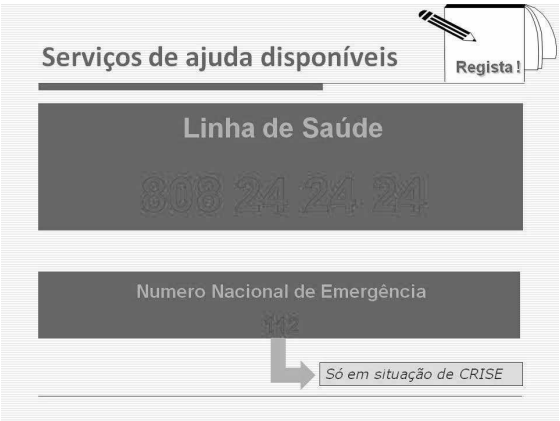
Como é que se pode ajudar um colega?

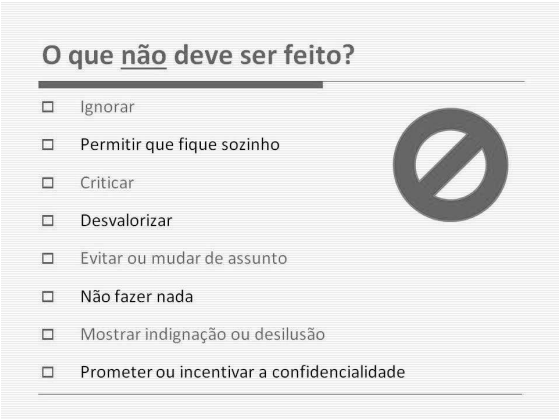
- Lembrar-lhe que o desespero não é definitivo, mas transitório.
- Mostrar-lhe que ele ia magoar seriamente as pessoas que gostam verdadeiramente de si.
- Imaginar possíveis consequências negativas (ex., físicas, sociais, familiares) de um ato impulsivo.
- Ajudar a encontrar soluções ou alternativas para os problemas.
- Frisar o valor absoluto e máximo da **VIDA**.
- Transmitir-lhe que há pessoas e serviços dispostos a ajudá-lo.

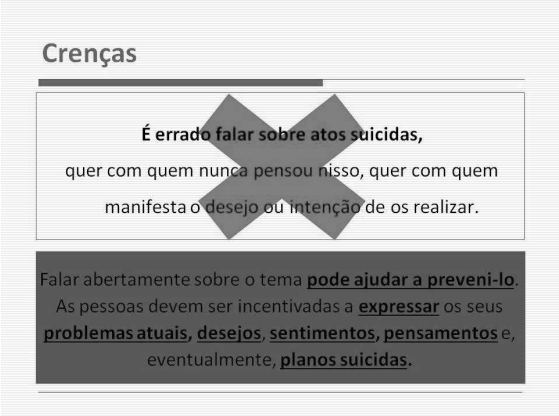
Serviços de ajuda disponíveis

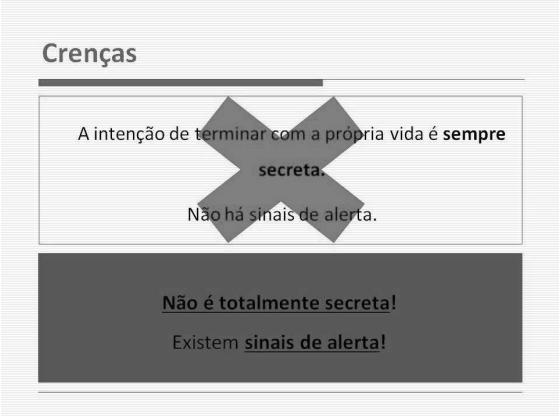


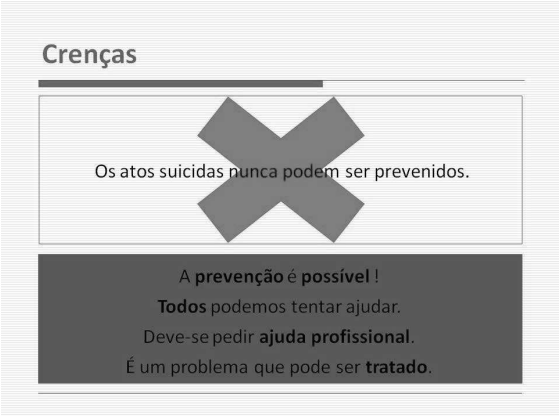
- **Psicólogo da Escola**
- **Hospital Distrital de Faro** – 289 891 100
- **Centro de Saúde local** – 289 401 000
- **Associações**
  - **SOS Voz Amiga** – 213544545; 912802669; 963524660

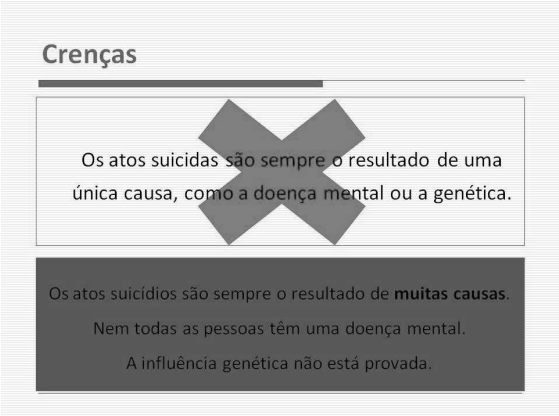

Serviços de ajuda disponíveis
Regista!
Linha de Saúde
808 24 24 24
Numero Nacional de Emergência
112
Só em situação de CRISE


O que não deve ser feito?
Ignorar
Permitir que fique sozinho
Criticar
Desvalorizar
Evitar ou mudar de assunto
Não fazer nada
Mostrar indignação ou desilusão
Prometer ou incentivar a confidencialidade


Crenças
É errado falar sobre atos suicidas,
quer com quem nunca pensou nisso, quer com quem manifesta o desejo ou intenção de os realizar.
Falar abertamente sobre o tema pode ajudar a preveni-lo.
As pessoas devem ser incentivadas a expressar os seus problemas atuais, desejos, sentimentos, pensamentos e, eventualmente, planos suicidas.


Crenças
A intenção de terminar com a própria vida é sempre secreta.
Não há sinais de alerta.
Não é totalmente secreta!
Existem sinais de alerta!


Crenças
Os atos suicidas nunca podem ser prevenidos.
A prevenção é possível !
Todos podemos tentar ajudar.
Deve-se pedir ajuda profissional.
É um problema que pode ser tratado.


Crenças
Os atos suicidas são sempre o resultado de uma única causa, como a doença mental ou a genética.
Os atos suicídios são sempre o resultado de muitas causas.
Nem todas as pessoas têm uma doença mental.
A influência genética não está provada.

Crenças

~~Os atos suicidas são sempre para obter compaixão ou chamar a atenção.~~

A pessoa está a sofrer.
Pode ter perdido alguma coisa (ou alguém) que considera indispensável na sua vida.
Precisa de ajuda!

Crenças

~~As pessoas que querem pôr termo à vida não aceitam ajuda.~~

Estas pessoas geralmente **aceitam ajuda**, mas podem ter dificuldade em pedi-la.
Na verdade, não querem terminar com a vida, mas sim **terminar com o sofrimento**.

Mensagens Preventivas

A vida não é perfeita, muda todos os dias.

Só se vivermos é que poderemos saber o que vai acontecer amanhã.

A vida é melhor com cada um de nós!

Pode-se sempre tentar fazer algo para viver melhor.

Observem as coisas boas à vossa volta.

Animem-se e ativem-se já!

Os problemas fazem parte da ***vida***!

Há sempre uma ***solução***!

Se não estás a encontrá-la **procura ajuda**!

Há pessoas dispostas a ajudar-te!

Procura ajuda, sempre que precisares!!!

Parabéns pela vossa participação!

Agora são pessoas mais capazes de se autoajudarem e de ajudarem os outros!

Votos de sucesso académico e pessoal para todos!



Marta Brás
Contacto: mbras@ualg.pt

Não há rosas sem espinhos!

Anexo Y – *Flyer* Informativo[48]

[48] Entregue a todos os participantes da investigação.

A VIDA É MELHOR CONTIGO!

Procura ajuda quando for necessário, quer para ti, quer para algum colega!

Há pessoas dispostas a ajudar-te. Sempre!

Onde procurar Ajuda?

- ***Psicólogo da Escola****;*
- ***Um adulto de confiança*** *(pais, professores, médico de família, …);*
- ***Hospital de Faro****: 289 891 100*
- ***Centro de Saúde Local:*** *289 401 000*
- ***Linha de Saúde 24:*** *808 24 24 24*
- ***Número Nacional de Emergência:*** *112 (em situação de CRISE).*
- ***SOS Voz Amiga****: 213 544 545; 912 802 669; 963 524 660 (das 16h às 24h);*
- ***SOS Estudante:*** *808 200 204; 969 554 545 (das 20h à 01h)*

PODEMOS SEMPRE FAZER ALGO PARA VIVER MELHOR!

E, TAMBÉM, AJUDAR OS OUTROS A SEREM MAIS FELIZES!