

ANA MARGARIDA CASTANHEIRA DA CUNHA

**IDEAÇÃO SUICIDA NOS ADOLESCENTES DA ILHA DE SÃO MIGUEL
(AÇORES):**

ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2020

ANA MARGARIDA CASTANHEIRA DA CUNHA

**IDEAÇÃO SUICIDA NOS ADOLESCENTES DA ILHA DE SÃO MIGUEL
(AÇORES):**

ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de: Prof^ª. Doutora Marta Brás



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2020

**IDEAÇÃO SUICIDA NOS ADOLESCENTES DA ILHA DE SÃO MIGUEL
(AÇORES):**

ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO

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.

(Ana Margarida Castanheira da Cunha)

Copyright © Ana Margarida Castanheira da Cunha

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

Agradecimentos

Finalizado o processo que culminou na concretização da presente dissertação de mestrado é-me possível agora refletir sobre a totalidade do mesmo. Por um lado, esta foi uma etapa árdua, repleta de dúvida, incerteza e obstáculos. Por outro lado, constituiu-se como uma fase de aprendizagem, crescimento e resiliência que me forçou a sair inúmeras vezes da minha zona de conforto e enfrentar diversas barreiras. Assim, a conclusão desta caminhada não teria sido possível sem a intervenção de diversas pessoas (singulares e coletivas) que merecem o seu devido reconhecimento.

Inicialmente, gostaria de agradecer à minha orientadora Professora Doutora Marta Brás por todo o seu acompanhamento e apoio. Agradeço-lhe pelo seu incansável trabalho, por todo o reforço e incentivo que me deu, pela sua exigência, pela sua dedicação para com este trabalho e, acima de tudo, pela sua compreensão e humanidade para comigo. Reconheço-a como uma profissional de excelência, um ser humano empático e transigente, bem como, uma mulher modelar. A sua presença, orientação, aconselhamento e conhecimento foram elementos chave nesta dissertação e, por tudo isso, exprimo não só a minha gratidão para consigo, como também a minha admiração.

Em seguida, agradeço a todos os jovens (e respetivos encarregados de educação) que colaboraram na presente investigação, bem como, a todas as Unidades Orgânicas, e seus integrantes, que me receberam e permitiram a recolha de dados nas suas instalações.

Agradeço à minha família, em particular ao meu pai e à minha mãe, para quem um obrigado não é suficiente para expressar a minha gratidão. Por terem sido o meu porto seguro desde o primeiro momento. Por toda a paciência, amparo e segurança que me facultaram. Por todas as vezes que me mostraram o caminho e me deram força para continuar a lutar pelos meus objetivos. Por toda a confiança e coragem que me transmitiram, quando eu própria não a tinha. Por relativizarem os problemas quando eu os catastrofizei. Por todo o tempo despendido (todas as horas incalculáveis!) comigo, mesmo quando existiam outras tarefas para fazer. O meu sincero obrigado! Sem vocês este projeto nunca se teria tornado uma realidade.

Aos meus irmãos João e Francisco por todos os momentos de riso e descontração que me proporcionaram, por compreenderem a minha ausência quando o desejo era estar presente e por me tolerarem nos momentos menos positivos.

Ao meu namorado Miguel que foi, sem dúvida, uma das peças essenciais deste processo. Por ser o meu confidente, por estar disponível para mim durante horas, pela sua personalidade inerentemente calma e positiva, pela sua forma objetiva de ver o mundo e por ser sempre paciente comigo, mesmo quando a minha ansiedade e os meus medos pareciam prevalecer sobre tudo o resto. Agradeço todos os momentos que despendeste e todo o carinho que me demonstraste, seja ele sob a forma de um abraço ou sob a forma de uma discussão e resolução de questões estatísticas. Um grande obrigado, daqui até à lua!

Por fim, agradeço a todos os meus amigos (a minha “segunda família”) por todos os momentos longe do trabalho, as conversas longas que nos fazem esquecer os problemas, os risos e as partilhas.

Agradeço em particular ao meu amigo Miguel Oliveira que, por ter uma forma de ser semelhante à minha, me demonstrou nada menos que compreensão, empatia e abertura. Obrigada por compreenderes o meu perfeccionismo, as minhas frustrações, a minha

ansiedade, a minha dúvida e o meu medo de errar. Obrigada por todas as conversas em que me fizeste sentir que, apesar das dúvidas e dificuldades, o sucesso é alcançável. Mesmo estando longe um do outro uma grande parte do ano, estiveste sempre perto.

A todos aqueles que, de um modo ou de outro, contribuíram para a conclusão desta longa caminhada, o meu muito obrigada. Todos vocês tornaram este sonho possível!

*“Foi o tempo que tu perdeste com a tua rosa
que tornou a tua rosa tão importante.”*

Antoine de Saint-Exupéry

Resumo

Os comportamentos suicidários e autolesivos constituem um problema de saúde pública, sendo o suicídio uma das 10 maiores causas de morte mundial e a segunda maior em jovens. Destaca-se a Região Autónoma dos Açores (RAA) onde o suicídio jovem é *preocupante* e a ideação suicida é *alarmante*.

Sabendo-se que para uma predição adequada do risco suicidário é fundamental a compreensão dos fatores de risco e proteção, a presente investigação incluiu dois estudos.

O primeiro estudo objetiva a exploração das características psicométricas do Inventário de Atitudes Face à Procura de Serviços de Saúde Mental (IAPSSM), numa amostra de 750 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos, na ilha de São Miguel (Açores). Os resultados apontam que a estrutura trifatorial proposta é adequada, tendo o IAPSSM sido reduzido a 20 itens. O instrumento revela boas propriedades ao nível da consistência interna, validade convergente, divergente e estabilidade temporal.

O segundo estudo visa analisar a ideação suicida e os fatores de risco e proteção nos adolescentes, recorrendo à mesma amostra do primeiro estudo. Os participantes preencheram instrumentos que avaliavam diversas variáveis: ideação suicida; satisfação com o suporte social; atitudes e intenções face à procura de ajuda; acontecimentos de vida negativos; razões para viver; sintomatologia depressiva e desesperança. Observou-se que apesar de os adolescentes apresentarem valores mais inferiores nos fatores de risco e superiores nos fatores de proteção, uma porção significativa revela algum grau de ideação suicida e 38.3% enquadram-se como população de risco. Verificam-se associações entre os fatores, salientando-se que a depressão é o melhor preditor da ideação suicida, porém, a relação entre ambas não é direta.

A presente investigação constituiu-se como um contributo para o conhecimento do suicídio, complementando a informação existente na RAA, promovendo a abertura para investigações futuras e revelando implicações práticas.

Palavras-chave: adolescência, ideação suicida, estudo psicométrico, procura de ajuda, fator de risco, fator de proteção

Abstract

Suicidal and self-harm behaviors are a public health problem, being that suicide is one of the 10 leading causes of death worldwide and the second leading cause of death for young people. In the Autonomous Region of the Azores (ARA) suicide in younger age groups is *worrisome* and suicidal ideation is *alarming*.

Knowing that to achieve an adequate prediction of suicidal risk it is essential to understand risk and protective factors, this investigation included two studies.

The first study aims to explore the psychometric characteristics of the Inventory of Attitudes toward Seeking Mental Health Services (IASMHS), in a sample comprised of 750 adolescents, with ages ranging from 12 to 19 years, in São Miguel island (Azores). Results suggest that the proposed three-factor structure was adequate, with the IASMHS being shortened to 20 items. This inventory revealed satisfactory psychometric properties in terms of internal consistency, convergent and divergent validity, and temporal stability.

The second study intends to analyze suicidal ideation and its associated risk and protective factors, in the same adolescent sample as the first study. The participants filled in several tools to assess different variables: suicidal ideation; social support satisfaction; help-seeking attitudes and intentions; negative life events; reasons for living; depressive symptoms and hopelessness. It was indicated that even though the adolescents displayed less risk factors and more protective factors, a significant portion revealed suicidal ideation and 38.3% were considered a risk group. Furthermore, associations between the different factors were exhibited, highlighting that depression is the best predictor of suicidal ideation, however, this relationship was mediated.

The present investigation constituted itself as a contribution to the knowledge on suicide, supplementing the already existing information in the ARA, promoting the openness to future studies and presenting practical implications.

Keywords: adolescent, suicidal ideation, psychometric study, help-seeking, risk factors, protective factors

Índice

1. Introdução	1
2. Enquadramento Geral	4
2.1. Dados Epidemiológicos do Suicídio	5
2.2. O Suicídio Enquanto Processo	6
2.3. Modelos Explicativos da Conduta Suicida.....	9
2.3.1. Modelo Etiológico da Conduta Suicida (Yang & Clum, 1996).....	9
2.3.2. Modelo Cognitivo da Conduta Suicida (Cruz, 2000, 2006)	10
2.3.3. Modelo Cognitivo do Suicídio (Wenzel & Beck, 2008).....	11
2.3.4. <i>Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour</i> (O'Connor, 2011).....	13
2.4. A Adolescência e o Suicídio	14
2.5. O Suicídio na Região Autónoma dos Açores	17
3. Estudo 1: Estudo das Características Psicométricas do Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental Numa Amostra de Adolescentes .21	
3.1. Enquadramento Teórico	22
3.1.1. <i>Help-Seeking</i> no Suicídio.....	22
3.1.2. Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental	25
3.2. Objetivos	29
3.3. Metodologia.....	29
3.3.1. Amostra.....	29
3.3.2. Instrumentos.....	30
3.3.2.1. Questionário Sociodemográfico (QSD).....	30

3.3.2.2.	Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida (QIAIS-A)	31
3.3.2.3.	<i>Positive and Negative Suicide Ideation Inventory</i> (PANSI)	31
3.3.2.4.	<i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children</i> (CES-DC)	32
3.3.2.5.	Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	33
3.3.2.6.	Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental (IAPSSM)	33
3.3.2.7.	<i>General and Actual Help-Seeking Questionnaire</i> (GHSQ)	34
3.3.3.	Procedimentos	35
3.3.3.1.	Recolha de Dados	35
3.3.3.2.	Tratamento de Dados	37
3.4.	Resultados	39
3.4.1.	Análise Descritiva	39
3.4.2.	Análise da Estrutura Interna da Escala	41
3.4.2.1.	Análise Fatorial Exploratória (AFE)	41
3.4.2.2.	Análise Fatorial Confirmatória (AFC)	44
3.4.3.	Análise da Fiabilidade	46
3.4.3.1.	Análise da Consistência Interna (Alfa de Cronbach)	46
3.4.3.2.	Análise da Estabilidade Temporal (Teste-Reteste)	46
3.4.4.	Análise da Validade	47
3.4.4.1.	Análise da Validade Convergente	47
3.4.4.2.	Análise da Validade Divergente	48

4.3.2.9. Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental (IAPSSM)	72
4.3.2.10. <i>General and Actual Help-Seeking Questionnaire (GHSQ)</i>	73
4.3.3. Procedimentos.....	74
4.3.3.1. Recolha de Dados.....	74
4.3.3.2. Tratamento de Dados	75
4.4. Resultados	77
4.4.1. Análise Descritiva.....	77
4.4.2. Caracterização da Ideação Suicida de Acordo com as Variáveis Sociodemográficas e Clínicas	80
4.4.3. Análise Correlacional.....	82
4.4.4. Análise de Mediação	88
4.4.5. Análise de Moderação.....	90
4.5. Discussão.....	92
4.6. Conclusões.....	98
5. Referências Bibliográficas	100
6. Anexos.....	120

Índice de Tabelas

Tabela 1. Estatística Descritiva dos Itens do IAPSSM.....	39
Tabela 2. Análise Fatorial Exploratória do IAPSSM	42
Tabela 3. AFC – Índices de Ajustamento para o Modelo Testado	44
Tabela 4. Correlações (r) entre as Dimensões do IAPSSM	45
Tabela 5. Consistência Interna do IAPSSM	46
Tabela 6. Estabilidade Temporal do IAPSSM.....	46
Tabela 7. Validade Convergente do IAPSSM	47
Tabela 8. Validade Divergente do IAPSSM.....	49
Tabela 9. Diferenças de Médias em Função do Sexo	49
Tabela 10. Estatísticas Descritivas e Diferenças de Média em Função do Sexo	77
Tabela 11. Diferenças de Médias da Ideação Suicida (QIAIS) em Função das Variáveis Sociodemográficas e Clínicas	81
Tabela 12. Diferenças de Médias da Ideação Suicida (PANSI-Negativo) em Função das Variáveis Sociodemográficas e Clínicas	81
Tabela 13. Correlações de Pearson (r) entre os Consumos e a Participação em Atividades Religiosas com a Ideação Suicida	82
Tabela 14. Correlações de Pearson (r) entre os Fatores Protetores e de Risco em Estudo	83
Tabela 15. Correlações de Pearson (r) entre os Fatores de Proteção e a Ideação Suicida..	84
Tabela 16. Correlações de Pearson (r) entre os Fatores de Risco e a Ideação Suicida....	85
Tabela 17. Contributo das Variáveis na Explicação da Ideação Suicida (QIAIS).....	86

Tabela 18. Contributo das Variáveis na Explicação da Ideação Suicida (PANSI-Negativo)	87
Tabela 19. Análise de Mediação: Depressão – Mediador – Ideação Suicida (PANSI-Negativo)	89
Tabela 20. Análise dos Efeitos Mediadores Verificados na Literatura (PANSI-Negativo)	89

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo Etiológico da Conduta Suicida (Yang & Clum, 1996).....	10
Figura 2. Modelo Cognitivo da Conduta Suicida (Cruz, 2000, 2006).....	11
Figura 3. Modelo Cognitivo do Suicídio (Wenzel & Beck, 2008)	12
Figura 4. <i>Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour</i> (O'Connor & Kirtley, 2018)	13
Figura 5. Gráfico do efeito de moderação das razões para viver na relação entre a depressão e a ideação suicida.....	90
Figura 6. Gráfico do efeito de moderação da satisfação com o suporte social na relação entre depressão e a ideação suicida.....	91
Figura 7. Gráfico do efeito de moderação da desesperança na relação entre os AVN e a ideação suicida	91
Figura 8. Gráfico do efeito de moderação da desesperança na relação entre a ideação suicida e as intenções de procura de ajuda (informal).....	92

Índice de Anexos

Anexo A. Estudos que analisaram as propriedades psicométricas do Inventário de Atitudes face à Procura de Ajuda	121
Anexo B. Exemplar de pedido de autorização para utilização de instrumento ao autor	128
Anexo C. Pedido de autorização à Direção Regional da Educação (DRE) para a realização do estudo, nas escolas da ilha de São Miguel (Açores).....	130
Anexo D. Autorização da Direção Regional da Educação (DRE) para a realização do estudo, nas escolas da ilha de São Miguel (Açores)	134
Anexo E. Pedido de autorização às Unidades Orgânicas da ilha de São Miguel para a realização do estudo	136
Anexo F. Consentimento Informado para os Encarregados de Educação (em contexto escolar).....	139
Anexo G. Consentimento Informado para os participantes	141
Anexo H. Consentimento Informado para os Encarregados de Educação (na recolha por conveniência)	143

1. Introdução

O “suicídio” é uma ação desenvolvida de forma intencional, com o objetivo de provocar a própria morte (Direção-Geral da Saúde-DGS, 2013; *Oxford University Press*, 2019). É um fenómeno multidimensional que resulta da interligação de fatores, tais como fatores psicológicos, antropológicos, biológicos, sociais e filosóficos (DGS, 2013), dando-se destaque aos fatores psicológicos, que estão na base dos atos suicidários (Shneidman, 1993).

Cerca de 800 000 sujeitos cometem suicídio todos os anos, perfazendo uma média de uma ocorrência a cada 40 segundos (Organização Mundial da Saúde - OMS, 2019b). É um fenómeno que pode ocorrer ao longo da vida, estimando-se que, por cada suicídio consumado, ocorram 20 tentativas de suicídio (OMS, 2019b). Estes dados sugerem que a problemática é mais prevalente do que é estatisticamente registado.

Em Portugal, o suicídio é um problema de saúde pública (DGS, 2013). Na Região Autónoma dos Açores (RAA), os valores de suicídio, nas faixas etárias mais jovens, são considerados “preocupantes” (DGS, 2016). A quantidade de investigações realizadas na RAA, nesta temática, é escassa (Lima, 2016; Neves & Santos, 2016; Róias, 2015) porém, estudos desenvolvidos (e.g., Carvalho, Motta, Sousa, & Cabral, 2017; Neves & Santos, 2016) revelaram interesse nos estratos mais jovens. Na RAA, os jovens apresentaram níveis significativos de depressão, consumo de álcool (Neves & Santos, 2016), bem como, ideação suicida e autodano (Carvalho *et al.*, 2017; Nunes, 2012; Róias, 2015).

Considerando esta informação, torna-se fulcral compreender os mecanismos inerentes a este fenómeno e os fatores envolvidos no mesmo. O entendimento dos fatores que conduzem ao suicídio é complexo (Ordem dos Psicólogos Portugueses - OPP, 2013). Este é um fenómeno resultante de um processo que progride no tempo (Farberow, 2011) e envolve diversos conceitos, nomeadamente, a ideação suicida, a tentativa de suicídio e o suicídio consumado (*National Strategy for Suicide Prevention*, 2001). Estes construtos relacionam-se entre si num *continuum* (Wilde, Kienhorst, & Diekstra, 2001), sendo a ideação suicida o “primeiro passo para o suicídio” (Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2005, p. 263).

Os adolescentes são uma população específica de risco e o suicídio é uma das maiores causas de morte nestes sujeitos (DGS, 2013). Esta é uma temática *tabu*, porém, cuja

exploração é fundamental para prevenir este fenómeno e reduzir a sua fatalidade (Kuczynski, 2014). A adolescência é um período desenvolvimental caracterizado por múltiplas alterações que conduzem a imprevisibilidade (Flechner, 2013). As características deste período fomentam a vulnerabilidade do jovem quando inserido em contextos não ideais (*Committee on Adolescence*, 1996). Torna-se fundamental identificar os sinais de perigo para a ocorrência deste acontecimento (Kaslow, 2014).

Foram desenvolvidos modelos para explicar o funcionamento do suicídio e as variáveis inerentes ao mesmo, destacando-se: o Modelo Etiológico da Conduta Suicida (Yang & Clum, 1996); o Modelo Cognitivo da Conduta Suicida (Cruz, 2000, 2006); o Modelo Cognitivo do Suicídio (Wenzel & Beck, 2008); o *Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour* (O'Connor, 2011). Assim, na literatura, algumas variáveis são destacadas como fatores fundamentais no processo suicidário. A identificação dos fatores de risco e de proteção é imperativa para a prevenção do suicídio, promovendo a compreensão do fenómeno e o desenvolvimento de intervenções adequadas (DGS, 2013). Ao nível dos fatores de risco destacam-se a psicopatologia (em particular a depressão); os acontecimentos de vida negativos e a desesperança. Nos fatores de proteção salienta-se a satisfação com o suporte social; as razões para viver e o *help-seeking*. De entre os fatores, sublinha-se o *help-seeking* como uma variável inovadora e complexa que, de acordo com diversos autores (e.g., Rickwood, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2005; Wilson, Deane, & Ciarrochi, 2005b), se apresenta relacionada com a ideação suicida.

Considerando a informação suprarreferida, a presente dissertação objetiva a compreensão da realidade do suicídio nos adolescentes na Região Autónoma dos Açores (em particular na ilha de São Miguel), integrando dois estudos. O primeiro centraliza-se na variável “*help-seeking*”, objetivando avaliar as propriedades do *Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental* (Mackenzie, Knox, Gekoski, & Macaulay, 2004; versão portuguesa por Fonseca, Silva, & Canavaro, 2017), numa amostra de adolescentes na ilha de São Miguel (Açores). O segundo pretende explorar os níveis de ideação suicida nos adolescentes da ilha de São Miguel, procurando saber qual o ponto da situação atual e investigar os fatores de risco e de proteção mencionados.

O presente documento encontra-se repartido em três secções. Na primeira, é realizado o enquadramento teórico global, aprofundando questões como a prevalência da

problemática, a adolescência e o processo suicidário. Na segunda, é apresentado o primeiro estudo onde se encontra o enquadramento do mesmo, os objetivos (gerais e específicos), a metodologia, os resultados obtidos, a discussão e as conclusões. Na terceira, encontra-se o segundo estudo que se reparte nas mesmas secções que o primeiro (i.e., enquadramento, objetivos, metodologia, resultados, discussão e conclusões). Por último, é possível encontrar as referências bibliográficas e os anexos complementares aos estudos.

2. CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO GERAL

2.1.Dados Epidemiológicos do Suicídio

A nível mundial, o número de mortes por suicídio aumentou entre 1990 e 2016 (em 6.7%) (Naghavi, 2019). Em 2016, a taxa padronizada de suicídio era de 10.53 ocorrências por cada 100 000 sujeitos (OMS, 2018c), constituindo este fenómeno uma das 10 maiores causas de morte na Europa de Leste, Central e Ocidental, Ásia Central, Australásia, sul da América Latina, América do Norte e Ásia-Pacífico (Naghavi, 2019). As regiões mundiais com as taxas mais elevadas são o Sudoeste Asiático (13.40), a Europa (12.85) e a África (11.96) (OMS, 2018c), destacando-se a Guiana como o país com as taxas mais altas (30.2) (OMS, 2018a).

Apesar de as taxas de mortalidade padronizadas serem superiores nos homens e nas faixas etárias mais elevadas (independentemente do sexo), o suicídio não é uma das 10 maiores causas de morte em idosos, com mais de 70 anos (Naghavi, 2019). Paradoxalmente, esta ocorrência é a segunda maior causa de morte nos jovens (OMS, 2013), encontrando-se entre as maiores causas de morte juvenil em zonas como os Estados Unidos da América (*Centers for Disease Control and Prevention* - CDC, 2019), o Canadá (*Statistics Canada*, 2019) e a União Europeia (OMS, 2018b).

Em Portugal, o suicídio e os comportamentos autolesivos constituem um problema de saúde pública (DGS, 2013) e o número de mortes relacionadas com a saúde mental está, maioritariamente, associado ao suicídio (DGS, 2017). Em 2016, Portugal ocupava o nonagésimo sexto lugar na lista das taxas padronizadas (mundiais) de suicídio, encontrando-se, aproximadamente, no centro da lista (OMS, 2018a). Em 2017, ocorreram 1 061 mortes derivadas de suicídio, representando 1% da mortalidade nacional (Instituto Nacional de Estatística - INE, 2019). O suicídio atingiu 1.4% dos homens e 0.5% das mulheres, sendo a proporção da mortalidade masculina de 287.2 mortes por cada 100 mortes femininas (INE, 2019). A taxa bruta de óbitos encontrava-se a 10.3 mortes (por 100 000 habitantes) e a taxa padronizada a 8.0 óbitos (por 100 000 habitantes), mantendo-se o valor superior nos homens (12.8) comparativamente às mulheres (4.0) (INE, 2019).

No que concerne às faixas etárias, verifica-se que 40% das mortes por suicídio ocorreram em sujeitos com mais de 65 anos e 23% em idosos com 75 (ou mais anos) (INE, 2019). Contudo, os jovens não devem ser negligenciados, pois são uma população

de risco e os dados existentes, frequentemente subestimados, são frágeis não permitindo inferir taxas “*reais*” de suicídio (DGS, 2013).

Na RAA, a taxa padronizada de mortalidade por suicídio era de 13.5 (DGS, 2016). Em 2015, a média de suicídios masculinos na região (19.9 suicídios por 100 000 habitantes) ultrapassava a média nacional (17.4 suicídios por 100 000 habitantes) (DGS, 2017). A taxa de suicídio feminino (3.2 suicídios por 100 000 habitantes) encontrava-se abaixo da média nacional (5 suicídios por cada 100 000 habitantes) (DGS, 2017). Os dados relativos ao suicídio juvenil na RAA foram considerados “*preocupantes*”, destacando-se que a taxa de suicídio em jovens do sexo masculino (entre os 15 e os 24 anos) se constatou acima dos 25 suicídios, por 100 000 habitantes (DGS, 2016).

Verifica-se, através dos dados da DGS (2016), que em todas as regiões do país (excecionando a Madeira), as taxas de mortalidade por suicídio revelaram um padrão crescente, apresentando-se mais elevadas nas idades avançadas. Contudo, os resultados da RAA destacaram-se por serem elevados e proeminentes nas faixas etárias mais precoces, contrariando a tendência geral do país (DGS, 2016).

O suicídio é uma problemática prevalente, continuando a contribuir para a mortalidade global (Naghavi, 2019). Considerando os dados existentes, é possível compreender que o suicídio é alarmante nos jovens da RAA. Justifica-se a pertinência de investigar e contribuir com mais conhecimento, no sentido de potenciar a compreensão do funcionamento da esfera suicidária nestes jovens e o desenvolvimento, posterior, de ações/estratégias preventivas adaptadas à realidade.

2.2.O Suicídio Enquanto Processo

O suicídio não é um fenómeno espontâneo, sendo o resultado de um processo volúvel que se desenvolve ao longo do tempo e que culmina na decisão de “*agir contra si mesmo*” (Farberow, 2011, p. 18). A compreensão das causas que conduzem ao suicídio é complexa, implicando a interação de vários fatores, no contexto das experiências passadas pelo sujeito e considerando as suas dificuldades atuais (OPP, 2013).

A conduta suicida incorpora um espectro de *atividades*, associadas a comportamentos e pensamentos suicidas, englobando a ideação suicida, a tentativa de suicídio e o suicídio

consumado (*National Strategy for Suicide Prevention*, 2001). Estes três construtos estabelecem uma relação/processo hierárquico (Wilde *et al.*, 2001).

A ideação suicida pode ser um proscutor dos comportamentos autolesivos ou do ato suicida (DGS, 2013). É concetualizada como o conjunto de pensamentos sobre o término da própria vida, compreendendo os desejos e/ou planos de suicídio, sem que este seja necessariamente consumado (DGS, 2013). É o construto que engloba os pensamentos passivos sobre a morte e pensamentos ativos sobre terminar a própria vida, sem comportamentos preparatórios (Posner, Oquendo, Gould, Stanley, & Davies, 2007). Por sua vez, a tentativa de suicídio é a ação desenvolvida com o objetivo de provocar a própria morte, sem que este objetivo seja atingido (DGS, 2013). É um comportamento realizado com a intenção de morrer e que pode, ou não, resultar em danos efetivos (Posner *et al.*, 2007). Por fim, o suicídio consumado é um comportamento de autodano (Posner *et al.*, 2007), definido do mesmo modo que as tentativas de suicídio, porém, resultando na morte do sujeito (DGS, 2013).

O processo estabelecido entre estes construtos instaura-se num *continuum* (Wilde *et al.*, 2001). A ideação suicida precede as condutas/tentativas suicidas e estas precedem o suicídio consumado (Wilde *et al.*, 2001). A ideação suicida é um fator preditor de importância para o suicídio (DGS, 2013) considerando-se como o ponto inicial do mesmo (Werlang *et al.*, 2005), sendo a primeira variável na hierarquia definida (Wilde *et al.*, 2001). Assim, torna-se fundamental a atribuição da devida relevância a esta variável (Werlang *et al.*, 2005), considerando o papel que desempenha do processo suicidário.

Outros autores realizaram diferentes formulações do processo suicidário, porém, mantendo aspetos comuns. Van Heeringen, Hawton e Williams (2000) defendem que o processo suicidário é o fenómeno que abarca o processamento intraindividual que o sujeito desenvolve como reação ao seu contexto, iniciando-se com sentimentos de desespero, progredindo para ideação suicida, seguindo para o desenvolvimento de um plano e consequentemente gerando tentativas que culminam no suicídio.

Maris, Berman e Silverman (2000) indicam que este fenómeno progride num gradiente que varia entre baixa suicidalidade e alta suicidalidade, abrangendo dez etapas: ausência de suicidalidade, ideação suicida ocasional, ideação suicida crónica, gestos

suicidas, estilo de vida de risco, plano de suicídio vago, plano de suicídio específico, tentativa de suicídio de baixa letalidade, tentativa de suicídio séria e suicídio consumado.

Harris e colaboradores (2015) descrevem o “*barómetro suicidário*” distinguindo sujeitos não-suicidas e sujeitos suicidas de nível baixo, moderado e elevado. À medida que aumenta o grau de suicidalidade, intensificam-se variáveis como o desejo de morte, a ideação suicida, as tentativas de suicídio e a ambivalência entre a vida e a morte (Harris *et al.*, 2015).

Com base no modelo *Biodyne* (Cummings & Cummings, 2012), o suicídio pode ser formulado em três etapas: ideação; planeamento e “*piloto automático*” (Cummings, 2016). A primeira etapa (ideação) ocorre quando o sujeito pensa sobre o suicídio, numa cadência crescente, contudo não apresenta risco de letalidade iminente pois o medo face ao mesmo é predominante (Cummings, 2016). A segunda etapa (planeamento) ocorre quando a ideação suicida progride para a génese de um plano de suicídio (Cummings, 2016). Apesar de o sujeito não apresentar risco de letalidade iminente, necessita de intervenção (Cummings, 2016). Esta é uma fase fugaz do processo suicidário, provocando sofrimento psicológico significativo (Cummings, 2016). Por fim, a terceira etapa (piloto automático) ocorre quando o sujeito se conforma com a decisão de cometer suicídio, apresentado risco iminente de letalidade, normalmente, cometendo suicídio no espaço de 48 horas (Cummings, 2016). Esta última fase caracteriza-se por uma aparente “melhora” no estado psicológico, decorrente de ter sido tomada a decisão de terminar a própria vida, extinguindo-se a ambivalência existente até ao momento (Cummings, 2016).

Apesar de as operacionalizações suprarreferidas não fazerem alusão aos comportamentos autolesivos, é de referir que estes podem ter um papel de relevo. O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio sugere que as estratégias de prevenção devem atuar não só na ideação suicida, mas também, nos comportamentos autolesivos e nos atos suicidas (DGS, 2013). Os comportamentos autolesivos são ações de autoagressão deliberadas, desenvolvidas sem intenção suicida (e.g., cortes) (DGS, 2013). São comportamentos frequentes nos jovens, porém, desvalorizados por não serem considerados condutas de índole suicida (Whitlock & Knox, 2007).

Estes comportamentos não devem ser menosprezados uma vez que estão positivamente associados ao comportamento suicida (Tang *et al.*, 2011; Whitlock &

Knox, 2007), colocando os jovens num risco superior de suicídio (Olfson *et al.*, 2018). Conjetura-se que esta associação ocorre, pois, os comportamentos autolesivos agem como mecanismos de coping para lidar com *distress* psicológico, podendo tornar-se ineficazes, conduzindo a comportamentos suicidários (Whitlock & Knox, 2007).

Tendo em conta que o suicídio é o resultado de um processo, a intervenção nesta área é realizada de forma segmentada. As intervenções podem ser desenvolvidas a quatro níveis: prevenção primária; prevenção secundária e intervenção precoce; pós-intervenção e promoção do bem-estar (Everymind, 2015). A prevenção primária é desenvolvida com a comunidade ou em grupos com risco acrescido e visa a prevenção do desenvolvimento de condutas suicidas (Everymind, 2015). A prevenção secundária e intervenção precoce é aplicada em sujeitos com condutas/crises suicidas e objetiva a redução do comportamento suicidário (Everymind, 2015). A pós-intervenção é desenvolvida nas comunidades afetadas pelo suicídio e procura a redução do impacto do suicídio (Everymind, 2015). A promoção do bem-estar é aplicável à comunidade geral ou a sujeitos que tenham vivenciado experiências de conduta suicida e objetiva promover o bem-estar e a qualidade de vida (Everymind, 2015).

2.3. Modelos Explicativos da Conduta Suicida

O suicídio é um fenómeno complexo, comportando múltiplas variáveis (DGS, 2013). Deste modo, existem modelos etiológicos, de várias áreas do conhecimento, que procuram explicar o funcionamento da conduta suicida, dos quais vão ser destacados modelos psicológicos de relevo.

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

O Modelo Etiológico da Conduta Suicida defende que os acontecimentos de vida negativos (AVN) que ocorrem nas fases precoces da vida (e.g., maus-tratos infantis) podem impactar o funcionamento cognitivo dos sujeitos e, conseqüentemente, afetar os seus comportamentos suicidários (Yang & Clum, 1996). O funcionamento cognitivo do sujeito age como um mediador da relação entre os acontecimentos de vida negativos e os comportamentos suicidários (Yang & Clum, 1996) (Figura 1).

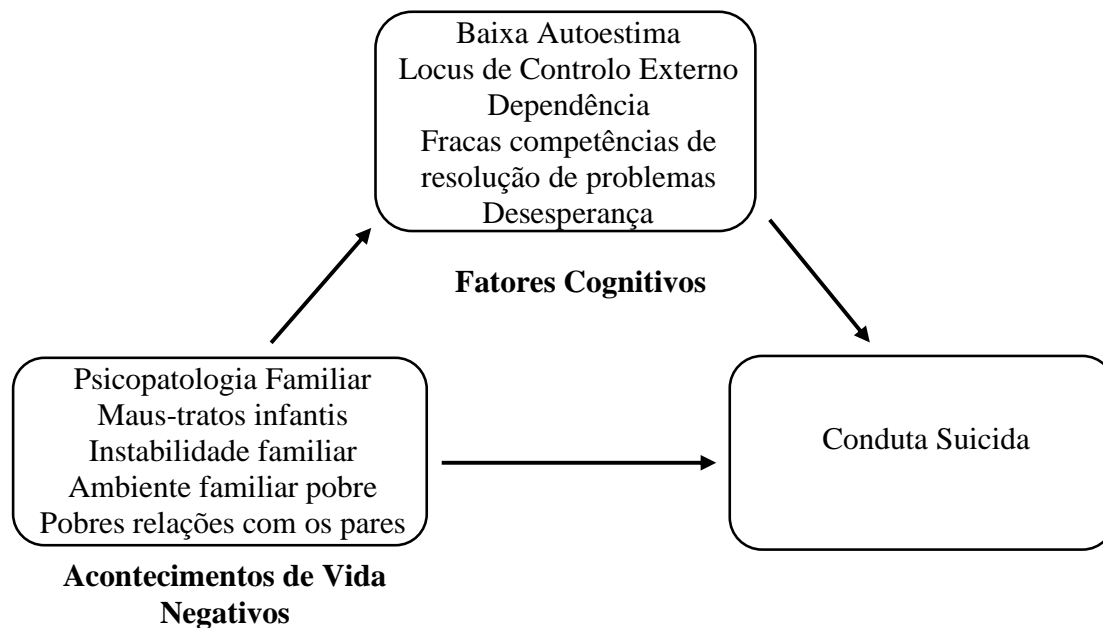


Figura 1. Modelo Etiológico da Conduta Suicida (Yang & Clum, 1996)

Os AVN têm a potencialidade de conduzir aos comportamentos suicidários por duas vias (direta e indireta), afetando diretamente os comportamentos suicidários, agindo como eventos stressores, e influenciando-os de forma indireta, através do modo como alteram o funcionamento cognitivo do sujeito (Yang & Clum, 1996).

Estes acontecimentos de vida negativos são concetualizados como ocorrências que se sucedem antes dos 18 anos e que revelam grande probabilidade de impactar o desenvolvimento de défices cognitivos (Yang & Clum, 1996). Quanto mais precoces e crónicos forem estes acontecimentos, maior será a severidade dos défices supramencionados (Yang & Clum, 1996). Indivíduos que experienciem AVN sofrem défices de funcionamento cognitivo, que se manifestam através de fenómenos, como a desesperança, e que conduzem ao comportamento suicidário (Yang & Clum, 1996).

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

O Modelo Cognitivo da Conduta Suicida (Cruz, 2000, 2006) sugere a existência de três grupos de fatores que determinam esta conduta: fatores de vulnerabilidade; fatores predisponentes e fatores precipitantes (Figura 2).

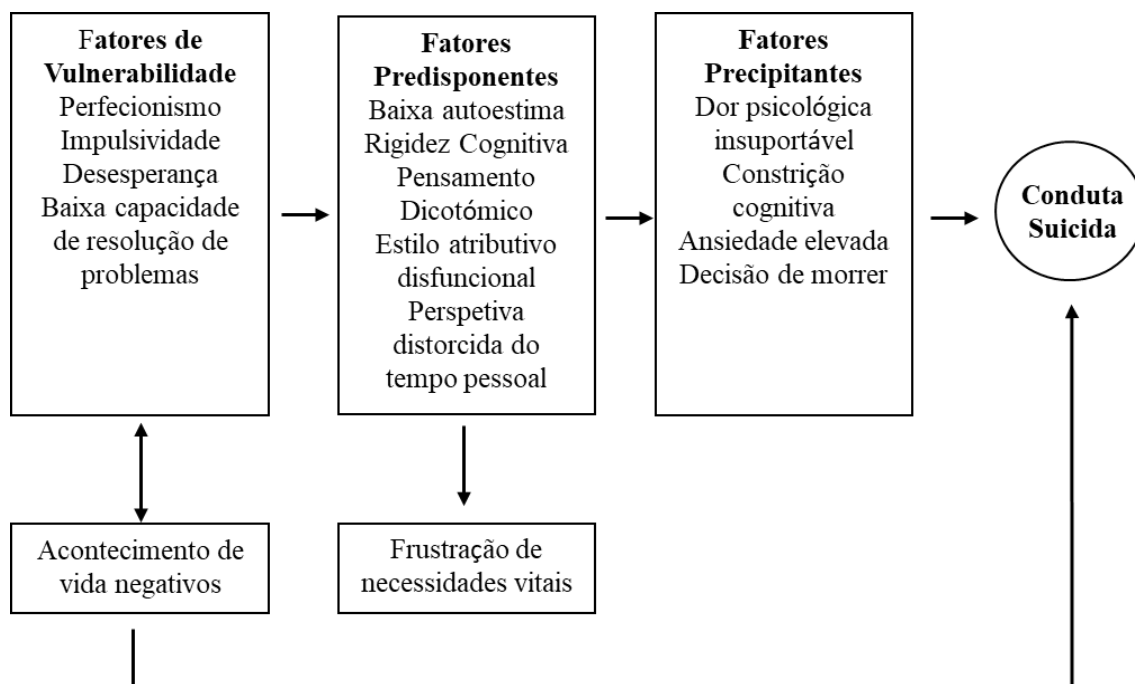


Figura 2. Modelo Cognitivo da Conduta Suicida (Cruz, 2000, 2006)

Os fatores de vulnerabilidade (e.g., perfeccionismo) são o suporte onde se instala a crise suicida, sendo moderadores na relação da pessoa com as suas vivências (Cruz, 2006). Os fatores predisponentes (e.g., baixa autoestima) são mediadores da relação entre os acontecimentos de vida e a conduta suicida, na medida em que, aumentam a probabilidade do sujeito optar pelo suicídio, distorcendo o modo como este interpreta cognitivamente os acontecimentos (Cruz, 2006). Os fatores precipitantes (e.g., ansiedade elevada) são as causas que definem quando e como ocorrerá a conduta suicida (Cruz, 2006).

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

O Modelo Cognitivo do Suicídio (Wenzel & Beck, 2008) preconiza que existem três construtos que constituem o comportamento suicidário: fatores de vulnerabilidade disposicional, processos cognitivos associados à perturbação psiquiátrica e processos cognitivos associados aos atos suicidas (Figura 3).

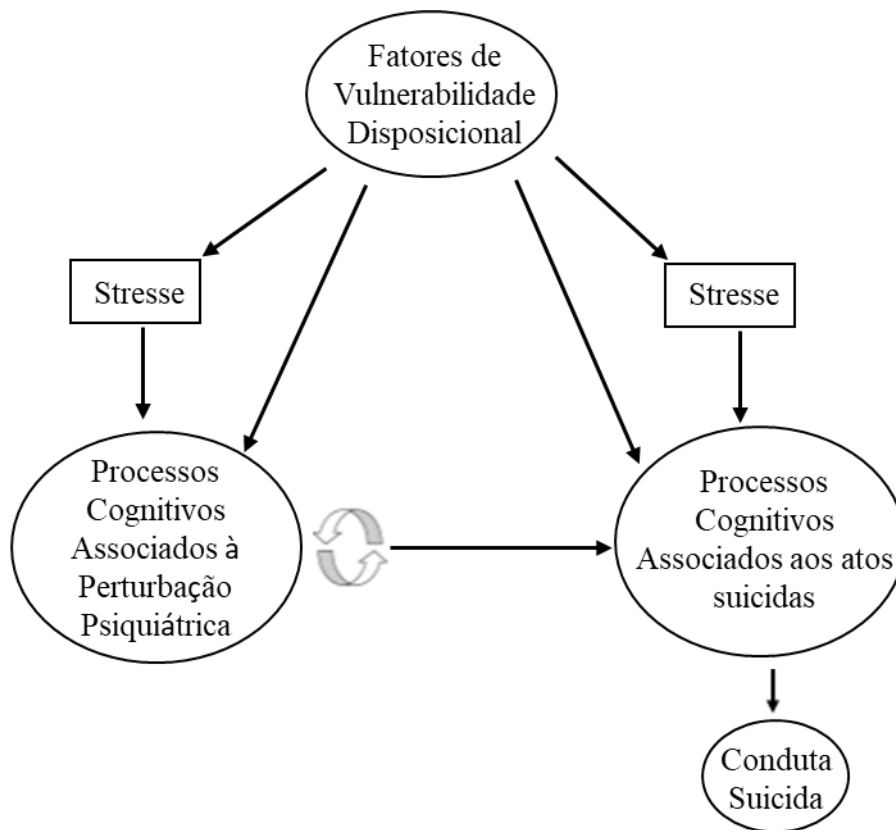


Figura 3. Modelo Cognitivo do Suicídio (Wenzel & Beck, 2008)

Os fatores de vulnerabilidade disposicional são características psicológicas estáveis que aumentam o risco para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas, bem como, aumentam a probabilidade de envolvimento num ato suicida, repartindo-se em cinco categorias: impulsividade e construtos associados; défices na resolução de problemas; estilo de memória generalizado; estilo cognitivo mal-adaptativo e personalidade (Wenzel & Beck, 2008). Estes fatores de vulnerabilidade associam-se à conduta suicida por três vias: potenciando o *life stress* que ativa sintomas/perturbação psiquiátrica e/ou crises suicidárias; exacerbando o decurso da perturbação psiquiátrica; reduzindo as capacidades de coping e perturbando os processos cognitivos adaptativos (Wenzel & Beck, 2008).

Os processos cognitivos associados à perturbação psiquiátrica são vieses de processamento de informação e conteúdos desadaptativos que se associam a perturbações e sintomas psiquiátricos (Wenzel & Beck, 2008). Os processos cognitivos associados aos atos suicidas são conteúdos cognitivos e processamentos de informação que se ativam quando o sujeito se encontra numa crise suicidária (Wenzel & Beck, 2008). Estes processos estão relacionados, pois os processos cognitivos associados à perturbação

psiquiátrica têm a potencialidade de ativar os processos cognitivos associados aos atos suicidas (Wenzel & Beck, 2008).

Assim, o aumento da intensidade, frequência e/ou duração das cognições negativas associadas à perturbação psiquiátrica, promoverá o incremento da probabilidade de ativação do esquema suicidário, o que fomentará os processos cognitivos específicos ao suicídio (Wenzel & Beck, 2008). Conseqüentemente, a ativação de qualquer esquema suicidário proporcionará a experiência de desesperança que interage com os processos de fixação atencional, provocando uma “*espiral*” afeto-cognitiva, promovendo a ideação suicida e criando um contexto favorável ao ato suicidário (Wenzel & Beck, 2008).

Concluindo, os processos cognitivos associados ao suicídio são estimulados com a ativação de um esquema suicidário, estando o despoletar destes esquemas dependente da existência de fatores de vulnerabilidade disposicional, cognições associadas à perturbação psiquiátrica e *life stress* (Wenzel & Beck, 2008). A ideação suicida surge da combinação da desesperança com vieses de processamento de informação (e.g., atencionais), conduzindo ao suicídio quando o sujeito não consegue mais tolerar o seu estado afeto-cognitivo (Wenzel & Beck, 2008).

2.3.4. *Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour* (O’Connor, 2011)

O *Integrated Motivaional-Volitional Model of Suicidal Behaviour* aponta para que o comportamento suicidário implique uma interação heterogénea entre diversos fatores e que o processo se divida em três fases: pré-motivacional, motivacional e volitiva (O’Connor, 2011b) (Figura 4).

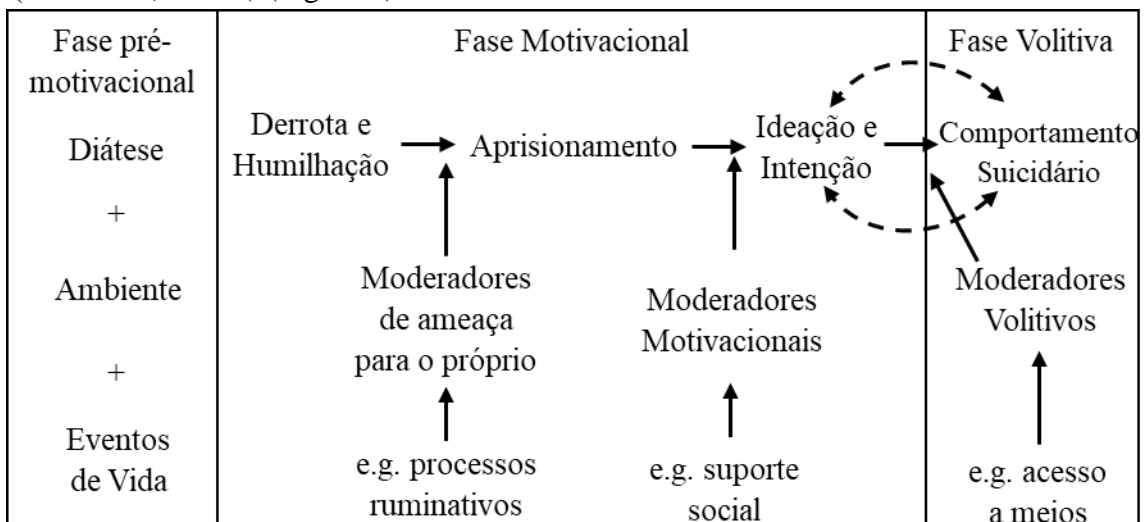


Figura 4. *Integrated Motivaional-Volitional Model of Suicidal Behaviour* (O’Connor & Kirtley, 2018)

A fase pré-motivacional é caracterizada pela presença dos fatores de *background* e eventos de vida, compreendendo variáveis como o ambiente e a predisposição biológica/genética; a fase motivacional compreende o desenvolvimento da ideação/intenção suicida; a fase volitiva associa-se à concretização do comportamento suicida (O'Connor, 2011b).

O comportamento suicidário resulta da interação de variados fatores, sendo o seu fator proximal a intenção de concretizar este comportamento (O'Connor, 2011a). A intenção suicida é determinada por sentimentos de aprisionamento, despoletados por avaliações derrotistas/humilhantes, que conduzem a que o sujeito percecione o suicídio como a solução proeminente (O'Connor, 2011a). É desenvolvido um processo que se inicia com as avaliações derrotistas/humilhantes que geram o aprisionamento, conduzindo à ideação/intenção suicida e culminando na conduta suicida (O'Connor, 2011a). Esta via é moderada por um conjunto de variáveis específicas a cada etapa do processo (O'Connor, 2011a). É de salientar que os fatores de *background* e os eventos de vida permitem uma melhor contextualização biossocial do suicídio (O'Connor 2011a).

Na versão refinada deste modelo, a relação entre a ideação suicida e as tentativas de suicídio é cíclica (O'Connor & Kirtley, 2018). É expectável que um sujeito com condutas suicidas de repetição tenha níveis mais elevados de variáveis motivacionais e volitivas do que um sujeito que tenha tido apenas um episódio (O'Connor & Kirtley, 2018). Ocorreu, também, o surgimento de sete premissas que sustentam o modelo (O'Connor & Kirtley, 2018). Ainda, é mencionado que existem oito fatores moderadores volitivos: acesso a meios; planeamento; exposição a suicídio/conduitas suicidas; impulsividade; tolerância/sensibilidade à dor física; ausência de medo de morrer; imagens mentais e comportamento suicidário passado (O'Connor & Kirtley, 2018).

2.4.A Adolescência e o Suicídio

O suicídio em crianças e adolescentes é um fenómeno que, por ser um *tabu*, impede a avaliação técnica e profissional nesta área, pois o facto de um jovem pretender o término da sua própria vida perturba os profissionais (Kuczynski, 2014). O estudo e compreensão da conduta suicida em jovens é fundamental, no sentido de desenvolver ações preventivas e reduzir a mortalidade (Kuczynski, 2014).

A adolescência, definida como o período que abrange os indivíduos entre os 10 e os 19 anos (OMS, s.d.), é a fase do desenvolvimento em que um sujeito não é uma criança e, em simultâneo, não é considerado um adulto (OMS, 2006). O termo deriva do latim e significa “*crescer para a maturidade*”, constituindo-se como o período onde a tarefa primordial é a consolidação de uma identidade adulta (Papalia & Olds, 1981, p. 446). Esta é uma etapa reconhecida pela presença de mudanças físicas, psicológicas e sociais, nomeadamente: as alterações das expectativas e perceções sociais; a maturação sexual; o desenvolvimento das primeiras relações íntimas; a capacidade de pensamento abstrato/crítico e a auto-consciencialização (OMS, 2006). Os adolescentes não se encontram num grupo homogéneo, pelo que as suas necessidades variam mediante diversos fatores como o sexo e as circunstâncias de vida (OMS, 2006).

Os adolescentes são uma população específica de risco para o suicídio e esta é uma das maiores causas de morte neste grupo (DGS, 2013). Este facto é inteligível ao ter em consideração que as alterações provocadas por esta etapa tornam a adolescência num período de perturbação para o próprio e para quem o rodeia (Flechner, 2013). A adolescência demonstra a imprevisibilidade da *psique* humana visto que, nesta fase, variáveis “*menores*” conduzem a situações imprevisíveis (Flechner, 2013).

A população adulta pode não perceber os adolescentes como um grupo de risco para o suicídio (*Committee on Adolescence*, 1996). Estes são vistos como sujeitos que comportam entusiasmo face à vida e veemência face às *vantagens* da adultez que se aproxima (*Committee on Adolescence*, 1996). Porém, as características da adolescência colocam os jovens numa posição de vulnerabilidade quando inseridos em circunstâncias não ideais, aumentando o risco para a génese de uma resposta *inapropriada* face a situações de stresse (*Committee on Adolescence*, 1996). Ocorrências como a perceção de rejeição podem despoletar comportamentos ou impulsos autodestrutivos (*Committee on Adolescence*, 1996).

A adolescência é caracterizada por “*contradições, conflitos e ambivalências*” onde o jovem oscila entre a dependência e a independência (Moreira & Bastos, 2015, p. 447). Muitas das condutas demonstradas podem surgir como meios para o estabelecimento da identidade, sendo eventualmente ultrapassadas (Moreira & Bastos, 2015). Porém, é fundamental compreender que os “*aspectos patológicos*” da adolescência são os aspetos característicos desta fase, manifestando-se de forma excessivamente intensa e desajustada

(Borges & Werlang, 2006). Por exemplo, é comum que, ao longo do desenvolvimento, um adolescente se sinta deprimido, podendo este estado ser motivado por razões tais como a percepção de solidão e indesejabilidade social, desagrado face à escola ou sentimentos de inadequação a nível da aparência (Laufer, 1995). Quando este estado emocional disfórico se prolonga no tempo e afeta o funcionamento do adolescente, deve ser tomado como “*preocupante*” (Laufer, 1995).

Face ao exposto, os adolescentes que equacionam o suicídio, tendem a revelar sentimentos de rejeição, desesperança e solidão (*American Psychiatric Association – APA, 2011*). São particularmente vulneráveis a este tipo de afetos os jovens que experienciaram situações como humilhação, trauma ou perdas (APA, 2011). No entanto, pode ocorrer depressão ou suicídio sem a presença destas experiências (APA, 2011).

Os adolescentes podem ser diferenciados considerando-se o risco que apresentam para o suicídio: risco baixo, risco moderado e risco elevado (*Committee on Adolescence, 2000*). Os que apresentam baixo risco de suicídio não revelam problemas com gravidade, sentem-se ocasionalmente deprimidos, porém não têm histórico de perturbações e apresentam um bom grupo de suporte (*Committee on Adolescence, 2000*). Aqueles com risco moderado poderão apresentar precipitação da ideação suicida, comportamento de autodano, sintomatologia depressiva, *binge drinking*, pais divorciados e pretensão de “*vingança*” face aos seus pais (*Committee on Adolescence, 2000*). Por último, os adolescentes com elevado risco de suicídio poderão apresentar características como odiar os pais e a escola, hospitalizações por questões do foro psicológico, vontade de morrer por não encontrar propósito na vida, acesso a armas e consumo de substâncias com regularidade (*Committee on Adolescence, 2000*).

A identificação dos sinais de perigo para o suicídio é relevante e, como defende Kaslow (2014), embora estes sinais não impliquem que o jovem vá, necessariamente, cometer suicídio deve sempre ser dada uma resposta previdente. Alguns dos sinais de alerta específicos são o discurso incidente na temática da morte, as mudanças comportamentais, as mudanças nos padrões de sono, de alimentação e de personalidade e o medo de perder o controlo (Kaslow, 2014). A Associação Americana de Suicidologia desenvolveu uma mnemónica (*IS PATH WARM*) para identificar os sinais de alerta para o suicídio, colocando a presença de ideação suicida como o primeiro sinal (*American Association of Suicidology, 2009*).

Marcenko, Fishman e Firendman (1999) sugerem que a ideação suicida é um aspeto normativo da adolescência, porém, já foi verificado que esta é um marcador de *distress* severo e um preditor de comprometimento futuro (Reinherz, Tanner, Berger, Beardslee, & Fitzmaurice, 2006) constituindo-se como um fator patológico. A ideação suicida pode ser normativa em alguns adolescentes e ser um fator de alarme noutros casos (Stoep, McCauley, Flynn, & Stone, 2009).

A prevalência de ideação suicida atinge o seu valor mais elevado em adolescentes e jovens-adultos, sendo esta de aproximadamente 30%, oscilando a severidade da ideação desde pensamentos sobre a morte até à intenção e planeamento (Cardoso, 2016). Quando o adolescente apresenta ideação, plano, tentativa ou concretização do suicídio, revela dificuldades nos seus mecanismos de adaptação, conduzindo a que estas condutas suicidárias sejam percecionadas como um meio de apaziguar o sofrimento (Borges & Werlang, 2006). Na ausência de acompanhamento, os aspetos da adolescência podem conduzir a que o adolescente se coloque em contextos de risco (Magnani & Staudt, 2018).

Conclui-se que há uma necessidade de se identificar e apaziguar a ideação suicida nos adolescentes, no sentido de não só atenuar o sofrimento presente, como também impedir consequências negativas no futuro (Reinherz *et al.*, 2006). Devem ser realizados *check-ins* periódicos para reduzir o risco de suicídio (Stoep *et al.*, 2009) pois, a cada pensamento ou tentativa suicida aumenta a probabilidade da ocorrência de uma morte por este fenómeno (Wilde *et al.*, 2001).

2.5.O Suicídio na Região Autónoma dos Açores

A realidade da conduta suicida nos Açores é *preocupante* (DGS, 2016). Apesar de os estudos sobre o suicídio na RAA serem escassos (Lima, 2016; Neves & Santos, 2016; Róias, 2015) diversos autores (e.g., Carvalho *et al.*, 2017; Neves & Santos, 2016) desenvolveram investigações nesta região do país, mostrando um particular interesse no estudo da comunidade adolescente ou jovem.

Lima (2016) procurou estudar o perfil dos suicídios que ocorreram no Grupo Oriental do Arquipélago dos Açores (i.e., São Miguel e Santa Maria). Foram autopsiados 70 casos de suicídio, entre 2009 e 2014 (Lima, 2016). O maior número de suicídios ocorreu em 2009 (19 casos autopsiados), reduziu em 2010 (8 casos) e 2011 (7 casos) e voltou a aumentar em 2014 (15 casos) (Lima, 2016).

Cerca de 45 dos casos habitavam em São Miguel, sendo o concelho com mais ocorrências o de Ponta Delgada (28.6%) (Lima, 2016). Salienta-se que os seis concelhos de São Miguel revelaram ocorrências (Lima, 2016). A maioria dos suicídios ocorreu em sujeitos do sexo masculino (88.6%), com idade compreendida entre os 25 e os 34 anos (30%), casados (35.7%), desempregados (15.7%) ou com profissões não-especificadas (18.6%) (Lima, 2016). Para além disto, 68.6% tinham uma perturbação psiquiátrica diagnosticada (a depressão foi a mais frequente), 25.7% tinham solidão/isolamento e 38.6% apresentavam ideação suicida ou tentativas prévias (Lima, 2016). Finalmente, averiguou-se que, na maioria dos anos, os Açores obtiveram maiores taxas de suicídio comparativamente aos restantes arquipélagos estudados (Madeira, Cabo Verde e Canárias) e face a Portugal continental (Lima, 2016). Uma porção dos dados não se encontrou disponível (Lima, 2016) podendo conduzir à subestimação dos resultados.

Um estudo realizado em adolescentes na ilha do Pico, verificou que cerca de 20% revelava depressão moderada e severa, elevadas taxas de consumo de álcool e comportamentos autolesivos (12.7% dos participantes referiram infligir cortes a si mesmos e 5.2% indicou ingerir comprimidos/tóxicos) (Neves & Santos, 2016). O sexo masculino foi aquele com maior prevalência destas condutas (Neves & Santos, 2016). Ainda, 19.8% já teria tido ideação suicida e os jovens com ideação apresentaram níveis mais elevados de sintomatologia depressiva (Neves & Santos, 2016). A amostra apresentou mais comportamentos autolesivos, mais sintomatologia depressiva, menos autoconceito e menos *coping* do que outras populações adolescentes em Portugal (Neves & Santos, 2016). Foi especulado que a falta de profissionais de saúde mental, as assimetrias geográficas da vivência insultar e as elevadas taxas de autodano são fatores que revelam uma necessidade de intervenção neste contexto (Neves & Santos, 2016).

Róias (2015) investigou a ideação suicida e o autodano¹ nos alunos da Universidade dos Açores, salientando que a prevalência destas na amostra é *preocupante*. Registou-se que 37% dos jovens teve comportamentos de autodano total², 31.3% realizaram comportamentos de risco e 14.8% apresentaram comportamentos de autodano propriamente dito (Róias, 2015). Os dados de ideação suicida foram *alarmantes*, 72.6%

¹ Autodano é definido como “*um comportamento direto que provoca lesões físicas leves ou moderadas e que é desenvolvido sem uma intenção suicidária consciente e que ocorre na ausência de psicose e/ou incapacidade intelectual orgânica*” (Magnal & Yurckovich, 2008, p. 176) sendo esta a definição adotada no estudo de Róias (2015).

² Autodano total = autodano propriamente dito + comportamentos de risco (Róias, 2015).

dos jovens revelou ideação suicida (i.e., moderada, elevada, muito elevada) e destes 11.3% tinha ideação muito elevada, estando em notório risco suicidário (Róias, 2015).

Aferiu-se que a ideação suicida é mais prevalente em sujeitos: do sexo feminino (66.9%), com idade compreendida entre os 17 e os 26 anos (91.9%), solteiro (94.7%), residente nos Açores (74.6%), pertencente à Escola Superior de Enfermagem (20.9%), no 1º ano de curso (38.5%), sem reprovações (86.3%), sem psicopatologia diagnosticada (92.7%) e com comportamentos de autodano (Róias, 2015). Os sujeitos com psicopatologias apresentaram níveis de ideação suicida significativamente mais elevados do que os sujeitos sem psicopatologia (Róias, 2015).

Verificou-se que a ideação suicida estabelece correlações positivas com a ansiedade, a depressão, a vergonha externa, o autocriticismo e o stresse, bem como, correlaciona-se negativamente com a adaptação académica, a capacidade de se autotranquilizar, a raiva e o bem-estar mental (Róias, 2015). No que concerne ao potencial preditor, a depressão, o autodano (propriamente dito) e o *Eu-detestado* predizem a ideação suicida (Róias, 2015).

Carvalho e colaboradores (2017) investigaram a prevalência de comportamentos de autodano e ideação suicida em jovens (14-22 anos), na ilha de São Miguel (Açores). O estudo demonstrou que 22% da amostra revelou ideação suicida, 29.5% participou em autodano, o sexo feminino revelou níveis de ideação significativamente superiores e o sexo masculino apresentou maiores níveis de impulsividade (Carvalho *et al.*, 2017). Verificaram-se correlações positivas entre o autodano e a ideação suicida e, inferiu-se que a sintomatologia depressiva, os comportamentos de risco, o stresse, o *reassured self*, o *self* inadequado, a vergonha externa, a negligência paternal e as memórias precoces de carinho e segurança são fatores preditores da ideação suicida (Carvalho *et al.*, 2017). A sintomatologia depressiva apresentou-se como a variável com o maior efeito preditor (Carvalho *et al.*, 2017).

Nunes (2012) também investigou o autodano e a ideação suicida na população adolescente (14-19 anos), na ilha de São Miguel. O estudo destacou que 47.1% da amostra teve comportamentos de autodano (total), 35.1% realizou (ou realiza) comportamentos de autodano associados a comportamentos de risco e 31.3% teve comportamentos de autodano (propriamente dito) (Nunes, 2012). Salienta-se que o autodano se verificou significativamente superior nos jovens integrados num currículo escolar alternativo (i.e.,

Oportunidade e PROFIJ) (Nunes, 2012). No que é relativo à ideação suicida, em 77.8% da amostra constou-se algum grau de ideação (51.5% revelou ideação moderada e 26.3% revelou ideação elevada/muito elevada) (Nunes, 2012).

O perfil dos sujeitos com ideação suicida, na amostra, compreendeu as seguintes características: sexo feminino, idade compreendida entre os 16 e os 17 anos, sem reprovações e com nível socioeconómico baixo (Nunes, 2012). A ideação suicida manifestou-se superior em raparigas e em adolescentes com pouca ou nenhuma satisfação escolar e familiar (Nunes, 2012). A nível correlacional, quanto menor o nível socioeconómico maior a ideação suicida e quanto maiores os níveis de variáveis como a depressão, ansiedade, stresse, agressão física e agressão verbal, maior a ideação suicida e o autodano (Nunes, 2012).

Medeiros (2016) investigou o autodano e a ideação suicida em sujeitos com patologia psiquiátrica (14-29 anos), nas ilhas de São Miguel e Santa Maria. Foi verificado que 40.3% dos sujeitos revelou comportamentos de autodano total, 30.8% apresentou comportamentos de autodano propriamente dito e 25% revelou comportamentos de risco (Medeiros, 2016). Face à ideação suicida, 44.2% apresentou ideação suicida moderada, 25% tinha ideação elevada e 9.6% revelou ideação muito elevada (Medeiros, 2016). A ideação surgiu mais frequentemente em sujeitos do sexo feminino (59.6%), com idade compreendida entre os 14 e os 16 anos (53.7%), com o 3º ciclo de escolaridade (61%), com reprovações académicas (75.6%), com um nível socioeconómico baixo (70.7%), e com perturbações de humor (26.8%) (Medeiros, 2016).

Verificaram-se correlações positivas entre a ideação suicida e fatores diversos, nomeadamente, o autodano (propriamente dito), a depressão, o stresse e a vergonha externa (Medeiros, 2016). Ainda, observaram-se correlações negativas com o bem-estar mental, a satisfação com a vida, a perceção e expressão emocional, a capacidade para lidar com a emoção e a antipatia materna (Medeiros, 2016). No que concerne ao efeito preditor, destacou-se que a depressão, a satisfação com a vida e a capacidade para lidar com a emoção predizem a ideação suicida (Medeiros, 2016).

Face à realidade da RAA valida-se a importância do desenvolvimento de mais investigação relativamente ao suicídio nos jovens, os fatores de risco e proteção associados, bem como, as suas atitudes face à procura de ajuda.

3. CAPÍTULO II – ESTUDO 1: ESTUDO DAS CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO INVENTÁRIO DE ATITUDES FACE À PROCURA DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NUMA AMOSTRA DE ADOLESCENTES

3.1.Enquadramento Teórico

3.1.1. *Help-Seeking* no Suicídio

Uma das maiores dificuldades nas intervenções e prevenções na saúde mental é a relutância dos sujeitos em procurar ajuda profissional (Rickwood & Thomas, 2012). Atualmente, há uma grande atividade de investigação no *help-seeking*, porém este conceito não apresenta uma definição nem uma metodologia de avaliação consensual (Rickwood & Thomas, 2012).

O *help-seeking* pode ser definido como um processo adaptativo de coping que implica a tentativa de procurar ajuda externa para lidar com um problema de saúde mental (Rickwood, Thomas, & Bradford, 2012). É uma estratégia de coping que depende de outras pessoas, sendo baseada nas relações e competências sociais do sujeito (Rickwood *et al.*, 2005). Assim, o *help-seeking* é “*toda a ação ou atividade desenvolvida por um adolescente que se percebe como necessitando de assistência pessoal, psicológica e afetiva ou de serviços de saúde ou sociais, com o propósito de solucionar a sua necessidade de uma forma positiva*” (Barker, 2007, p.2). É o processo que conduz à procura e receção de auxílio de fontes como a família e amigos, médico, linhas de apoio, profissionais e outros (Lifeline Australia, 2016).

O *help-seeking* subdivide-se em duas dimensões: formal e informal (Rickwood *et al.*, 2005; Rickwood *et al.*, 2012). A vertente formal está associada à assistência prestada por profissionais certificados e que tenham legitimidade para providenciar aconselhamento, suporte e/ou tratamento, abrangendo profissionais de saúde e outros (Rickwood *et al.*, 2005; Rickwood *et al.*, 2012). A dimensão informal relaciona-se com a ajuda que é obtida através das redes de suporte que estabelecem uma relação pessoal e não profissional com o sujeito (Rickwood *et al.*, 2005; Rickwood *et al.*, 2012).

Este construto engloba, também, três aspetos: atitudes, intenções e comportamentos face à procura de ajuda (Gulliver, Griffiths, Christensen, & Brewer, 2012). A Teoria do Comportamento Planeado define as atitudes como o grau em que um indivíduo avalia um comportamento de forma favorável ou desfavorável (Ajzen, 1991). A intenção incorpora os fatores motivacionais que potenciam um comportamento, associando-se à disposição e esforço que o sujeito despenderá no mesmo (Ajzen, 1991). As atitudes influenciam as intenções, resultando no comportamento efetivo (Ajzen, 1991).

Várias investigações procuraram compreender a associação entre o *help-seeking* e o suicídio, explorando o conceito de *help-negation* definido por Rudd, Joiner e Raajib (1995) como a recusa de aceder e aceitar os recursos de ajuda que se encontram disponíveis, resultando do pessimismo, desesperança e cinismo do sujeito face à eficácia dos tratamentos. É patente a existência de uma associação inversa entre a presença de ideação suicida e a intenção de procurar ajuda (Rickwood *et al.*, 2005). A intenção de procurar ajuda para problemas associados ao suicídio encontra-se negativamente correlacionada com a ideação suicida, na generalidade das fontes, e a ideação suicida associa-se negativamente à intenção de procurar ajuda para problemas não-suicidários em fontes informais (Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2001).

Wilson, Deane, Marshall e Dalley (2010) verificaram que a ideação suicida tem um efeito de *help-negation*, em adolescentes, uma vez que níveis elevados de ideação suicida e *distress* psicológico estão associados a menor intenção de procurar ajuda de um médico de clínica geral. Mesmo a um nível subclínico, o aumento da ideação suicida impede o processo cognitivo de *help-seeking* na tomada de decisão, reduzindo as intenções de procura de ajuda de fontes formais e informais (Wilson & Deane, 2010). As taxas de procura de ajuda em jovens com ideação, plano ou tentativa de suicídio são baixas, verificando-se que apenas 28.3% destes procuraram ajuda de serviços de saúde mental (Hom, Stanley, & Jeiner, 2015). Conclui-se que jovens em *distress* se revelam relutantes à procura de ajuda (Biddle, Gunnell, Sherp, & Donovan, 2004).

Destaca-se a existência de diferenças de género no comportamento de *help-seeking*. As mulheres têm maior probabilidade de procurar alguns serviços de saúde mental, apresentando maior consciência dos serviços existentes e das barreiras à procura de ajuda e maior capacidade de identificação de problemas de saúde mental (Haavik, Joa, Hatloy, Stain, & Langeveld, 2017). Um estudo desenvolvido em jovens indicou que os comportamentos de procura de ajuda eram mais frequentes no sexo feminino, mesmo nos sujeitos com ideação suicida (Biddle *et al.*, 2004). As diferenças de género podem ser importantes para compreender os elevados níveis de suicídio nos homens (Biddle *et al.*, 2004).

No que se refere às fontes de ajuda, os jovens recorrem e/ou destacam preferencialmente fontes informais (e.g., Fortune, Sinclair, & Hawton, 2008; Jorm, Wright, & Morgan, 2007; Rickwood *et al.*, 2005).

Existem diversas barreiras face ao *help-seeking* em jovens de onde se podem destacar o estigma/vergonha, a reduzida literacia de saúde mental e a preferência para solucionar os problemas autonomamente (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010). Uma das barreiras de relevo são as atitudes face à procura de ajuda, visto que os fatores atitudinais associam-se às intenções de procurar ajuda, quer em fontes formais ou informais (Reynders, Kerkhof, Molenberghs, & Audenhove, 2014). As atitudes face à procura de ajuda (profissional) são preditores significativos das intenções de procurar ajuda nos adolescentes, quer a ajuda seja orientada para a ideação suicida ou problemas pessoais/emocionais (Carlton & Deane, 2000). Esta ocorrência pode ser explicada uma vez que as atitudes negativas face à procura de ajuda e autossuficiência impedem o adolescente de procurar tratamento profissional ou expor os seus problemas, mesmo quando a sintomatologia de saúde mental é alarmante (Labouliere, Kleinman, & Gould, 2015).

Um estudo desenvolvido com estudantes universitários³ referiu que os sujeitos com atitudes mais positivas face à procura de ajuda revelavam maiores intenções de procurar ajuda (profissional) (Seyfi, Poudel, Yasuoka, Otsuka, & Jimba, 2013). Este estudo acrescentou que o suporte social é um preditor das atitudes face à procura de ajuda, pelo que, sujeitos com níveis mais elevados de suporte social apresentam atitudes mais positivas (Seyfi *et al.*, 2013).

São de salientar as diferenças de género pois os homens, tendencialmente, apresentam atitudes mais negativas face à procura de ajuda profissional (Seyfi *et al.*, 2013), compondo-se o género como um preditor significativo das atitudes face à procura de ajuda (Nam *et al.*, 2010). Para além disto, as atitudes face à procura de ajuda e as crenças do sujeito explicam a relação entre a ideação suicida e as intenções de procurar ajuda profissional para qualquer tipo de problema (Wilson *et al.*, 2005b).

Compreende-se que o *help-seeking* é uma variável inovadora para a prevenção do suicídio sendo que, como defendem Rickwood e colaboradores (2005), fatores inerentes ao *help-seeking*, como o efeito de *help-negation* exercido pela ideação suicida e as atitudes negativas, impossibilitam a expressão pessoal do *distress* psicológico num domínio interpessoal/social. É importante investir na promoção das atitudes positivas e

³Apesar de alguns estudos, apresentados na dissertação, não incidirem em amostras de adolescentes, foram incluídos pelos seus resultados se consideraram relevantes.

na redução do estigma para promover o *help-seeking*, sendo os fatores atitudinais variáveis centrais na prevenção do suicídio (Reynders *et al.*, 2014). Torna-se relevante o investimento nas medidas de avaliação deste construto, visando a proliferação do conhecimento sobre o mesmo e a compreensão dos mecanismos e variáveis associados.

3.1.2. Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental (Anexo A)

O Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental - IAPSSM (originalmente *Inventory of Attitudes Toward Seeking Mental Health Services*) é um instrumento desenvolvido por Mackenzie, Knox, Gekoski e Macaulay (2004) permitindo avaliar as atitudes face à procura de ajuda, definidas como uma avaliação reativa perante a procura de ajuda para problemas de índole psicológica (Mackenzie *et al.*, 2004). A génese deste inventário surgiu com base num instrumento de Fischer e Turner (1970) (*Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale - ATSPPHS*). Este instrumento, apesar de ser útil e de ser o único instrumento de medição de atitudes face ao *help-seeking* com um desenvolvimento adequado, acarreta múltiplos défices metodológicos e concetuais (Mackenzie *et al.*, 2004).

Mackenzie e colaboradores (2004) desenvolveram o novo inventário adaptando e estendendo o ATSPPHS e basearam a génese de novos itens na teoria de Ajzen (1985). O ATSPPHS foi adaptado, englobando uma nova escala com cinco pontos e alterações linguísticas (Mackenzie *et al.*, 2004). Posteriormente, foi realizada a extensão do inventário através da criação de itens, resultando num instrumento composto por 29 itens do ATSPPHS e 12 novos itens (Mackenzie *et al.*, 2004). As características do novo instrumento foram avaliadas em três estudos (Mackenzie *et al.*, 2004).

Num primeiro estudo, a versão preliminar do IAPSSM foi aplicada a 208 participantes permitindo a análise dos itens, da estrutura fatorial e da consistência interna (Mackenzie *et al.*, 2004). Daqui resultou a versão final do IAPSSM ($\alpha = .87$) composta por 24 itens e três fatores designados como: *Abertura Psicológica* ($\alpha = .82$), *Propensão para a Procura de Ajuda* ($\alpha = .76$) e *Indiferença ao Estigma* ($\alpha = .79$) (Mackenzie *et al.*, 2004).

O fator *Abertura Psicológica* reflete o grau em que um sujeito está aberto a reconhecer problemas psicológicos e à possibilidade de procurar ajuda profissional; o fator *Propensão para a Procura de Ajuda* reflete o grau em que um indivíduo acredita que está

disposto e capaz de procurar ajuda psicológica profissional; o fator *Indiferença ao Estigma* reflete o grau em que um indivíduo se preocupa sobre aquilo que outras pessoas significativas poderão pensar, se descobrissem que o mesmo procurou ajuda profissional para problemas psicológicos (Mackenzie *et al.*, 2004).

Num segundo estudo, o IAPSSM foi aplicado a 297 estudantes universitários, com o objetivo de replicar o inventário e estabelecer a validação preliminar do mesmo (Mackenzie *et al.*, 2004). Através da análise fatorial, verificou-se que a estrutura trifatorial proposta era adequada (Mackenzie *et al.*, 2004). A escala apresentava bons indicadores de validade, correlacionando-se positivamente com as intenções de recorrer a ajuda profissional e com a utilização prévia de serviços de saúde mental (Mackenzie *et al.*, 2004). A validade divergente da escala foi comprovada uma vez que a correlação entre o IAPSSM e as intenções de falar com familiares/amigos era fraca na generalidade, comprovando que o inventário se associa às fontes formais, como é suposto, e não se associa, com a mesma intensidade, às fontes informais (Mackenzie *et al.*, 2004).

No terceiro estudo, o instrumento foi aplicado a 23 estudantes universitários para testar a estabilidade temporal, verificando-se que a mesma era satisfatória, havendo uma associação positiva entre a primeira e a segunda aplicação do IAPSSM (Escala Total: $r = .85, p < .01$; *Abertura Psicológica*: $r = .86, p < .01$; *Propensão para a Procura de Ajuda*: $r = .64, p < .01$; *Indiferença ao Estigma*: $r = .91, p < .01$) (Mackenzie *et al.*, 2004).

O IAPSSM foi avaliado por vários autores em diferentes países. Na Irlanda, as propriedades do instrumento foram avaliadas numa amostra de 331 agentes da polícia (Hyland *et al.*, 2014). Através da análise fatorial confirmatória foi possível aferir que o modelo trifatorial supramencionado apresentava a melhor adequação (Hyland *et al.*, 2014). Os fatores *Abertura Psicológica* e *Propensão para a Procura de Ajuda* revelaram-se como bons preditores das intenções de procurar ajuda, apontando para a adequada validade do instrumento (Hyland *et al.*, 2014). A fidelidade obteve resultados satisfatórios para todos os fatores (*Abertura Psicológica*: $\rho = .70$; *Propensão para a Procura de Ajuda*: $\rho = .76$; *Indiferença ao Estigma*: $\rho = .77$) (Hyland *et al.*, 2014).

Na Rússia, o IAPSSM foi estudado numa amostra de 153 adultos sugerindo, através de uma análise fatorial exploratória, que os itens da dimensão *Abertura Psicológica* fossem divididos em dois fatores (i.e., *Reconhecimento da necessidade de ajuda*

psicológica e Confiança nos profissionais de saúde mental) (Weinstein, Burdin, & Shabalin, 2015). A análise fatorial confirmatória reforçou que um modelo com quatro fatores proporcionaria o melhor ajustamento, revelando resultados de consistência interna variáveis (Escala Total: $\alpha = .85$; *Reconhecimento da Necessidade de Ajuda Psicológica*: $\alpha = .63$; *Confiança nos Profissionais de Saúde Mental*: $\alpha = .65$; *Propensão para a Procura de Ajuda*: $\alpha = .77$; *Indiferença ao Estigma*: $\alpha = .84$) (Weinstein *et al.*, 2015).

Na França, o instrumento foi estudado numa amostra de 702 indivíduos (Lheureux, 2015). A análise fatorial confirmatória aferiu que a estrutura trifatorial da escala apresentava o melhor ajustamento (Lheureux, 2015). Ao nível da validade, obteve bons indicadores, revelando correlações com variáveis como o género e a familiaridade com a ajuda psicológica (Lheureux, 2015). Foram obtidos resultados de consistência interna satisfatórios para todos os fatores (*Abertura Psicológica*: $\alpha = .71$; *Propensão para a Procura de Ajuda*: $\alpha = .76$; *Indiferença ao Estigma*: $\alpha = .76$) (Lheureux, 2015).

Na Áustria, o IAPSSM foi avaliado numa amostra de 220 adultos sobreviventes de abuso institucional (Kantor, Knefel, & Luger-Schuster, 2017). A análise fatorial confirmatória apontou que a estrutura trifatorial do instrumento comportava melhor ajustamento, porém, alguns itens da dimensão *Abertura Psicológica* apresentaram fraca saturação no fator (i.e., itens: 1, 4, 7, 14) e o item 23 saturou inadequadamente no seu fator esperado (*Indiferença ao Estigma*) (Kantor *et al.*, 2017). Para averiguar a validade de critério, verificou-se que o fator de *Propensão para a Procura de Ajuda*, juntamente com as intrusões associadas à perturbação de stresse pós-traumático e à depressão contribuíram para a predição da utilização corrente de serviços de saúde mental (Kantor *et al.*, 2017). Por fim, o IAPSSM revelou valores satisfatórios de consistência interna (Escala Total: $\alpha = .84$; *Abertura Psicológica*: $\alpha = .67$; *Propensão para a Procura de Ajuda*: $\alpha = .80$; *Indiferença ao Estigma*: $\alpha = .77$) (Kantor *et al.*, 2017).

O IAPSSM foi, também, estudado numa amostra de 200 imigrantes chineses que habitavam no Canadá (Tieu, Konnert, & Quigley, 2018). Através da análise fatorial confirmatória, o modelo de três fatores proposto por Mackenzie e colaboradores (2004) revelou um fraco ajustamento (Tieu *et al.*, 2018). Consequentemente, foi desenvolvida uma análise fatorial exploratória levando à adoção de um modelo de três fatores, porém, reduzindo o IAPSSM a 20 itens (os itens 1, 7, 12 e 14 revelaram-se problemáticos) (Tieu *et al.*, 2018). Ao nível da consistência interna, os valores foram aceitáveis (Escala Total:

$\alpha = .75$; *Propensão para a Procura de Ajuda*: $\alpha = .79$; *Indiferença ao Estigma*: $\alpha = .77$) excepcionando no fator *Abertura Psicológica* ($\alpha = .59$) (Tieu *et al.*, 2018). A aferição da validade permitiu verificar que, em alguns domínios, o IAPSSM estava positivamente correlacionado com as intenções de procurar ajuda, destacando-se que o fator *Propensão para a Procura de Ajuda* foi aquele com as melhores propriedades (Tieu *et al.*, 2018).

Nas Filipinas, duas versões do IAPSSM foram analisadas, a versão em inglês (*Abertura Psicológica*: $\alpha = .63$; *Propensão para a Procura de Ajuda*: $\alpha = .71$; *Indiferença ao Estigma*: $\alpha = .84$) e a versão em filipino (*Abertura Psicológica*: $\alpha = .58$; *Propensão para a Procura de Ajuda*: $\alpha = .76$; *Indiferença ao Estigma*: $\alpha = .75$) (Tuliao, Hechanova, & Velasquez, 2019). A versão inglesa do IAPSSM foi estudada numa amostra de 359 estudantes universitários e a versão filipina numa amostra de 374 trabalhadores migrantes (Tuliao *et al.*, 2019). Através da análise fatorial confirmatória, aferiu-se que o modelo trifatorial não apresentava um bom ajustamento em nenhuma das versões, levando à eliminação de quatro itens (i.e., 1, 4, 7, 23) e reduzindo ambas as escalas a 20 itens (Tuliao *et al.*, 2019). Ainda, para a escala em inglês, a utilização prévia de serviços de saúde mental correlacionou-se positivamente apenas com a dimensão de *Propensão para a Procura de Ajuda* e, para a escala em filipino a intenção de procurar serviços de saúde mental correlacionou-se positivamente apenas com a dimensão de *Abertura Psicológica* (Tuliao *et al.*, 2019). Destaca-se que o suporte social também se correlacionou positivamente, com a generalidade dos fatores de ambas as versões do inventário (Tuliao *et al.*, 2019).

Em Portugal, o IAPSSM foi desenvolvido através de um processo de tradução e adaptação da escala original (Fonseca *et al.*, 2017). A versão portuguesa, composta por 24 itens, foi aplicada a 175 mulheres da população geral, no período perinatal (Fonseca *et al.*, 2017). Através da análise fatorial confirmatória, foram avaliados dois modelos, averiguando-se que o modelo trifatorial apresentava o melhor ajustamento, assumindo assim que o IAPSSM seria composto pelos três fatores já suprarreferidos (Fonseca *et al.*, 2017).

O IAPSSM revelou bons indicadores de validade convergente, uma vez que foram aferidas as seguintes correlações positivas: a intenção de procura de ajuda formal correlacionou-se com a *Propensão para a Procura de Ajuda* e com a *Indiferença ao Estigma*; a literacia sobre a depressão correlacionou-se positivamente com a *Abertura*

Psicológica e com a *Propensão para a Procura de Ajuda*; a utilização prévia de serviços de saúde mental correlacionou-se positivamente com a *Propensão para a Procura de Ajuda* (Fonseca *et al.*, 2017). Foi, ainda, averiguada uma correlação negativa entre a não aceitação das emoções negativas e todos os três fatores do IAPSSM (Fonseca *et al.*, 2017). O instrumento revelou valores satisfatórios de fiabilidade para a escala total ($\alpha = .83$) e para os fatores *Propensão para a Procura de Ajuda* ($\alpha = .75$) e *Indiferença ao Estigma* ($\alpha = .83$) (Fonseca *et al.*, 2017). O fator *Abertura Psicológica* ($\alpha = .63$) revelou valores insatisfatórios (Fonseca *et al.*, 2017).

Verificaram-se algumas limitações destacando que a amostra utilizada no estudo (i.e., mulheres adultas em período perinatal) não permitiu a generalização, apresentava um tamanho limitado e não foi avaliada a estabilidade temporal do instrumento (Fonseca *et al.*, 2017). Os autores sugerem que a investigação futura deve aplicar o IAPSSM em populações diversificadas para analisar as suas propriedades psicométricas, sendo importante a realização da análise de estabilidade temporal (Fonseca *et al.*, 2017).

3.2.Objetivos

O estudo 1 tem como objetivo geral avaliar as propriedades psicométricas da versão portuguesa do Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental, em uma amostra de adolescentes na ilha de São Miguel (Açores). Considerando o objetivo geral, o estudo 1 tem como objetivos específicos: (i) averiguar a estrutura interna/fatorial do IAPSSM; (ii) analisar as estatísticas descritivas predominantes e (iii) avaliar as propriedades psicométricas do IAPSSM (validades, fiabilidade, sensibilidade).

3.3.Metodologia

3.3.1. Amostra

A amostra do presente estudo compôs-se por 750 jovens portugueses que frequentavam o 3º ciclo ou o ensino secundário, em regime regular ou profissional, nas escolas da ilha de São Miguel, Açores. Da totalidade, 358 (47.7%) eram do sexo masculino e 392 (52.3%) do sexo feminino. As idades variaram entre os 12 e os 19 anos ($M_{idade} = 14.67$; $DP = 1.85$). A maioria dos participantes frequentava o ensino regular (86.3%), comparativamente ao ensino profissional (13.7%). Cerca de 672 sujeitos (89.6%) indicaram não ter problemas psicológicos diagnosticados, porém, os restantes ($n = 78$; 10.4%) revelaram uma diversidade de problemáticas nomeadamente, Anorexia,

Défice de Atenção, Hiperatividade, Fobia, Ansiedade, entre outros. Salienta-se que 187 sujeitos (24.9%) são ou já foram acompanhados por um profissional de saúde mental.

Ainda, 25.2% revelou já ter pensado em terminar a sua própria vida, 29.3% indicou ter cometido atos perigosos, ao ponto de pôr a sua vida em risco, 11.9% já realizou alguma ação com o objetivo de pôr fim à vida e 20.0% já pediu ajuda por se sentir deprimido e sem razões para viver. Salienta-se que, 39.2% dos jovens conhece alguém que tenha cometido uma tentativa de suicídio e 31.1% conhece alguém que tenha cometido suicídio, sendo os amigos os mais mencionados em ambas as questões, seguidos dos familiares. A maioria dos participantes nunca consome álcool (49.6%), drogas (91.9%) ou tabaco (81.3%) indicando que 26.1% participam “às vezes” em atividades religiosas.

Para efeitos de análise fatorial, a amostra foi dividida aleatoriamente em duas secções. A primeira, composta por 375 participantes ($M_{idade} = 14.69$, $DP = 1.88$; 185 do sexo masculino e 190 do sexo feminino), foi utilizada para a realização da análise fatorial exploratória e a segunda, também composta por 375 participantes ($M_{idade} = 14.66$, $DP = 1.83$; 173 do sexo masculino e 202 do sexo feminino), foi utilizada na realização da análise fatorial confirmatória.

No segundo momento de recolha de dados para o reteste, o instrumento foi aplicado aos mesmos alunos que participaram no primeiro momento. A amostra permaneceu a mesma, porém, apresentou um número mais reduzido de participantes, devido à ausência de alguns sujeitos. A amostra de reteste ficou reduzida a 697 participantes (92.9% da totalidade da amostra).

3.3.2. Instrumentos

3.3.2.1. Questionário Sociodemográfico (QSD)

O Questionário Sociodemográfico foi desenvolvido para a presente investigação, compondo-se por um conjunto de questões que visam a recolha de informação pessoal do participante. Aborda dados sociodemográficos tais como o sexo e a idade e objetiva obter outras tipologias de dados como o consumo de substâncias e a história clínica (e.g., comportamentos autolesivos, história familiar de suicídio, história de psicopatologia).

3.3.2.2. Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida (QIAIS-A)

O Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida (QIAIS-A) é um instrumento aplicável a adolescentes portugueses e a sua versão mais recente é da autoria de Carvalho, Nunes, Castilho, da Motta, Caldeira e Pinto-Gouveia (2015a). O QIAIS-A compreende 56 itens medindo os níveis de autodano, impulsividade e ideação suicida, através de escalas de quatro pontos, de 0 (*Nunca*) a 3 (*Sempre*), e de uma escala com um formato dicotómico (*sim* ou *não*) (Carvalho *et al.*, 2015a). Subdividindo-se em quatro módulos, avalia o impulso (módulo A), o autodano (módulo B), as funções do autodano (módulo C) e a ideação suicida (módulo D) (Carvalho *et al.*, 2015a). Quanto mais elevado for o *score*, maior a presença do indicador inerente a cada módulo (Carvalho *et al.*, 2015a).

No que concerne à consistência interna, o QIAIS-A apresenta valores satisfatórios na escala total ($\alpha = .86$) e em todos os seus fatores (Carvalho *et al.*, 2015a). Na presente investigação foi apenas utilizado o módulo D, para a medição da ideação suicida, tendo este fator obtido um Alfa de Cronbach adequado tanto no estudo de Carvalho e colaboradores (2015a) ($\alpha = .82$), como no presente estudo ($\alpha = .85$).

3.3.2.3. Positive and Negative Suicide Ideation Inventory (PANSI)

O *Positive and Negative Suicide Ideation Inventory* (PANSI) foi desenvolvido por Osman, Gutierrez, Kopper, Barrios e Chiros (1998b), sendo composto por 14 itens que avaliam os pensamentos positivos e negativos relacionados com a ideação suicida, através de uma escala de cinco pontos, de 1 (*Nunca*) a 5 (*Muito Frequentemente*).

O PANSI é uma escala breve para adolescentes (Gutierrez & Osman, 2008) e encontra-se subdividida em dois fatores, ideação negativa (oito itens) e ideação positiva (seis itens) (Osman *et al.*, 1998b). Através da média dos itens é possível obter o *score* e quanto mais elevado for o *score* de ideação positiva menor a frequência de ideação suicida e quanto maior o *score* de ideação negativa maior frequência de ideação suicida (Osman *et al.*, 1998b). Este instrumento não permite o cálculo de um *score* total (Gutierrez & Osman, 2008). Os autores sugerem pontos de corte para a população não-clínica (Ideação Negativa = 1.13; Ideação Positiva = 3.33) (Gutierrez & Osman, 2008).

No que concerne à consistência interna, verifica-se que, no estudo original, foram obtidos valores satisfatórios (Ideação Negativa: $\alpha = .91$ e $.93$; Ideação Positiva: $\alpha = .80$ e $.82$) (Osman *et al.*, 1998b). No presente estudo, também, se aferiram valores adequados (Ideação Negativa: $\alpha = .95$; Ideação Positiva: $\alpha = .83$).

O PANSI encontrava-se em inglês, havendo a necessidade de o traduzir, utilizando procedimentos fundamentados nas recomendações da literatura (e.g., Fortin, 2003; Gutierrez & Osman, 2008; Vieira, 2009). Foi requerido o consentimento para tradução e utilização do instrumento e Peter Gutierrez, após questionar sobre os procedimentos de tradução, concedeu a autorização. O procedimento iniciou-se com a realização da tradução do instrumento, convertendo os itens e as instruções do inglês para o português. Esta tradução foi realizada de forma independente por dois sujeitos, um dos quais não pertencia à área da psicologia. As traduções foram confrontadas, promovendo a obtenção de uma versão traduzida e consensual. Esta versão foi comparada com a versão original em inglês, verificando-se se teria mantido o sentido. O instrumento em português foi enviado a dois novos sujeitos, para que os mesmos realizassem a retrotradução. Estas retrotraduções foram aferidas entre si e com a versão original do PANSI. A versão final do instrumento foi aplicada a sujeitos portugueses e monolíngues, no sentido de obter *feedback* sobre a facilidade de compreensão dos itens.

3.3.2.4.Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children (CES-DC)

A *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children* (CES-DC) foi desenvolvida por Weissman, Orvaschel e Padian (1980) e traduzida numa amostra de adolescentes portugueses por Carvalho, Cunha, Cherpe, Galhardo e Couto (2015b). A CES-DC resultou da reestruturação da versão original da escala (CES-D) de Radloff (1977), desenhada para adultos (Weissman *et al.*, 1980). Da escala original, foram mantidos os itens para adultos, quando estes se consideravam adequados e modificados os itens necessários para serem apropriados para as crianças/adolescentes (Weissman *et al.*, 1980).

O instrumento é composto por 20 itens, visando a medição da sintomatologia depressiva de crianças/adolescentes, através de uma escala tipo Likert de quatro pontos que varia entre 0 (*Nunca*) e 3 (*Muitas Vezes*) (Weissman *et al.*, 1980). A cotação total de sintomatologia depressiva é obtida através do somatório dos itens, podendo variar entre

0 e 60 e quanto mais elevado o *score* maior será a sintomatologia depressiva presente (Carvalho *et al.*, 2015b). A versão portuguesa compreende três fatores que são designados como: Fator Humor; Fator Interpessoal e Fator Felicidade (Carvalho *et al.*, 2015b).

A consistência interna não foi abordada no estudo original de Weissman e colaboradores (1980). Em Portugal, a CES-DC apresentou um valor satisfatório para a escala total ($\alpha = .90$) e fatores (Humor: $\alpha = .90$; Interpessoal: $\alpha = .87$; Felicidade: $\alpha = .57$). (Carvalho *et al.*, 2015b). No presente estudo, os valores obtidos também se verificaram satisfatórios na escala total ($\alpha = .93$) e nos fatores (Humor: $\alpha = .92$; Interpessoal: $\alpha = .85$; Felicidade: $\alpha = .70$).

3.3.2.5. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) foi desenvolvida por Pais-Ribeiro (1999). É composta por 15 itens e avalia a satisfação com o suporte social percebido, através de uma escala de Likert de cinco pontos, de A (*Concordo Totalmente*) a E (*Discordo Totalmente*) (Pais-Ribeiro, 1999).

Este instrumento subdivide-se em quatro fatores (Satisfação com os Amigos; Intimidade; Satisfação com a Família e Atividades Sociais) e, através de uma cotação sumativa (Pais-Ribeiro, 1999), é possível a obtenção do *score* da escala total, bem como de cada um dos fatores (Pais-Ribeiro, 2011).

Face à consistência interna, a ESSS apresenta resultados satisfatórios quer na escala total ($\alpha = .85$) quer nos seus fatores (Satisfação com os Amigos: $\alpha = .83$; Intimidade: $\alpha = .74$; Satisfação com a Família: $\alpha = .74$; Atividades Sociais: $\alpha = .64$) (Pais-Ribeiro, 1999). No presente estudo, similarmente, foram obtidos valores satisfatórios quer para a escala total ($\alpha = .87$) quer nos fatores (Satisfação com os Amigos: $\alpha = .85$; Satisfação com a Família: $\alpha = .88$), à exceção do fator “Intimidade” ($\alpha = .60$) e do fator “Atividades Sociais” ($\alpha = .57$) que obtiveram valores abaixo do esperado.

3.3.2.6. Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental (IAPSSM)

O Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental foi desenvolvido por Mackenzie, Knox, Gekoski e Macaulay (2004) e aferido em Portugal, para mulheres em período perinatal, por Fonseca, Silva e Canavarro (2017). Composto por 24 itens,

permite avaliar as atitudes face à procura de ajuda (Mackenzie *et al.*, 2004). O IAPSSM compreende uma escala de cinco pontos, de 0 (*Discordo*) a 4 (*Concordo*), e a cotação é obtida através do somatório dos itens (Mackenzie *et al.*, 2004). A cotação está compreendida entre 0-96 pontos na escala total e 0-32 pontos nos fatores (Mackenzie *et al.*, 2004). O instrumento, apresenta uma estrutura fatorial tripartida, composta pelos fatores: Abertura Psicológica, Propensão para a Procura de Ajuda e Indiferença ao Estigma (Mackenzie *et al.*, 2004).

A nível da consistência interna os resultados foram satisfatórios no estudo original (Escala Total: $\alpha = .87$; Abertura Psicológica: $\alpha = .82$; Propensão para a Procura de Ajuda: $\alpha = .76$; Indiferença ao Estigma: $\alpha = .79$) (Mackenzie *et al.*, 2004) e no português (Escala Total: $\alpha = .83$; Propensão para a Procura de Ajuda: $\alpha = .75$; Indiferença ao Estigma: $\alpha = .83$), excepcionando-se o fator “Abertura Psicológica” que, no estudo português, revelou um valor mais reduzido ($\alpha = .63$) (Fonseca *et al.*, 2017). No presente estudo foram obtidos valores diferenciados: Escala Total: $\alpha = .80$; Abertura Psicológica: $\alpha = .54$; Propensão para a Procura de Ajuda: $\alpha = .81$; Indiferença ao Estigma: $\alpha = .82$.

3.3.2.7. General and Actual Help-Seeking Questionnaire (GHSQ)

O *General and Actual Help-Seeking Questionnaire* (GHSQ) foi desenvolvido por Wilson, Deane, Ciarrochi e Rickwood (2005a), existindo uma versão portuguesa formulada por Fonseca e Canavarro (estudos psicométricos em curso).

Composto por secções, o GHSQ avalia as intenções e comportamentos de procura de ajuda para ultrapassar problemas do foro emocional e psicológico (Fonseca *et al.*, 2017). A primeira secção do instrumento avalia as intenções de procurar ajuda, recorrendo a uma escala tipo Likert, de 1 (*Extremamente Improvável*) a 7 (*Extremamente Provável*), sendo que quanto mais elevada for a pontuação maior é a intenção de procura de ajuda (Fonseca *et al.*, 2017). A segunda secção analisa os comportamentos efetivos de procura de ajuda, questionando os participantes sobre a sua procura de ajuda e pedindo uma descrição do problema que o conduziu à mesma (Silva, 2015). A escala compreende, ainda, quatro questões sobre os contactos prévios com profissionais de saúde mental (Silva, 2015).

No que é relativo à consistência interna, no estudo original foram verificados valores adequados, para a primeira secção da escala, em problemas pessoais e emocionais ($\alpha = .70$) (Wilson *et al.*, 2005a). Na ausência de um estudo de validação publicado em

Portugal, não é possível averiguar os dados psicométricos originais da versão portuguesa, porém, no estudo de Fonseca e colaboradores (2017), foi obtido um valor de consistência interna de .63 para a primeira secção do instrumento. No presente estudo foi obtido um valor de Alfa de Cronbach satisfatório ($\alpha = .75$). Denote-se que o item 12 do instrumento foi invertido, considerando-se este um procedimento aplicado por diversos autores (e.g., Ibrahim *et al.*, 2019; Waldmann, Staiger, Oexle, & Rüschi, 2019) e assumindo-se como uma opção adequada uma vez que o item “*Eu não pediria ajuda a ninguém*” encontra-se na orientação concetual inversa aos restantes.

3.3.3. Procedimentos

3.3.3.1. Recolha de Dados

Para viabilizar o processo de recolha de dados, numa primeira fase, foram contactados os autores dos instrumentos a utilizar (Anexo B) e obtidas as autorizações para a sua aplicação. Foi, também, realizado o contacto, via email e telefone, com a Direção Regional da Educação, no sentido de solicitar anuência para a aplicação do estudo nas escolas da ilha de São Miguel (Anexo C). A Direção Regional da Educação, evocando o Decreto Legislativo Regional n.º 13/2013/A, de 30 de agosto, indicou que o pedido deveria ser remetido para as escolas, disponibilizando uma listagem das unidades orgânicas que albergavam alunos do 3º ciclo e ensino secundário (Anexo D).

Foram contactados os órgãos responsáveis pelas escolas da ilha de São Miguel, via email (Anexo E), telefone e reuniões presenciais, de modo a solicitar consentimento para a concretização do estudo e disponibilizar as informações que fossem consideradas necessárias. Obtiveram-se respostas positivas de sete escolas, nas quais foram agendadas reuniões presenciais, no sentido de calendarizar a primeira e segunda aplicação dos questionários e serem disponibilizadas as autorizações para os encarregados de educação (Anexo F). A distribuição destes documentos ficou ao encargo das escolas⁴. O órgão executivo das escolas informou os Diretores de Turma/Professores das datas de recolha de dados, que decorreram entre novembro de 2019 e março de 2020.

A primeira sessão de recolha de dados (aproximadamente 45 minutos) ocorreu no sentido de ser aplicado o questionário na íntegra (incluindo todos os instrumentos a

⁴ Este procedimento aplicou-se a todas as escolas à exceção de uma que não requereu uma reunião, tendo sido realizado todo o agendamento e envio de documentos através da internet.

utilizar quer para o estudo 1 como para o estudo 2). Foi prestada uma breve explicação inicial do estudo e do consentimento informado. Todos os participantes que tinham autorização e pretenderam participar, assinaram o consentimento informado (Anexo G) e prosseguiram com o preenchimento do questionário. Aquando da distribuição dos questionários, foi pedido que todos os participantes introduzissem um código (de quatro dígitos) no canto superior da folha, para que fosse possível manter a confidencialidade dos dados e, em simultâneo, emparelhar o teste e o reteste do mesmo sujeito. Os questionários foram organizados de quatro modos diferentes, de forma a diminuir o enviesamento das respostas e, no término do preenchimento, foram recolhidos e colocados no interior de um recipiente opaco, para promover a confidencialidade.

O segundo momento de recolha de dados (aproximadamente 10/15 minutos) foi realizado três a quatro semanas após o primeiro momento e consistiu na administração de um pequeno questionário que incluía a recolha dos dados sociodemográficos e o Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental, facultando o reteste.

No final do estudo, foi enviado um comunicado formal de agradecimento às escolas que colaboraram, compreendendo no mesmo um resumo dos resultados mais prevalentes.

Visando tornar a amostra mais representativa e homogénea, foram, também, recolhidos questionários por conveniência em contexto não-escolar, aumentando o número de adolescentes de zonas urbanas. Os procedimentos foram ligeiramente diferentes, tendo sido criado um consentimento informado para o encarregado de educação (Anexo H), próprio para estas situações, e os questionários (teste e reteste) foram entregues e devolvidos no interior de envelopes selados, para garantir a confidencialidade dos dados. Os questionários foram apenas preenchidos e validados quando os adolescentes tinham autorização dos encarregados de educação e tinham preenchido o consentimento informado, tal como no contexto escolar. Os procedimentos de teste-reteste mantiveram-se exatamente os mesmos já descritos (três/quatro semanas) para não influenciar os resultados.

3.3.3.2. Tratamento de Dados

A presente investigação utilizou o *software* de análise estatística *Statistical Package for The Social Sciences – SPSS* (versão 26) para a globalidade das análises realizadas. Ainda, recorreu-se ao *software Analysis of Moment Structures – AMOS* (versão 26) para a execução da análise fatorial confirmatória, bem como, ao *software G*Power* (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007; Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) para o cálculo do *d* de Cohen e ao *software Monte Carlo PCA for Parallel Analysis* (Watkins, s.d.) para a realização da análise paralela dos *Eigen Values*.

Iniciou-se o tratamento de dados pela análise dos *missing values* em cada item. O critério metodológico aplicado refere que estes valores não podem ser superiores a 20% do total (Pestana & Gageiro, 2005). Quando violam esta norma, devem ser analisados com cautela, podendo estar enviesados (Pestana & Gageiro, 2005), considerando-os como “*dados omissos substanciais*” (Levine & Landon, 2018, p. 780). Garson (2015) acrescenta que a aplicação de um método de imputação de *missing values* só pode ser operacionalizada quando estes não superam os 20%. Tendo-se verificado que os valores omissos cumpriam o critério, foi aplicado o método de imputação *Expectation Maximization* que consiste em assumir uma distribuição para os valores que estão *parcialmente omissos*, através da estimativa da probabilidade de ocorrência dessa distribuição (IBM Corporation, 2016), sendo uma metodologia “*imparcial e eficiente*” (Graham, Hofer, & Mackinnon, 1996, p. 94). Antes de se prosseguir para qualquer análise, foi efetuada a inversão dos itens com esta necessidade.

Foi concretizada a análise de *outliers* em cada item do IAPSSM para aferir a sua existência e potencial remoção. Através da análise dos *box-plots*, verificou-se que a maioria dos itens não sugere a existência de *outliers*, excepcionando os itens 3, 5 e 6 onde foram apurados alguns valores abaixo do percentil 25, porém não extremados. Apesar de os *box-plots* não serem considerados a metodologia mais eficiente para rotular *outliers* permitem ao investigador obter uma noção precoce da presença de dados desviantes (Iglewicz & Hoaglin, 1993). Foi, também, recorrido à análise dos Z-Scores que indicaram que, em nenhum dos itens, deve ser considerada a presença de *outliers* (Z-Score < 3) (Iglewicz & Hoaglin, 1993).

Considerando esta situação, foi verificado se algum valor de cariz extremado poderia influenciar os dados, confirmando-se que não, uma vez que as diferenças entre o valor da média e o valor obtido na *5% trimmed mean* se apresentaram pequenas ($<.20$), justificando a retenção dos dados (Pallant, 2007). Aferiram-se, ainda, estas diferenças nos itens das restantes variáveis, garantindo que a presença de valores extremados não influenciaria os dados. Quatro itens revelaram valores ligeiramente acima do ponto de corte, porém, optou-se por manter os mesmos pois estes encontraram-se em quantidade reduzida e pouco acima do ponto estipulado. Como suporte à opção tomada, há a defesa de que os *outliers* só devem ser removidos como “*último recurso*” e quando resultado de erros (Rovai, Baker, & Ponton, 2014). Os *outliers* que surgem nos dados de um modo legítimo deverão ser mantidos (Rovai *et al.*, 2014).

Face à análise fatorial exploratória, optou-se pela rotação oblíqua *Direct Quartimin* (como no estudo original), no entanto, as análises indicaram que esta não seria adequada, porque as correlações entre os fatores sugeridos eram inferiores a .32 (Tabachnick & Fidell, 2013). A análise foi refeita com rotação ortogonal *varimax*, por esta ser considerada a melhor rotação ortogonal e a mais utilizada em investigações na área da psicologia (Fabrigar, Wegener, MacCallum, & Strahan, 1999). A análise respeitou os seguintes critérios: retiveram-se os fatores com um valor (*Eigen Value*) superior à unidade e superior ao obtido na análise paralela *Monte Carlo*; retiveram-se os itens com um valor de saturação superior a .30 (idealmente .40); foram retirados os itens com comunalidade inferior a .20; os itens com dupla saturação foram analisados caso a caso, tendo sido individualmente decidido se seriam retidos com base nas comunalidades, no peso da dupla saturação e na influência do item na consistência interna do instrumento.

A análise fatorial confirmatória foi realizada para aferir se o modelo obtido na análise anterior era válido e ajustado, recorrendo-se aos seguintes índices: Teste de ajustamento de qui-quadrado (χ^2); índice de ajustamento absoluto (χ^2/gl); *Comparative Fit Index* (CFI); *Goodness of Fit Index* (GFI); *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA); *Tucker-Lewis Index* (TLI); *Parsimonious Normed Fit Index* (PNFI); *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR). Estes índices contemplam os mínimos metodologicamente requeridos para realizar a análise fatorial confirmatória (i.e., χ^2 , χ^2/gl , CFI e o RMSEA e o SRMR) (Kline, 2016) e índices adicionais (TLI, GFI e PNFI) que poderiam aumentar a robustez da análise. A interpretação dos itens avaliados dependeu dos valores de corte estipulados na literatura, sendo o modelo considerado

ajustado se o $\chi^2/g.l$ for inferior a 2 (ideal) (Marôco, 2010), o CFI e o TLI forem superiores a .90 (Brown, 2015), o GFI for, também, superior a .90 (Mitel, 2006), o RMSEA for inferior a .06, o SRMR for inferior a .08 (Hu & Bentler, 1999) e o PNFI obtiver um valor próximo da unidade (Schermelleh-Engel & Moosbrugger, 2003).

Para além das análises mencionadas, foram avaliadas as estatísticas descritivas, a consistência interna da escala (i.e., Alfa de Cronbach), a validade convergente e a validade divergente (recorrendo ao coeficiente de correlação de Pearson), a estabilidade temporal (recorrendo ao coeficiente de correlação de Pearson e ao teste *t* de Student para amostras emparelhadas) e a diferença de médias entre grupos (recorrendo ao teste *t* de Student para amostras independentes).

3.4.Resultados

3.4.1. Análise Descritiva

Em termos da análise descritiva da escala exploraram-se, por item, as medidas de tendência central e dispersão (Tabela 1).

Tabela 1

Estatística Descritiva dos Itens do IAPSSM

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>A</i>	<i>C</i>
1. Há certos problemas que não devem ser discutidos com pessoas de fora da família mais próxima.	1.53	1.47	.50	-1.16
2. Eu saberia bem o que fazer e com quem falar se decidisse procurar ajuda profissional devido a problemas psicológicos.	2.49	1.51	-.51	-1.19
3. Se eu sofresse de problemas psicológicos, eu não iria querer que o meu parceiro soubesse.	3.20	1.27	-1.42	.70
4. Manter a cabeça focada no trabalho é uma boa solução para evitar inquietações e preocupações pessoais.	1.57	1.41	.45	-1.10
5. Se um amigo próximo me pedisse conselhos sobre um problema psicológico, seria possível que eu lhe recomendasse consultar um profissional.	3.19	1.14	-1.47	1.38
6. Ter tido uma doença do foro mental acarreta um fardo de vergonha.	3.25	1.13	-1.31	.60
7. Provavelmente, é melhor não sabermos tudo acerca de nós próprios.	2.66	1.46	-.60	-1.10
8. Se eu tivesse um problema psicológico grave nesta fase da minha vida iria achar que a psicoterapia me ajudaria.	2.79	1.34	-.84	-.47
9. As pessoas devem resolver os seus próprios problemas; receber ajuda profissional deve ser o último recurso.	2.56	1.46	-.57	-1.08
10. Se eu tivesse problemas psicológico poderia receber ajuda profissional se quisesse.	2.91	1.29	-1.03	-.03

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>A</i>	<i>C</i>
11. As pessoas importantes da minha vida teriam pior opinião acerca de mim se descobrissem que eu tinha problemas psicológicos.	3.16	1.22	-1.20	.20
12. Os problemas psicológicos, como muitas coisas, tendem a resolver-se por si.	2.89	1.23	-.85	-.31
13. Seria relativamente fácil para mim arranjar o tempo necessário para consultar um profissional devido a problemas psicológicos.	2.30	1.41	-.31	-1.13
14. Há experiências na minha vida sobre as quais eu não falaria com ninguém.	1.86	1.56	.18	-1.46
15. Eu iria querer receber ajuda profissional se eu estivesse preocupado ou desanimado durante um longo período de tempo.	2.46	1.42	-.45	-1.09
16. Eu iria sentir-me desconfortável ao procurar ajuda profissional devido a problemas psicológicos, porque as pessoas do meu grupo social ou profissional poderiam descobrir.	2.88	1.32	-.87	-.51
17. Ter sido diagnosticado com uma perturbação mental é uma nódoa na vida de uma pessoa.	2.62	1.36	-.50	-1.01
18. Há algo de admirável na atitude das pessoas que estão dispostas a lidar com os seus conflitos e medos sem recorrer a ajuda profissional.	1.99	1.36	.09	-1.10
19. Se eu achasse que estava a ter um esgotamento mental, a minha primeira tendência seria receber ajuda profissional.	2.59	1.41	-.56	-1.00
20. Eu sentir-me-ia pouco à vontade a consultar um profissional devido ao que algumas pessoas iriam pensar.	2.75	1.37	-.72	-.79
21. As pessoas com uma personalidade forte conseguem ultrapassar os problemas psicológicos sozinhas e teriam pouca necessidade de ajuda profissional.	2.51	1.36	-.42	-1.02
22. Eu estaria disposto a partilhar assuntos íntimos com a pessoa adequada, se pensasse que isso podia ajudar-me a mim ou a um familiar.	2.63	1.39	-.64	-.85
23. Se eu tivesse recebido tratamento devido a problemas psicológicos, não iria sentir que deveria esconder isso.	2.35	1.44	-.38	-1.12
24. Eu iria sentir-me envergonhado se o meu vizinho me visse a entrar no consultório de um profissional que lida com problemas psicológicos.	3.16	1.22	-1.25	.42

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

Os valores médios foram dispersos, variando entre 1.53 (*DP* = 1.47), no item 1, e 3.25 (*DP* = 1.13), no item 6. Em todos os itens verificou-se a presença de respostas nos dois extremos da escala (0 e 4 pontos), indicando visões polarizadas. Nos desvios-padrão, aferiu-se que estes se encontravam superiores a 1, apontando que os resultados se apresentavam, efetivamente, dispersos.

Apurou-se que a distribuição dos itens foi, na sua globalidade simétrica, existindo, porém, itens onde a assimetria foi superior à unidade (itens: 3, 5, 6, 10, 11, 24). Os itens que apresentaram valores mais assimétricos revelaram assimetria negativa, indicando que as respostas tenderam para os valores mais elevados. Não obstante, assinalou-se que

nenhum dos itens se encontrou “*severamente*” assimétrico ($|A| > 3.00$) (Kline, 2016) podendo ser aceite. Face à curtose, foi possível observar que alguns dos itens apresentaram uma distribuição mesocúrtica, porém, os itens a salientar (itens: 1, 2, 4, 7, 9, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 23) mostraram uma distribuição platicúrtica, excepcionando o item 5 que apresentou uma distribuição leptocúrtica, como sugerido por Field (2009). Apesar de se verificarem coeficientes diversos de curtose, constatou-se que nenhum item apresentou curtose “*severa*” ($|C| > 10.00$) (Kline, 2016). Aferiu-se, também, através dos gráficos de dispersão, que a generalidade dos itens revelou tendência para as respostas mais elevadas da escala, havendo a presença de efeitos teto (e.g., item 5), corroborando o suprarreferido.

Assim, verificou-se que diversos dos itens na escala poderiam constituir um problema à análise, porém, como os valores da curtose foram inferiores a 10 e os valores da assimetria inferiores a 3, de acordo com Kline (2016), a distribuição não é normal, mas também não é severamente não-normal.

3.4.2. Análise da Estrutura Interna da Escala

3.4.2.1. Análise Fatorial Exploratória (AFE)

Foi desenvolvida a análise fatorial exploratória com a primeira metade da amostra. Esta foi inicialmente realizada recorrendo-se à extração de componentes principais, tal como o realizado por Tieu e colaboradores (2018), e ao método de rotação *Direct Quartimin*, utilizado no estudo original (Mackenzie *et al.*, 2004).

Foram realizados o teste *Keiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o teste de Esfericidade de Bartlett para avaliar se a análise fatorial seria viável. Verificou-se que o valor obtido no KMO foi .84, considerando-se como “*meritório*” (Keiser, 1974, p. 35). O teste de Esfericidade de Bartlett revelou-se positivo ($\chi^2_{(276)} = 2095,63$, $p < .001$), sendo significativo, como indica Field (2009).

Prosseguiu-se para análise fatorial exploratória verificando-se que, com a aplicação da rotação oblíqua, as correlações entre os fatores eram inferiores a .32, apontando para a inadequação desta rotação (Tabachnick & Fidell, 2013) e implicando a retificação das análises. Recorreu-se ao método de rotação ortogonal *varimax* para colmatar esta ocorrência.

Seguindo a análise nestas condições, aplicando o critério de Keiser, averiguou-se que os resultados apontaram a existência de seis fatores que explicavam 52.86% da variância. No entanto, através da observação do gráfico de escarpa (*scree plot*), foram sugeridos apenas dois fatores. Realizando-se a análise paralela através do “*Monte Carlo Parallel Analysis*”, comparando os *Eigen Values*, concluiu-se que a escala era composta por três fatores. Repetiu-se a análise fatorial exploratória, porém, apenas extraindo o número de fatores estipulado (Tabela 2).

Tabela 2
Análise Fatorial Exploratória do IAPSSM

Item	F1	F2	F3	h ²
Fator 1 – Propensão para a procura de ajuda				
8. Se eu tivesse um problema psicológico grave nesta fase da minha vida iria achar que a psicoterapia me ajudaria	.73	.15	.13	.57
15. Eu iria querer receber ajuda profissional se eu estivesse preocupado ou desanimado durante um longo período de tempo	.69	-.11	.15	.51
19. Se eu achasse que estava a ter um esgotamento mental, a minha primeira tendência seria receber ajuda profissional	.69	.05	.33	.59
13. Seria relativamente fácil para mim arranjar o tempo necessário para consultar um profissional devido a problemas psicológicos	.65	.11	-.14	.46
10. Se eu tivesse problemas psicológicos poderia receber ajuda profissional se quisesse	.64	.18	-.20	.48
22. Eu estaria disposto a partilhar assuntos íntimos com a pessoa adequada, se pensasse que isso podia ajudar-me a mim ou a um familiar	.63	.05	.03	.40
5. Se um amigo próximo me pedisse conselhos sobre um problema psicológico, seria possível que eu lhe recomendasse consultar um profissional	.59	.00	.05	.35
23. Se eu tivesse recebido tratamento devido a problemas psicológicos, não iria sentir que deveria esconder isso	.49	.09	-.11	.26
2. Eu saberia bem o que fazer e com quem falar se decidisse procurar ajuda profissional devido a problemas psicológicos	.45	.20	-.29	.33
4. ^a Manter a cabeça focada no trabalho é uma boa solução para evitar inquietações e preocupações pessoais	-.32	.21	.16	.17
Fator 2 – Indiferença ao Estigma				
11. ^a As pessoas importantes da minha vida teriam pior opinião acerca de mim se descobrissem que eu tinha problemas psicológicos	.06	.74	.14	.57
16. ^a Eu iria sentir-me desconfortável ao procurar ajuda profissional devido a problemas psicológicos, porque as pessoas do meu grupo social ou profissional poderiam descobrir	.11	.71	.08	.52
20. ^a Eu sentir-me-ia pouco à vontade a consultar um profissional devido ao que algumas pessoas iriam pensar	-.04	.69	.21	.52

Item	F1	F2	F3	h2
24. ^a Eu iria sentir-me envergonhado se o meu vizinho me visse a entrar no consultório de um profissional que lida com problemas psicológicos	.05	.63	.05	.41
6. ^a Ter tido uma doença do foro mental acarreta um fardo de vergonha	.09	.63	.05	.40
3. ^a Se eu sofresse de problemas psicológicos, eu não iria querer que o meu parceiro soubesse	.17	.59	.23	.43
17. ^a Ter sido diagnosticado com uma perturbação mental é uma nódoa na vida de uma pessoa	.05	.58	.17	.37
Fator 3 – Abertura Psicológica				
14. ^a Há experiências na minha vida sobre as quais eu não falaria com ninguém	-.06	.36	.36	.26
21. ^a As pessoas com uma personalidade forte conseguem ultrapassar os problemas psicológicos sozinhas e teriam pouca necessidade de ajuda profissional	-.02	.17	.65	.45
12. ^a Os problemas psicológicos, como muitas coisas, tendem a resolver-se por si	.12	.20	.60	.41
18. ^a Há algo de admirável na atitude das pessoas que estão dispostas a lidar com os seus conflitos e medos sem recorrer a ajuda profissional	-.12	.25	.45	.28
9. ^a As pessoas devem resolver os seus próprios problemas; receber ajuda profissional deve ser o último recurso	.10	.17	.40	.20
7. ^a Provavelmente, é melhor não sabermos tudo acerca de nós próprios	.06	.31	.37	.23
1. ^a Há certos problemas que não devem ser discutidos com pessoas de fora da família mais próxima	-.15	-.05	.36	.15
<i>Eigen Value</i>	4.64	3.32	1.37	
Variância Explicada (%)	19.33	13.84	5.69	
Variância Total Explicada (%)			38.85	

Nota: N = 375; h2 = Comunalidades. ^aItem com cotação invertida.

Os três fatores obtidos explicaram 38.85% da variância, sendo o fator 1, equiparado à dimensão “*Propensão para a Procura de Ajuda*” e composto pelos itens: 8, 15, 19, 13, 10, 22, 5, 23, 2, 4. O fator 2 (*Indiferença ao Estigma*) compôs-se pelos itens: 11, 16, 20, 24, 6, 3, 17. O fator 3 (*Abertura Psicológica*) englobou os itens: 14, 21, 12, 18, 9, 7, 1. Os itens 4, 14, 7 e 1 apresentaram saturações ligeiramente inferiores a .40, porém, autores como Costello e Osborne (2005) sugerem que o valor mínimo de saturação fatorial é .30 e todos os itens cumpriram este critério.

Os itens 7, 14 e 19 apresentaram-se saturados em mais do que um fator e foi necessário verificar se estes deveriam ser removidos. Relativamente aos itens 7 e 14, optou-se por removê-los, considerando a acumulação de fragilidades, uma vez que apresentaram dupla saturação, a diferença entre as saturações fatoriais foi inferior a .20 (Bedford, 1997; Gerlisma, Van Der Lubbe, & Van Nieuwenhuizen, 1992) e os itens apresentaram comunalidades inferiores a .30 (e.g., Jiajun, 2015).

O item 19 foi mantido, porque apesar da dupla saturação, a sua remoção prejudicaria a consistência interna da escala (e.g., Garcia, 2019). Ainda, a comunalidade do item revelou-se elevada (e.g., Jiajun, 2015) e a diferença entre as saturações fatoriais foi superior a .20 (Bedford, 1997; Gerlisma *et al.*, 1992). À semelhança do realizado por autores como Cunha, Major e Relvas (2017) optou-se por solucionar a saturação dupla, inserindo o item no fator a que, conceitualmente, pertence.

Foram, também, removidos os itens 1 e 4 por terem apresentado comunalidades muito reduzidas (<.20), o que sugere uma escassa variância comum (Child, 2006). Para além disto, a remoção destes itens irá promover um aumento significativo da consistência interna da escala (e.g., Garcia, 2019).

No final da análise fatorial exploratória, verificou-se a existência de um instrumento com 20 itens e três fatores. O agrupamento de itens apresentou-se semelhante àquele encontrado no estudo de Fonseca e colaboradores (2017), porém, com algumas diferenças. O fator 1 compôs-se pelos itens: 8, 15, 19, 13, 10, 22, 5, 23, 2. O fator 2 compreendeu os itens: 11, 16, 20, 24, 6, 3, 17. O fator 3 englobou os itens: 21, 12, 18, e 9. Destaca-se que, o item 23 saturou no fator “*Propensão para a Procura de Ajuda*”, o que não seria conceitualmente esperado.

3.4.2.2. Análise Fatorial Confirmatória (AFC)

O modelo de três fatores e 20 itens obtido para o IAPSSM, foi sujeito à análise fatorial confirmatória, para investigar se o mesmo se apresentava ajustado (Tabela 3).

Tabela 3

AFC – Índices de Ajustamento para o Modelo Testado

Modelo	χ^2	gl	χ^2/gl	RMSEA	SRMR	GFI	TLI	CFI	PNFI
Modelo de três fatores (20 itens) (N = 375)	315.30	167	1.89	.05	.05	.92	.91	.92	.75

Nota: χ^2 = Qui-quadrado; gl = Graus de Liberdade; χ^2/gl = Índice de ajustamento absoluto; CFI = Comparative Fit Index; GFI = Goodness of Fit Index; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; TLI = Tucker-Lewis Index; PNFI = Parsimonious Normed Fit Index; SRMR = Standardized Root Mean Square Residual.

Apurou-se que o índice de ajustamento absoluto obteve um valor adequado ($\chi^2/gl = 1.89$), encontrando-se inferior a 2 (Marôco, 2010). No entanto, o valor no teste do qui-quadrado foi significativo ($\chi^2 = 315.30$; $p < .001$) o que, apesar de não ser desejável, não é determinante. Como defende Kline (2016), quando o tamanho da amostra é vasto ($N > 300$) pode conduzir à falha do teste do qui-quadrado. O CFI e o TLI (CFI = .92; TLI = .91) obtiveram valores satisfatórios ($>.90$) (Brown, 2015), bem como o GFI (GFI = .92), ultrapassando o critério limite ($>.90$) (Mitel, 2006). Os valores obtidos no RMSEA (RMSEA = .05) e no SRMR (SRMR = .05) foram também satisfatórios (RMSEA $< .06$; SRMR $<.08$) (Hu & Bentler, 1999). O PNFI apresentou um valor adequado, próximo da unidade (PNFI = .75) (Schermelleh-Engel & Moosbrugger, 2003). Conclui-se que o modelo trifatorial apresentou um ajustamento notório.

Dando continuidade à análise, procurou-se explorar as correlações existentes entre os fatores da escala e entre estes e a escala total (Tabela 4).

Tabela 4
Correlações (r) entre as Dimensões do IAPSSM

	<i>r</i>		
	Escala Total	Propensão para a Procura de Ajuda	Indiferença ao Estigma
Propensão para a Procura de Ajuda	.75***	-	
Indiferença ao Estigma	.76***	.21***	-
Abertura Psicológica	.48***	-.01	.40***

Nota: $N = 750$. r = Coeficiente de correlação de Pearson.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Os coeficientes de correlação variaram entre $r = .76$ e $r = -.01$. Em relação à escala total, todos os fatores apresentaram uma correlação positiva e estatisticamente significativa para com esta (*Propensão para a Procura de Ajuda*: $r = .75$, $p < .001$; *Indiferença ao Estigma*: $r = .76$, $p < .001$; *Abertura Psicológica*: $r = .48$, $p < .001$). Nos fatores, atestaram-se relações entre a *Propensão para a Procura de Ajuda* e a *Indiferença ao Estigma* ($r = .21$, $p < .001$), bem como entre as dimensões *Indiferença ao Estigma* e *Abertura Psicológica* ($r = .40$, $p < .001$). Denota-se que não existiu uma relação significativa entre a *Propensão para a Procura de Ajuda* e a *Abertura Psicológica* ($r = -.01$, $p = .717$), aferindo-se uma diferenciação entre estes fatores.

3.4.3. Análise da Fiabilidade

3.4.3.1. Análise da Consistência Interna (Alfa de Cronbach)

A análise da consistência interna foi realizada avaliando o Alfa de Cronbach para a escala total e cada um dos fatores obtidos através da AFE e AFC (Tabela 5).

Tabela 5
Consistência Interna do IAPSSM

	Presente estudo <i>N</i> = 750	Mackenzie e colaboradores (2004) <i>N</i> = 208	Fonseca e colaboradores (2017) <i>N</i> = 175
Escala total e fatores			
Escala total	.80	.87	.83
Propensão para a procura de ajuda	.81	.76	.75
Indiferença ao estigma	.82	.79	.83
Abertura psicológica	.54	.82	.63

Os valores obtidos para a nova escala de 20 itens foram satisfatórios, quer para a escala global ($\alpha = .80$) como para duas das três dimensões (*Propensão para a Procura de Ajuda*: $\alpha = .81$; *Indiferença ao Estigma*: $\alpha = .82$). A dimensão de *Abertura Psicológica* obteve um valor de consistência interna relativamente fraco (*Abertura Psicológica*: $\alpha = .54$). Salienta-se que em escalas com um número reduzido de itens, como é o caso, é expectável que os valores de consistência sejam inferiores (Marôco & Garcia-Marques, 2006). Porém, valores entre .50 e .75 são considerados como “*moderados*” (Hinton, McMurray, & Brownlow, 2014, p. 356). Para além disto, verificou-se a existência de três itens cuja remoção potenciaria o aumento do Alfa de Cronbach da escala total e o aumento máximo possível seria de apenas .07. Em relação aos fatores, individualmente, a remoção de qualquer item prejudicaria a sua consistência interna.

3.4.3.2. Análise da Estabilidade Temporal (Teste-Reteste)

Para reforçar a avaliação da fiabilidade, executou-se o estudo da estabilidade temporal (teste-reteste), visando-se aferir se o instrumento mantém resultados congruentes quando administrado em dois momentos distintos (Field, 2009) (Tabela 6). O estudo do reteste contou com uma amostra de 697 jovens que preencheram o instrumento duas vezes, com um intervalo de três a quatro semanas.

Tabela 6
Estabilidade Temporal do IAPSSM

Dimensões do IAPSSM	Teste		Reteste		<i>r</i>	<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Escala total	54.72	12.15	54.64	12.10	.72***	.25
Propensão para a procura de ajuda	23.76	7.72	23.50	7.93	.64***	1.01

Dimensões do IAPSSM	Teste		Reteste		<i>r</i>	<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Indiferença ao estigma	20.99	6.12	21.11	5.99	.61***	-.58
Abertura psicológica	9.97	3.51	10.02	3.36	.50***	-.39

Nota: *N* = 697; *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *r* = Coeficiente de correlação de Pearson entre o teste e o reteste; *t* = Teste *t* de Student para amostra emparelhadas.

* *p* < .05; ** *p* < .01; *** *p* < .001.

Foi possível observar que, entre o teste e o reteste, existiram correlações positivas e estatisticamente significativas, sugerindo congruência entre os dois momentos (Escala total: *r* = .72, *p* < .001; *Propensão para a Procura de Ajuda*: *r* = .64, *p* < .001; *Indiferença ao Estigma*: *r* = .61, *p* < .001; *Abertura Psicológica*: *r* = .50, *p* < .001). Os testes *t* de Student, também, apontaram que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre a primeira e a segunda aplicação (Escala total: *t*(696) = .25, *p* = .803; *Propensão para a Procura de Ajuda*: *t*(696) = 1.01, *p* = .313; *Indiferença ao Estigma*: *t*(696) = -.58, *p* = .564; *Abertura Psicológica*: *t*(696) = -.39, *p* = .699). Estes dados sugerem a existência de estabilidade temporal.

3.4.4. Análise da Validade

3.4.4.1. Análise da Validade Convergente

Para estudar a validade convergente foram realizadas correlações entre o instrumento e diversas variáveis, conforme referido na literatura, nomeadamente: intenções de procura de ajuda (em fontes formais) (e.g, Fonseca *et al.*, 2017), depressão (e.g., Kantor *et al.*, 2017) e suporte social (Tuliao *et al.*, 2019). Considerou-se ainda, interessante, descobrir se existiria uma relação entre as atitudes face à procura de ajuda e a ideação suicida, tendo em conta aquilo que a literatura revela sobre o *help-seeking* neste domínio (e.g., Deane *et al.*, 2001, Wilson *et al.*, 2005b) (Tabela 7).

Tabela 7
Validade Convergente do IAPSSM

	<i>r</i>					
	GHSQ – F	CES-DC	ESSS	QIAIS	PANSI-N	PANSI-P
Escala Total	.42***	-.38***	.45***	-.29**	-.30***	.32***
Propensão para a Procura de Ajuda	.46***	-.23***	.34***	-.14***	-.13***	.35***
Indiferença ao Estigma	.18***	-.39***	.40***	-.32***	-.36***	.22***
Abertura Psicológica	.13***	-.11**	.11**	-.14***	-.13**	-.04

Nota: *N* = 750. *r* = Coeficiente de correlação de Pearson; GHSQ-F = Intenções de Procura de Ajuda Formal; CES-DC = Depressão; ESSS = Satisfação com o Suporte Social; QIAIS = Ideação Suicida; PANSI-N = Ideação Suicida Negativa; PANSI-P = Ideação Suicida Positiva.

* *p* < .05; ** *p* < .01; *** *p* < .001.

Averiguaram-se correlações positivas e significativas entre o IAPSSM e as intenções de procurar ajuda formal (Escala total: $r = .42, p < .001$; *Propensão para a Procura de Ajuda*: $r = .46, p < .001$; *Indiferença ao Estigma*: $r = .18, p < .001$; *Abertura Psicológica*: $r = .13, p < .001$). Quanto mais positivas as atitudes face à procura de serviços de saúde mental, maiores as intenções de procurar ajuda em fontes formais.

Constatou-se uma associação negativa entre as atitudes de procura de serviços de saúde mental e a depressão (Escala total: $r = -.38, p < .001$; *Propensão para a Procura de Ajuda*: $r = -.23, p < .001$; *Indiferença ao Estigma*: $r = -.39, p < .001$; *Abertura Psicológica*: $r = -.11, p = .002$), apontando que, quanto mais positivas as atitudes menores os índices de depressão.

Prosseguindo para a associação com o suporte social foi possível atestar correlações positivas e estatisticamente significativas, sugerindo que quanto maior o suporte social, mais positivas serão as atitudes face à procura de serviços de saúde mental (Escala total: $r = .45, p < .001$; *Propensão para a Procura de Ajuda*: $r = .34, p < .001$; *Indiferença ao Estigma*: $r = .40, p < .001$; *Abertura Psicológica*: $r = .11, p = .004$).

Relativamente à ideação suicida (QIAIS) verificaram-se correlações negativas entre a mesma e as atitudes de procura de ajuda (Escala total: $r = -.29, p < .001$; *Propensão para a Procura de Ajuda*: $r = -.14, p < .001$; *Indiferença ao Estigma*: $r = -.32, p < .001$; *Abertura Psicológica*: $r = -.14, p < .001$). Diferenciando a ideação suicida negativa e a positiva, constataram-se correlações negativas entre as atitudes de procura de ajuda e a ideação negativa (Escala total: $r = -.30, p < .001$; *Propensão para a Procura de Ajuda*: $r = -.13, p < .001$; *Indiferença ao Estigma*: $r = -.36, p < .001$; *Abertura Psicológica*: $r = -.13, p = .001$). Face à ideação positiva, verificaram-se correlações positivas (Escala total: $r = .32, p < .001$; *Propensão para a Procura de Ajuda*: $r = .35, p < .001$, *Indiferença ao Estigma*: $r = .22, p < .001$) sendo que o único fator que não se correlacionou foi a *Abertura Psicológica* ($r = -.04, p = .304$). Assim quanto maiores os níveis de ideação suicida mais negativas são as atitudes face à procura de ajuda.

3.4.4.2. Análise da Validade Divergente

A validade divergente foi avaliada, à semelhança do estudo de Mackenzie e colaboradores (2004) que refere que o instrumento deverá correlacionar-se mais com as intenções de procura de ajuda em fontes formais do que em fontes informais (Tabela 8).

Tabela 8
Validade Divergente do IAPSSM

	<i>r</i>	
	GHSQ - F	GHSQ - I
Escala Total	.42***	.32***
Propensão para a Procura de Ajuda	.46***	.31***
Indiferença ao Estigma	.18***	.22***
Abertura Psicológica	.13***	.04

Nota: $N = 750$. r = Coeficiente de correlação de Pearson; GHSQ-F = Intenções de Procura de Ajuda Formal; GHSQ-I = Intenções de Procura de Ajuda Informal.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

A escala correlacionou-se positivamente e significativamente com ambas as fontes, porém, encontrou-se mais fortemente correlacionada com as intenções de procurar ajuda formal ($r = .42, p < .001$) do que com as intenções de procurar ajuda informal ($r = .32, p < .001$). Nos fatores, foi possível atestar que na *Propensão para a Procura de Ajuda*, também, a correlação é mais forte com as fontes formais ($r = .46, p < .001$), comparativamente às informais ($r = .31, p < .001$). Ainda, a dimensão de *Abertura Psicológica* não se correlacionou com a intenção de procurar ajuda informal ($r = .04, p = .259$) e a dimensão de *Indiferença ao Estigma* correlacionou-se mais fortemente com as fontes informais ($r = .22, p < .001$) do que com as fontes formais ($r = .18, p < .001$).

3.4.5. Diferenças de Médias

Procurou-se apurar a existência de diferenças de médias entre os sexos, uma vez que este procedimento foi tomado por Mackenzie e colaboradores (2004) (Tabela 9).

Tabela 9
Diferenças de Médias em Função do Sexo

	Amostra total ($N = 750$)		Sexo masculino ($n = 358$)		Sexo feminino ($n = 392$)		<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Escala total	54.69	12.19	54.18	12.09	55.16	12.29	.08	-1.11	.270
Propensão para a procura de ajuda	23.71	7.84	23.24	8.19	24.14	7.50	.11	-1.56	.119
Indiferença ao estigma	21.02	6.16	21.19	6.05	20.87	6.26	.05	.71	.481
Abertura psicológica	9.96	3.50	9.75	3.53	10.16	3.48	.12	-1.59	.112

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

Ao contrário do expectável, não foram verificadas diferenças de médias entre os sexos, quer na escala total ($t(748) = -1.11, p = .270$), quer nos três fatores (*Propensão para a Procura de Ajuda*: $t(748) = -1.56, p = .119$; *Indiferença ao Estigma*: $t(748) = .71, p = .481$); *Abertura Psicológica*: $t(748) = -1.59, p = .112$).

3.5. Discussão

O *help-seeking* é uma temática abordada por diversos autores (e.g., Rickwood & Thomas, 2012), existindo barreiras perante este comportamento (Gulliver *et al.*, 2010). Salientam-se as atitudes face à procura de ajuda como uma barreira de relevo, uma vez que os fatores atitudinais influenciam as intenções de procurar ajuda (Reynders *et al.*, 2014). Assim, é relevante investir na promoção de atitudes positivas, essenciais na prevenção do suicídio (Reynders *et al.*, 2014). Mackenzie e colaboradores (2004) desenvolveram o IAPSSM, avaliando as atitudes dos sujeitos face à procura de ajuda. Este instrumento apresenta uma versão portuguesa validada, para mulheres em período perinatal, por Fonseca e colaboradores (2017). Tendo em conta a importância das atitudes para o suicídio (e.g., Reynders *et al.*, 2014) e considerando que os adolescentes são um grupo de risco para o mesmo (DGS, 2013), o presente estudo objetivou avaliar as propriedades psicométricas do IAPSSM, numa amostra de adolescentes na ilha de São Miguel (Açores).

O estudo iniciou-se com a análise das estatísticas descritivas dos 24 itens do IAPSSM, aferindo-se que as médias apontam, globalmente, para a presença de atitudes positivas, porém, não extremadas. Resultados semelhantes também se verificaram noutros estudos (e.g., Kantor *et al.*, 2017; Mackenzie *et al.*, 2004), inclusive, em alguns casos (e.g., Tieu *et al.*, 2018) apresentando tendência para posições neutras/indiferentes. O estudo da assimetria e curtose, corrobora o supramencionado, observando-se a presença de itens com assimetria negativa, sugerindo, novamente, a tendência para os valores mais elevados na escala. No entanto, nenhum valor é considerado como tendo assimetria ou curtose severa (Kline, 2016). Denote-se que os desvios-padrão se encontraram superiores à unidade o que poderá estar associado ao conteúdo dos itens e à idade dos participantes, indicando que estes poderão apresentar atitudes muito diferenciadas face à temática do instrumento (Brás, 2013).

De seguida, foi realizada a análise fatorial exploratória do IAPSSM, através da extração de componentes principais (e.g., Tieu *et al.*, 2018) e com o método de rotação *Direct Quartimin* (e.g., Mackenzie *et al.*, 2004). Verifica-se que as correlações entre os fatores eram inferiores a .32 indicando que não seria possível a utilização de rotações oblíquas (Tabachnick & Fidell, 2013). Optou-se pela rotação ortogonal *varimax*, por ser a rotação preferencial na psicologia (Fabrigar *et al.*, 1999). Esta impossibilidade da

utilização de rotações oblíquas verificou-se no estudo de Tieu e colaboradores (2018), em que estes, similarmente, optaram pela rotação ortogonal. Foi obtida uma estrutura trifatorial composta pelas dimensões: “*Propensão para a Procura de Ajuda*”, “*Indiferença ao Estigma*” e “*Abertura Psicológica*”, corroborando o verificado no estudo original (Mackenzie *et al.*, 2004), no português (Fonseca *et al.*, 2017) e em estudos internacionais (e.g., Hyland *et al.*, 2014; Kantor *et al.*, 2017; Tieu *et al.*, 2018).

Foram removidos quatro itens da escala, uma vez que estes acumulavam fragilidades (i.e., itens 1, 4, 7, 14), ficando a mesma reduzida a 20 itens. Salienta-se que o item 23 saturou no fator “*Propensão para a Procura de Ajuda*”, o que não seria expectável, porém foi mantido por ter boas características e por se considerar que o seu conteúdo não era suficientemente desviante da definição proposta por Mackenzie e colaboradores (2004) para a dimensão em que o item saturou. A redução da escala a 20 itens já se verificou em outros estudos, como o estudo chinês de Tieu e colaboradores (2018) e o estudo filipino de Tuliao e colaboradores (2019). Relativamente aos itens que revelaram fragilidades, verifica-se que os mesmos parecem ser constantes ao longo da literatura. No estudo de Kantor e colaboradores (2017) os itens 1, 4, 7 e 14 não saturaram adequadamente no fator e o item 23 apresentou saturação reduzida no fator esperado. Resultados semelhantes verificaram-se para Tieu e colaboradores (2018) onde os itens 1, 7 e 14 foram removidos por falta de saturação e o item 23 saturou no fator “*Propensão para a Procura de Ajuda*”, tal como no presente estudo. Ainda, no estudo de Tuliao e colaboradores (2019) os itens 1, 4 e 7 foram removidos por falta de saturação e o item 23 foi removido por não saturar no fator “*Indiferença ao Estigma*”.

Assim, a análise fatorial exploratória sugere que a “*Propensão para a Procura de Ajuda*” é composta por 9 itens (itens: 8, 15, 19, 13, 10, 22, 5, 23, 2), a “*Indiferença ao Estigma*” é composta por 7 itens (itens: 11, 16, 20, 24, 6, 3, 17) e a “*Abertura Psicológica*” é composta por 4 itens (itens: 21, 12, 18, e 9). Afere-se que a “*Propensão para a Procura de Ajuda*” manteve os itens iguais àqueles verificados nos estudos original e português⁵ tendo, porém, sido acrescentada a esta dimensão o item 23. A “*Indiferença ao Estigma*” manteve os itens esperados, havendo, no entanto, a exclusão do item 23, por ter transitado de fator. A “*Abertura Psicológica*” manteve os seus itens de origem, tendo-se, excluindo os itens 1, 4, 7 e 14, sendo o fator com maior fragilidade.

⁵ Estudo original: (Mackenzie *et al.*, 2004); Estudo Português: (Fonseca *et al.*, 2017).

Foi também realizada a análise fatorial confirmatória, com o modelo de 20 itens e três fatores, verificando-se um ajustamento adequado em todos os índices estudados. Salienta-se que os mesmos se assemelham àqueles obtidos no estudo original (Mackenzie *et al.*, 2004) e noutros estudos (e.g., Kantor *et al.*, 2017; Tulliao *et al.*, 2019; Lheureux, 2015, Hyland *et al.*, 2014), tendo-se inclusive, em alguns índices, obtido maior ajustamento. A adequação do modelo no presente estudo revelou-se ligeiramente abaixo do obtido por Fonseca e colaboradores (2017), o que poderá ser explicado pelas diferenças significativas entre as populações estudadas.

As correlações entre os fatores da escala apresentaram associações significativas e positivas com a escala total, variando entre $r = .48$ e $r = .76$. Verifica-se que os fatores se correlacionaram entre si, à exceção dos fatores “*Propensão para a Procura de Ajuda*” e “*Abertura psicológica*” ($r = -.01$, $p = .717$). Estes resultados são parcialmente corroborados pelo estudo original (Mackenzie *et al.*, 2004), porque neste todos os fatores apresentam correlações positivas e significativas entre si e com a escala total. A investigação de Tieu e colaboradores (2018) corrobora totalmente o presente estudo uma vez que as correlações aferidas, também, revelam a inexistência da associação entre os dois fatores supramencionados.

Face à análise da fiabilidade, verifica-se que a escala total apresenta uma consistência interna satisfatória ($\alpha = .80$), salientando-se que a eliminação de itens potenciaria um aumento insignificante neste valor, validando a sua desejabilidade. Os fatores revelaram valores adequados na *Propensão para a Procura de Ajuda* ($\alpha = .81$) e na *Indiferença ao Estigma* ($\alpha = .82$). A *Abertura Psicológica* obteve um valor abaixo do expectável ($\alpha = .54$), porém aceitável (Hinton *et al.*, 2014). A consistência interna da escala total no presente estudo é ligeiramente inferior àquela obtida no estudo original ($\alpha = .87$) e no estudo português ($\alpha = .83$). No sentido oposto, a consistência interna da *Propensão para a Procura de Ajuda* é significativamente superior no presente estudo. Relativamente à *Indiferença ao Estigma* os resultados são dispersos pois o valor obtido no presente estudo é superior ao do estudo original ($\alpha = .79$) e inferior ao do estudo português ($\alpha = .83$). O valor obtido para a *Abertura Psicológica* é inferior do que o verificado nos dois estudos.

A reduzida consistência interna do fator “*Abertura Psicológica*” é uma ocorrência retratada na literatura, tal como no estudo de: Fonseca e colaboradores (2017); Tulliao e colaboradores (2019); Kantor e colaboradores (2017); Tieu e colaboradores (2018); entre

outros. Em todos estes estudos, a consistência interna deste fator verificou-se abaixo de .70 e inferior à escala total e/ou aos restantes fatores. Considera-se que, no presente estudo, a redução da consistência interna da dimensão “*Abertura Psicológica*” possa ser explicada por este fator ser aquele com o maior número de fragilidades. Destaca-se o facto de esta dimensão ter ficado com 4 itens, tornando-se expectável que o valor da consistência fosse mais reduzido (Marôco & Garcia-Marques, 2006).

Relativamente à estabilidade temporal, verifica-se a existência de correlações positivas e significativas entre o teste e o reteste (na escala total e subescalas), bem como, a ausência de diferenças de médias entre os dois momentos. Estes resultados são corroborados por Mackenzie e colaboradores (2004) que também realizaram a análise da estabilidade temporal (através das correlações) tendo validado que os dados obtidos no IAPSSM se mantêm aproximadamente semelhantes, mesmo quando espaçados no tempo.

Ao nível da validade convergente, verifica-se que o instrumento correspondeu às relações teóricas esperadas, verificando-se que quanto mais positivas as atitudes, maiores as intenções de procurar ajuda formal e a satisfação com o suporte social e menores os níveis de ideação suicida e depressão. Estes resultados corroboram o indicado pela literatura (e.g., Fonseca *et al.*, 2017, Kantor *et al.*, 2017, Tuliao *et al.*, 2019, Wilson *et al.*, 2005b), validando a importância das atitudes face à procura de ajuda como fator de relevo face ao suicídio (Reynders *et al.*, 2014). Estes dados reforçam que as atitudes face à procura de ajuda e as crenças explicam a relação entre a ideação suicida e as intenções de procurar ajuda (Wilson *et al.*, 2005b), constatando-se que adolescentes com atitudes negativas e noções de autossuficiência não procuram auxílio (Labouliere *et al.*, 2015).

Na validade divergente, foi utilizado o método aplicado por Mackenzie e colaboradores (2004) corroborando, na globalidade, o verificado pelos mesmos. O IAPSSM total e a *Propensão para a Procura de Ajuda* correlacionaram-se se mais fortemente com a intenção de procurar ajuda formal. No mesmo sentido, a *Abertura Psicológica* apenas se correlacionou com a intenção de procura de ajuda formal. A *Indiferença ao Estigma* correlacionou-se mais fortemente com a procura de ajuda informal o que, apesar de ser oposto ao esperado, vai ao encontro do referido por Mackenzie e colaboradores (2004) sendo que no estudo destes autores, esta dimensão foi a que mais se correlacionou com as fontes informais.

Por fim, foi realizada a análise das diferenças de género pois os estudos de validação (e.g., Mackenzie *et al.*, 2004) e a literatura (e.g., Nam *et al.*, 2010; Seyfi *et al.*, 2013) indicam que os homens tendencialmente apresentam atitudes mais negativas. No presente estudo, não foram encontradas diferenças significativas, sugerido que na amostra, as atitudes presentes no sexo masculino e feminino não diferem, refutando a literatura.

Considerando-se o presente estudo, é de destacar a presença de limitações. A primeira limitação prende-se ao facto de o estudo ter sido maioritariamente realizado em escolas de cariz periférico, conduzindo a que a amostra fosse significativamente composta por adolescentes destas áreas. Esta limitação tentou ser contornada pela recolha de dados (por conveniência), no entanto considera-se que teria sido interessante se o número de sujeitos de zonas urbanas tivesse equiparado ao número de sujeitos de regiões periféricas. Não obstante, apesar de ser uma limitação, considera-se que este facto não é determinante na qualidade do estudo. A segunda limitação relaciona-se com o facto de o questionário ter sido, na globalidade, preenchido em contexto escolar o que poderá ter influenciado as respostas dos adolescentes. A terceira limitação associa-se ao facto de a duração e extensão do protocolo poderem ter contribuído para a desmotivação de alguns adolescentes.

No entanto, o presente estudo apresenta diversas potencialidades, nomeadamente: o facto de contribuir para o conhecimento existente em Portugal sobre o *help-seeking* e atitudes associadas a este conceito; promover a validação de um instrumento para a população adolescente; ter tido em consideração as recomendações de Fonseca e colaboradores (2017) contemplando a avaliação da estabilidade temporal e avaliando o instrumento numa amostra diversificada (i.e., adolescentes); terem sido verificadas boas propriedades psicométricas no instrumento estudado validando a sua utilização e ter sido realizado o estudo com uma amostra extensa ($N = 750$). Para além disto, e considerando a importância das atitudes, infere-se que o estudo deste instrumento na população adolescente constitui um facto relevante, sendo que o IAPSSM poderá ser mais amplamente aplicado na investigação e em contextos clínicos.

3.6. Conclusões

Os resultados obtidos validam a utilização do IAPSSM enquanto um instrumento rico e com propriedades psicométricas satisfatórias. Seguindo as recomendações de Fonseca

e colaboradores (2017), considera-se fundamental que no futuro o IAPSSM seja aplicado em diversas amostras e que as suas propriedades psicométricas sejam estudadas, ampliando o espectro de contextos em que o mesmo possa ser aplicado. Também, sugere-se, tal como Kantor e colaboradores (2017), que os itens problemáticos sejam estudados e ajustados, de forma a que integrem o fator a que pertencem adequadamente. Ainda, preconiza-se que o IAPSSM seja investigado em amostras clínicas, considerando a importância dos fatores atitudinais para a procura de ajuda em situações de necessidade. Por fim, propõe-se que o IAPSSM seja aplicado na ilha de São Miguel (Açores) (ou na RAA), no sentido de averiguar se o mesmo mantém um comportamento estável.

**4. CAPÍTULO III – ESTUDO 2: FATORES PREDITORES DA IDEACÃO
SUICIDA NOS ADOLESCENTES**

4.1. Enquadramento Teórico

4.1.1. Fatores de Risco e Fatores de Proteção

Como é sabido, o contexto do suicídio na RAA é *preocupante* (DGS, 2016) e diversos estudos realizados nos jovens desta região revelam resultados significativos, apontando taxas elevadas tanto de ideação suicida como de autodano (e.g., Carvalho *et al.*, 2017; Nunes, 2012; Róias, 2015). Estes dados são alarmantes pois, de acordo com a DGS (2013) estas variáveis (i.e., ideação suicida e autodano) são preditores fundamentais do suicídio. Na RAA o risco de suicídio tem vindo a revelar-se associado a múltiplas variáveis como a depressão; a ansiedade (e.g., Nunes, 2012); a negligência (Carvalho *et al.*, 2017); o bem-estar mental (Róias, 2015); entre outras. Deste modo, torna-se fundamental conhecer os fatores de risco e de proteção para o suicídio neste contexto insular.

Sendo um problema na saúde pública portuguesa (DGS, 2013) o suicídio é o resultado da convergência de múltiplos fatores, tais como neurobiológicos e psicológicos (Shneidman, 2004), constituindo-se “*como um mal-estar multidimensional*” (Shneidman, 1985, p. 203). Compreende-se assim que os fatores de risco e de proteção são variáveis de extrema relevância, para a psicologia (Filho & Guzzo, 2006) e que, classificando-se o suicídio como multifatorial, a presença de fatores de risco não resulta necessariamente numa conduta suicida e a presença de fatores de proteção não inviabiliza sempre o desenvolvimento deste fenómeno (Brás, 2013).

Reportando para os modelos explicativos⁶, é possível verificar a existência de diversos fatores que apresentam um papel de relevo no suicídio (Cruz, 2000, 2006; O’Connor, 2011; Wenzel & Beck, 2008; Yang & Clum, 1996), evidenciando-se os fatores psicológicos, pois estão na base do mesmo (Shneidman, 1993). Podem ser destacados fatores como a desesperança (Yang & Clum, 1996), a rigidez cognitiva, o pensamento dicotómico (Cruz, 2000, 2006), a personalidade (Wenzel & Beck, 2008), o suporte social (O’Connor & Kirtley, 2018), entre outros. Os acontecimentos de vida negativos (AVN), apesar de não serem um fator psicológico, são igualmente de salientar sendo um denominador comum em diversos modelos (e.g., Cruz, 2000, 2006; Yang & Clum, 1996) e influenciando os fatores psicológicos. Num estudo acerca do contributo dos fatores

⁶ Modelo Etiológico da Conduta Suicida (Yang & Clum, 1996); Modelo Cognitivo da Conduta Suicida (Cruz, 2000, 2006); Modelo Cognitivo do Suicídio (Wenzel & Beck, 2008); *Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour* (O’Connor, 2011).

psicológicos, observou-se que a junção dos mesmos permitiu explicar 39% da variação da ideação suicida em adolescentes e, em separado, os fatores protetores explicaram 34% desta ocorrência e os fatores de risco explicaram 29% (Brás, Jesus, & Carmo, 2016).

Apesar da informação existente sobre o risco suicidário, prever quais os sujeitos que cometerão suicídio ainda é algo pouco objetivo (Cáceda, 2014). Considerando-se que uma porção significativa dos suicídios são subestimados, a capacidade para se prever o risco suicidário é fundamental para a prevenção do mesmo (Cáceda, 2014). Um “*elemento crítico*” na predição do suicídio é a determinação dos fatores de risco e de proteção (Cáceda, 2014, p. 4), permitindo compreender a vulnerabilidade do sujeito, comunidade ou população e possibilitando desenhar uma intervenção adequada (DGS, 2013).

4.1.2. Fatores de Risco

Um fator de risco é definido como uma variável com a potencialidade de aumentar a probabilidade de desenvolvimento de uma doença/lesão (OMS, 2019a). São “*circunstâncias, condições, acontecimentos de vida, doenças ou traços de personalidade que podem aumentar a probabilidade de alguém cometer uma tentativa de suicídio ou, mesmo suicidar-se*” (DGS, 2013, p. 45). Estes fatores agem como preditores longitudinais dos pensamentos e comportamentos suicidários (Franklin *et al.*, 2017).

Os fatores de risco podem ser distribuídos em três classes, distinguindo os fatores individuais (e.g., género), socioculturais (e.g., atitudes) e situacionais (e.g., acontecimentos de vida negativos) (DGS, 2013). Estes fatores podem ser também categorizados como fatores de risco distais ou proximais (Moscicki, 2001). Os fatores de risco distais são o fundamento da conduta suicida, associando-se à vulnerabilidade subjacente à mesma e os fatores de risco proximais são antecedentes quase imediatos desta conduta, podendo agir como fatores precipitantes (Moscicki, 2001). Assim, um mesmo fator poderá promover a vulnerabilidade para diversas problemáticas e, simultaneamente, para uma problemática específica (Parritz & Troy, 2014).

Compreende-se que as diversas categorias de fatores de risco interagem entre si, uma vez que os fatores genéticos/biológicos, os fatores sociodemográficos, a adversidade na infância e a personalidade influenciam a vulnerabilidade individual do sujeito para a adversidade, stresse e perturbações mentais, sendo estes os fatores proximais que influenciam a conduta suicida (Beautrais, 2003). Na literatura têm vindo a ser destacados

diversos fatores de risco de interesse na suicidologia, nomeadamente: a psicopatologia (e.g., Beautrais, 1996), mais especificamente, a depressão (e.g., Bousoño *et al.*, 2017); os acontecimentos de vida negativos (e.g., Yang & Clum, 1996) e a desesperança (e.g., Borges & Werlang, 2006).

Aprofundando cada fator, a maioria dos suicídios estão associados a perturbações psiquiátricas (Bachmann, 2018), pelo que 90% dos sujeitos que cometem suicídio comportam psicopatologia (DGS, 2013). A história de psicopatologia e a presença de psicopatologia atual são dos fatores mais significativos na conduta suicida em jovens (Beautrais, 2000), sendo a presença de patologia mental considerada um fator de risco primordial para este fenómeno (Bilsen, 2018; DGS, 2013). O risco de realizar uma conduta suicida aumenta com o número de perturbações mentais (Beautrais, 1996). Jovens com uma perturbação têm, aproximadamente, oito vezes mais risco de tentativa de suicídio e jovens com duas perturbações apresentam 15 vezes mais risco desta ocorrência, comparativamente a jovens sem psicopatologias (Beautrais, 1996).

Dentro da psicopatologia, a depressão é um dos principais fatores de risco para o suicídio por ter sintomas como a tristeza e a desesperança (Braga & Dell’Aglia, 2013). Bousoño e colaboradores (2017) verificaram que, numa amostra de adolescentes, a presença de tentativas de suicídio anteriores e a sintomatologia depressiva eram as variáveis com o maior potencial de predição da ideação/conduta suicida. Azevedo e Matos (2014) averiguaram uma associação positiva entre a depressão e a ideação suicida, indicando que ambos os construtos se correlacionam positivamente, sendo que quanto mais elevada for a depressão mais elevada será a ideação.

Ceballos-Ospino e colaboradores (2015) também verificaram uma correlação positiva entre a depressão e a ideação suicida, sugerindo que adolescentes com baixos níveis de depressão e elevados níveis de autoestima revelam menor probabilidade de terem ideação suicida. Acrescente-se que um adolescente com depressão tem 9.3 vezes mais probabilidade de desenvolver ideação suicida do que um adolescente sem depressão (Borges & Werlang, 2006) A depressão está associada a uma elevada mortalidade por suicídio e, em episódios depressivos, o risco é constante (APA, 2014). Assim, a depressão é o melhor preditor da ideação suicida (Hardt, Herke, & Schier, 2011).

À semelhança, outras psicopatologias apresentam-se associadas ao suicídio como é o caso de: Perturbações de Ansiedade (e.g., Barata, 2016; DGS, 2013; Nunes, 2012); Perturbações Alimentares (e.g., Swanson, Crow, Le Grange, Swedsen, & Merikangas, 2011); Perturbação Bipolar (e.g., Hauser, Galling, & Correll, 2013); Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (e.g., Balazs & Keresztesy, 2017); Perturbações Disruptivas e do Controlo de Impulsos e da Conduta (APA, 2014); Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas (e.g., Beautrais, 2003). Ainda, o consumo de substâncias, correlaciona-se positivamente com a ideação suicida em adolescentes, sendo que quanto maior o consumo maior a ideação suicida (Barros, Pichelli, & Ribeiro, 2017).

Prosseguindo, outro dos fatores de risco a destacar são os acontecimentos de vida negativos (AVN), definidos por Yang e Clum (1996) como os eventos que ocorrem antes dos 18 anos e que comportam grande probabilidade de impactar negativamente o sujeito. Apesar de a maioria dos estudos desenvolvidos sobre esta variável serem de cariz correlacional ou retrospectivo, é possível inferir que os eventos de vida podem precipitar a conduta suicida (Sandin, Chorot, Santed, Valiente, & Joiner, 1998). Embora a associação entre os AVN e o risco de suicídio seja inegável, não é totalmente compreendida (O'Connor & Nock, 2014). Infere-se que os comportamentos suicidários em jovens sejam, muitas vezes, precedidos de exposição a stresse e a situações pessoais adversas (e.g., perdas) (Beautrais, 2000) sugerindo que a exposição precoce a ocorrências aversivas aumenta a vulnerabilidade para a conduta suicida (Beautrais, 2003).

Brás e colaboradores (2016) aferiram uma correlação positiva entre a vivência de AVN e a ideação suicida, acrescentando que estas associações se mantêm nos domínios que compõem os AVN. Os autores verificaram correlações positivas entre a ideação suicida e a vivência de abuso psicológico, ambiente familiar adverso, separações/perdas e abuso físico e sexual, destacando-se que os AVN são um dos melhores preditores da ideação suicida (Brás *et al.*, 2016). No mesmo sentido, Sobrinho e Campos (2016) verificaram que quanto maior a frequência/intensidade dos AVN maior a depressão e o risco de suicídio nos sujeitos, sendo a relação entre os AVN e o risco de suicídio mediada pela depressão.

Hardt e Johnson (2010) diferenciaram entre AVN “maiores” (e.g., morte de um amigo) e “menores” (e.g., obrigações familiares), indicando que os AVN “menores” se associam à sintomatologia depressiva e à suicidalidade. Ainda, a relação entre os AVN

“menores” e a suicidalidade é mediada pela depressão, verificando-se que a associação entre estes eventos de vida e a ideação suicida apenas se mantém na ausência da depressão (Hardt & Johnson, 2010). Num estudo comparativo, foi apurado que os adolescentes com tentativas de suicídio têm, em média, 1.7 vezes mais eventos de vida, 2.3 vezes mais eventos stressantes e 3.0 vezes mais eventos stressantes no último ano, havendo diversos acontecimentos associados às tentativas de suicídio como o divórcio dos pais e problemas disciplinares (Olliac *et al.*, 2018). O risco de tentativa de suicídio aumenta 1.33 vezes por cada evento de vida stressante adicional, experienciado recentemente (Olliac *et al.*, 2018).

Rew, Young, Brown e Rancour (2016) observaram que, no primeiro ano do ensino secundário, os AVN apresentavam uma correlação positiva com a ideação suicida, sendo que quantos mais AVN maior a probabilidade de desenvolver ideação suicida. As evidências que apontam para a existência de uma associação entre os AVN e a ideação suicida são consistentes ao longo da literatura e maioritariamente suportadas nos casos mais severos de ideação/conduita suicidária (Liu & Miller, 2014).

Por último, como observado nos modelos explicativos, a desesperança é também um fator de risco relevante. Esta é definida como o sentimento ou estado caracterizado pela ausência de esperança (Cambridge University Press, 2019) ou como um sistema composto por esquemas cognitivos que tem por base expectativas negativas face ao futuro (Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974). Brás e colaboradores (2016), bem como, Carvajal e Caro (2011) investigaram a desesperança indicando que esta está positivamente correlacionada com a ideação suicida, ou seja, quanto maior a desesperança maior a ideação suicida nos adolescentes.

A desesperança é uma das variáveis mais associadas à ideação suicida, sublinhando-se que um adolescente com desesperança tem 6.8 vezes mais probabilidade de ter ideação suicida do que um jovem sem desesperança (Borges & Werlang, 2006). Assim, a desesperança (em níveis elevados) com ou sem presença de depressão está associada a um risco elevado de suicídio (DGS, 2013). Wolfe e colaboradores (2017) verificaram, numa amostra clínica de adolescentes, que a desesperança se associa positivamente à ideação suicida, revelando-se como um preditor da mesma. Os autores sugerem que o aumento de uma unidade na desesperança resulta em 6.3% mais ideação suicida, independentemente do género e da depressão (Wolfe *et al.*, 2017). Qualquer aumento na

desesperança conduzirá a um aumento significativo da ideação suicida, constituindo-se como uma variável de extrema importância no tratamento de jovens (Wolfe *et al.*, 2017).

A desesperança está associada a um risco acrescido de ansiedade e depressão que, por sua vez, se associam a um incremento do risco de comportamento suicidário (Beautrais, 2003). Um estudo desenvolvido em estudantes universitários portugueses verificou que a depressão se associa à ideação suicida de forma indireta, por meio da desesperança e da dor mental (Laranjeira, 2015). No mesmo sentido, a desesperança medeia totalmente a relação entre a depressão e a ideação suicida (Freitas, 2011) e a relação entre os AVN e a ideação suicida (Brás, 2013; Brás *et al.*, 2016). Ademais, a relação entre a desesperança e a ideação suicida é moderada pela espiritualidade (Abdollahi & Talib, 2015).

4.1.3. Fatores de Proteção

Os fatores de proteção são características que permitem reduzir a probabilidade de os resultados de uma situação serem negativos (O'Connell, Boat, & Warner, 2009) alterando o modo como um sujeito responde a um risco (Rutter, 1985) e reduzindo as consequências da exposição ao mesmo (Jessor, Turbin, & Costa, 1998). No suicídio, são variáveis individuais, coletivas ou socioculturais, que previnem os comportamentos autolesivos e as condutas suicidas (DGS, 2013). Assim, são fatores que diminuem a probabilidade de um sujeito considerar, tentar ou consumir o suicídio (SPRC & Rodgers, 2011).

Os fatores de proteção também podem ser categorizados em diversos domínios: padrões familiares; personalidade e estilo cognitivo; fatores culturais e sociodemográficos (OMS, 2000). Estes fatores poderão abranger elementos biológicos, psicológicos e sociais, em contextos de índole individual, familiar e ambiental (*U.S. Department of Health and Human Services (HHS) Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention, 2012*).

Apesar do seu interesse, ainda pouco é sabido sobre as variáveis que efetivamente têm a capacidade para contrariar o risco suicidário, tornando a investigação dos fatores protetores um ponto fundamental, permitindo a diferenciação entre os sujeitos que são mais “*atraídos*” para o suicídio daqueles que se “*afastam*”, mesmo na presença significativa de fatores de risco (Berman, Jobes, & Silverman, 2006).

Podem ser destacados como fatores protetores do suicídio variáveis como: cuidados adequados para saúde física, mental e consumo de substâncias; acesso a intervenções clínicas e suporte para *help-seeking*; acesso restrito a meios letais; suporte familiar, comunitário e profissional; competências de resolução de problemas, conflitos e disputas; crenças religiosas ou culturais que desvalorizam o suicídio e valorizam a autopreservação (U.S Public Health Service, 1999). Face ao exposto, compreende-se que a literatura tem vindo a explorar como fatores protetores diferentes variáveis, nomeadamente, a satisfação com o suporte social (e.g., Brás *et al.*, 2016), as razões para viver (e.g., Linehan, Goodstein, Nielsen, & Chiles, 1983) e o *help-seeking* na sua vertente intencional (e.g., Rickwood *et al.*, 2005) e atitudinal (e.g., Callear, Batterham, & Christensen, 2014).

Relativamente à satisfação com o suporte social, vários estudos averiguaram uma associação entre esta e o suicídio. Este conceito é definido como a assistência que um sujeito percebe que recebe do seu meio (Brausch & Decker, 2014). Em adolescentes, este fator correlaciona-se negativamente com a ideação suicida, verificando-se que quanto maior a satisfação com o suporte social menor a ideação suicida (Brás *et al.*, 2016). Concordantemente, Gomes (2008) averiguou uma correlação negativa entre a satisfação com o suporte social e a ideação suicida, em jovens-adultos.

Brausch e Decker (2014) aferiram que, em adolescentes, a percepção de suporte parental e a percepção de suporte dos pares são preditores da ideação suicida, estabelecendo uma associação negativa com a mesma. Shaheen e Jahan (2017) também verificaram uma associação negativa entre o suporte social percebido e a ideação suicida, salientando, que o suporte familiar é um dos fatores preditores de extrema importância para a ideação suicida. Ainda, Miller, Esposito-Smythers e Leichtweis (2015) investigaram adolescentes da população clínica, concluindo que a percepção de elevado suporte na escola e a percepção de suporte parental se encontram associadas a níveis reduzidos de ideação suicida, havendo uma correlação negativa entre as variáveis de suporte social e a ideação. Cenkseven-Önder (2018) concluiu que existem correlações negativas entre as subdimensões do suporte social (família, amigos e parceiro) e a probabilidade de suicídio, acrescentando-se que a percepção de suporte familiar é uma importante variável preditora da probabilidade de suicídio. Salienta-se que o padrão correlacional suprarreferido mantém-se em estudos com diversas populações como é o caso de adultos com perturbação de pânico (Huang, Yen, & Lung, 2010).

Em adolescentes, a percepção de suporte parental modera a relação entre a depressão e a ideação suicida, ou seja, níveis de depressão só predizem a ideação suicida quando a percepção de suporte parental é baixa (Brausch & Decker, 2014). Para além disto, a relação entre os AVN e a ideação suicida é mediada pela satisfação com o suporte social (Brás *et al.*, 2016). Associações semelhantes mantêm-se ao longo de outras amostras, por exemplo, em idosos, onde a relação entre a depressão e a ideação suicida foi mediada pelo suporte social (geral) (Nam & Lee, 2019).

Outra das variáveis a salientar são as razões para viver, definidas como expetativas e crenças face à vida que podem reduzir a probabilidade de o sujeito cometer suicídio (Linehan *et al.*, 1983). Estas são as razões, nomeadas pelos indivíduos com ideação suicida, que os impedem de agir sobre os seus pensamentos (Brent, Poling, & Goldstein, 2011), tendo uma ação preditora e protetora face à ideação suicida e às tentativas de suicídio (Bakhiyi, Calati, Guillaume, & Courtet, 2016).

Sujeitos que têm historial de comportamento suicidário reportam menos razões para viver, comparativamente aos sujeitos que nunca tiveram historial, ou seja, os indivíduos suicidas diferenciam-se dos não-suicidas com base no grau de importância atribuído a um conjunto de crenças e expectativas face à vida (Linehan *et al.*, 1983). À semelhança disto, adolescentes categorizados como não-suicidas revelam pontuações mais elevadas na escala de razões para viver (Osman *et al.*, 1996).

Várias investigações validaram a premissa de que as razões para viver mitigam a ideação suicida. Estudos em adolescentes portugueses averiguaram que há uma correlação negativa entre as razões para viver e a ideação suicida, permitindo afirmar que quanto mais elevadas as razões para viver menor a ideação suicida (e.g., Brás, Carmo, & Jesus, 2018; Brás *et al.*, 2016). A nível internacional, também, se verificou que as razões para viver estabelecem uma correlação negativa com a ideação suicida, destacando-se a aliança familiar como a razão para viver que mais contribui/prediz a ideação suicida (Din, Ibrahim, Amit, Kadir, & Halim, 2018). Pinto, Whisman e Conwell (1998) verificaram que, numa amostra de adolescentes, as razões para viver se correlacionam negativamente com a ideação suicida, com a desesperança e com a depressão, permitindo diferenciar sujeitos suicidas e não-suicidas, bem como, sujeitos com ideação suicida e sujeitos com tentativas de suicídio.

Noutras amostras, como é o caso dos estudantes universitários, similarmente se aferiram correlações negativas entre as razões para viver e a ideação suicida (e.g., Chatterjee & Basu, 2010). No mesmo sentido, Malone e colaboradores (2000) investigaram uma amostra clínica de adultos, verificando que sujeitos sem historial de tentativas de suicídio tinham mais razões para viver comparativamente aos sujeitos com historial. Este resultado foi observado tanto para as razões para viver na sua totalidade como nas suas dimensões (Malone *et al.*, 2000). Ainda, as razões para viver estabeleceram correlações negativas com a desesperança, depressão e ideação suicida (Malone *et al.*, 2000).

É de acrescentar que, as razões para viver medeiam a relação entre as AVN e a ideação suicida em adolescentes (Brás *et al.*, 2016) e moderam a relação entre a depressão e a ideação suicida, indicando que o impacto da sintomatologia depressiva na ideação suicida é mais prenunciado quando existem menos razões para viver (Lee, 2011).

Por fim, é de salientar o *help-seeking* que pode ser visto como um fator protetor, pois a procura de ajuda associada a problemas psicológicos tem o potencial de prevenir o seu agravamento (Reynders *et al.*, 2014). Definido como o comportamento de procura ativa de ajuda, compreensão, conselhos, informação, tratamento e suporte para um problema ou experiência (Rickwood *et al.*, 2005), associa-se ao suicídio por meio do *help-negation* (Rudd *et al.*, 1995). A informação aponta para associações entre os domínios deste fator e o suicídio, sugerindo uma relação negativa entre as intenções de procurar ajuda e a ideação suicida (Rickwood *et al.*, 2005).

Wilson e colaboradores (2005b) verificaram que, no geral, a ideação suicida e a desesperança dos adolescentes têm a potencialidade de predizer a intenção de procurar ajuda, estando negativamente correlacionadas com a mesma. Estas informações tornam-se fundamentais ao compreender que a maioria dos adolescentes com ideação, plano ou tentativa de suicídio não estabeleceram contacto com um profissional de saúde mental, no espaço de um ano (Husky *et al.*, 2012).

Destaca-se que, para além das intenções de procura de ajuda, outra das variáveis que caracteriza o *help-seeking* são as atitudes face à procura de ajuda. Como defende Watson (2005), as atitudes são vistas como um preditor significativo da probabilidade de um sujeito procurar ajuda face a uma situação negativa. Ainda, as atitudes estão

negativamente associadas à ideação suicida, ou seja, sujeitos com elevados níveis de ideação tendem a ter atitudes mais negativas (Calear *et al.*, 2014).

Estudos apontam que o sexo feminino apresenta maiores intenções de procura de ajuda e/ou atitudes mais positivas face à procura de serviços de saúde mental (e.g., Do *et al.*, 2019; Mackenzie *et al.*, 2004). Por sua vez, os jovens apresentam preferência pelas fontes informais de ajuda (e.g., Rickwood *et al.*, 2005).

Face a outras variáveis, Nagai (2015) defende que a sintomatologia depressiva e o suporte social se correlacionam com o comportamento de *help-seeking*, sendo preditores desta conduta. Ao nível de moderações/mediações, o suporte social percecionado é um mediador da relação entre a ideação suicida e a intenção de procurar ajuda (em fontes informais) (Yakunina, Rogers, Waehler, & Werth, 2010). A desesperança modera a relação entre a ideação suicida e a intenção de procurar ajuda da família, sugerindo que a negação de ajuda é superior nos sujeitos com baixa desesperança (Wilson *et al.*, 2005b).

Em síntese, verifica-se que existem variáveis que apresentam um papel ativo na predição do suicídio, distinguindo-se entre os fatores de risco, que aumentam a probabilidade do suicídio (e.g., DGS, 2013) e os fatores de proteção que mitigam esta probabilidade (e.g., SPRC & Rodgers, 2011). A literatura aponta para a existência de fatores de interesse, como a depressão (e.g., Borges & Werlang, 2006) e o suporte social (e.g., Brausch & Decker, 2014). O conhecimento sobre estes fatores é fundamental para o desenvolvimento de políticas e programas de prevenção/promoção de saúde, em especial nas populações de risco (Berman *et al.*, 2006), como é o caso dos adolescentes (DGS, 2013). Ainda pouco é sabido sobre os fatores que amenizam o risco suicidário e, para uma correta avaliação do mesmo, é necessário tomar em consideração tanto os fatores de risco como os protetores (Berman *et al.*, 2006). A relação destes fatores com a ideação suicida tem vindo a ser estudada de um modo parcelar e não no conjunto das variáveis. Assim, o interesse investigativo, o valor prático desta área, o risco da população adolescente e a existência de informação pouco explorada fundamenta a pertinência do estudo destes fatores, justificando a presente investigação.

4.2. Objetivos

O presente estudo tem como objetivos gerais: (i) explorar os níveis de ideação suicida na amostra de adolescentes da ilha de São Miguel e (ii) compreender o modo como os

diversos fatores de risco e proteção se relacionam com a ideação suicida. No que concerne aos objetivos específicos pretende: (i) explorar as características dos adolescentes nas variáveis estudadas, na amostra total e em função do sexo; (ii) caracterizar os níveis de ideação suicida de acordo com as variáveis sociodemográficas e história clínica; (iii) explorar as correlações entre os fatores de risco e proteção em estudo; (iv) analisar as correlações entre os fatores de risco e proteção e a ideação suicida, na amostra total e em função do sexo; (v) identificar o valor preditor que os fatores de risco e proteção têm nos níveis de ideação suicida; (vi) averiguar a associação entre a depressão e a ideação suicida, tendo em consideração o efeito mediador dos fatores psicológicos (i.e., satisfação com o suporte social, atitudes face à procura de serviços de saúde mental, intenções de procura de ajuda, razões para viver e desesperança); (vii) explorar as associações entre os AVN e a ideação suicida considerando o efeito mediador da desesperança, depressão, satisfação com o suporte social e razões para viver; (viii) abordar as associações entre: a depressão e a ideação suicida considerando o efeito moderador das razões para viver e do suporte social; os AVN e a ideação suicida considerando o efeito moderador da desesperança; a ideação suicida e as intenções de procura de ajuda (informal) considerando o efeito moderador da desesperança.

4.3. Metodologia

4.3.1. Amostra

A amostra do presente estudo foi composta por 750 adolescentes portugueses integrados no 3º ciclo/secundário do ensino regular (86.3%) ou profissional (13.7%), nas escolas da ilha de São Miguel, Açores. A amostra compreendeu 358 (47.7%) sujeitos do sexo masculino e 392 (52.3%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos ($M_{idade} = 14.67$; $DP = 1.85$). Da totalidade dos jovens, 187 (24.9%) já foram acompanhados por um profissional de saúde mental e 78 (10.4%) revelaram problemas de saúde mental (e.g., Anorexia, Ansiedade). A maioria dos participantes ($n = 672$; 89.6%) indicou não ter problemas do foro mental. Verificou-se que 25.2% dos participantes já pensaram em terminar a sua própria vida, 29.3% cometeram atos perigosos, ao ponto de pôr a sua vida em risco (comportamentos autolesivos), 11.9% realizaram alguma ação com o objetivo de pôr fim à vida e 20.0% pediram ajuda por se sentirem deprimidos e sem razões para viver. Acrescenta-se que 31.1% dos adolescentes indicou conhecer alguém que cometeu suicídio e 39.2% indicaram conhecer alguém que cometeu uma tentativa de suicídio. A maioria dos participantes revelou nunca consumir

álcool (49.6%), drogas (91.9%) e tabaco (81.3%), participando “às vezes” em atividades religiosas (26.1%).

4.3.2. Instrumentos

4.3.2.1. Questionário Sociodemográfico (QSD)

O Questionário Sociodemográfico foi formulado no âmbito da presente investigação com o objetivo de recolher informação que permita caracterizar a amostra. O instrumento abrange uma panóplia de variáveis, das quais se destaca: o sexo, a idade, a história clínica (e.g., presença de tentativas de suicídio anteriores) e consumo de substâncias.

4.3.2.2. Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida (QIAIS-A)

O Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida (QIAIS-A) foi validado numa população de adolescentes portugueses e a sua versão reestruturada foi desenvolvida por Carvalho, Nunes, Castilho, da Motta, Caldeira e Pinto-Gouveia (2015a). Composto por 56 itens permite a mediação dos níveis de autodano, impulsividade e ideação suicida, através de escalas de quatro pontos, de 0 (*Nunca*) a 3 (*Sempre*), e de uma escala dicotómica e nominal (*sim* ou *não*) (Carvalho *et al.*, 2015a). Dividido em quatro módulos, explora o impulso (módulo A), o autodano (módulo B), as funções do autodano (módulo C) e a ideação suicida (módulo D) (Carvalho *et al.*, 2015a). Quanto mais elevada a pontuação maior a presença do indicador inerente ao módulo em causa (Carvalho *et al.*, 2015a).

Relativamente à fiabilidade, o QIAIS-A apresenta valores satisfatórios para a escala total ($\alpha = .86$) e suas subescalas (Carvalho *et al.*, 2015a). Na presente investigação visouse a utilização apenas do módulo D, para a medição da ideação suicida, tendo este revelando um Alfa de Cronbach adequado no estudo de Carvalho e colaboradores (2015a) ($\alpha = .82$) e no presente estudo ($\alpha = .85$).

4.3.2.3. Positive and Negative Suicide Ideation Inventory (PANSI)

O *Positive and Negative Suicide Ideation Inventory* (PANSI) foi desenvolvido por Osman, Gutierrez, Kopper, Barrios e Chiros (1998b). É uma escala breve, para adolescentes (Gutierrez & Osman, 2008), compreendendo 14 itens que apreçam os

pensamentos positivos e negativos relacionados com a ideação suicida, numa escala de Likert, de 1 (*Nunca*) a 5 (*Muito Frequentemente*) (Osman *et al.*, 1998b).

Dividindo-se em dois fatores, ideação negativa (oito itens) e ideação positiva (seis itens), é possível obter o score de cada fator através da média aritmética dos itens (Osman *et al.*, 1998b). O PANSI não permite o cálculo de um *score* único total, por não ser interpretável (Gutierrez & Osman, 2008). Um *score* elevado de ideação positiva sugere uma menor frequência de ideação suicida e um *score* elevado de ideação negativa sugere maior frequência de ideação suicida (Osman *et al.*, 1998b). Os autores apontam a existência de pontos de corte para a população não-clínica (Ideação Negativa = 1.13; Ideação Positiva = 3.33) (Gutierrez & Osman, 2008).

A consistência interna, verificada no estudo original, revela valores satisfatórios em ambos os fatores (Ideação Negativa: $\alpha = .91$ e $.93$; Ideação Positiva: $\alpha = .80$ e $.82$) (Osman *et al.*, 1998b) tal como o verificado no presente estudo (Ideação Negativa: $\alpha = .95$; Ideação Positiva: $\alpha = .83$).

Destaque-se que o PANSI não se encontrava em português, verificando-se a necessidade de o traduzir da sua língua original (inglês), baseando todo o processo nas recomendações da literatura (e.g., Fortin, 2003; Gutierrez & Osman, 2008; Vieira, 2009). A primeira etapa do processo passou pela realização de um pedido de autorização de tradução e utilização do instrumento aos autores originais. Foi obtida uma resposta de Peter Gutierrez, que questionou sobre o procedimento a ser aplicado e permitiu a tradução/utilização do PANSI. Foi realizada a tradução integral do instrumento, de inglês para português, de forma independente, por dois sujeitos, sendo um da área da psicologia e outro de uma área de formação distinta. As versões traduzidas foram comparadas de forma a que resultasse apenas uma versão consensual, em português. Esta versão da escala foi então comparada, novamente, com a versão original para averiguar se o sentido e interpretação dos itens se teria mantido. De seguida, foi solicitado a dois novos sujeitos, que nunca tinham tido contacto com o instrumento, a realização da retrotradução do mesmo. As duas retrotraduções foram comparadas entre si e com a escala original, no sentido de verificar se a mesma teria mantido a suas propriedades de um modo satisfatório. A versão final do instrumento foi aplicada a sujeitos portugueses e monolingues para que os mesmos se pudessem manifestar sobre a escala e serem realizados os ajustes necessários.

4.3.2.4. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children (CES-DC)

A *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children* (CES-DC) foi originalmente desenvolvida por Weissman, Orvaschel e Padian (1980) e posteriormente traduzida e estudada numa amostra de adolescentes portugueses por Carvalho, Cunha, Cherpe, Galhardo e Couto (2015b). Resultando da reestruturação da CES-D, desenhada para adultos por Radloff (1977), foram mantidos os itens para adultos, da escala original, quando estes se consideravam adequados para crianças/adolescentes e, quando necessário foram modificados (Weissman *et al.*, 1980).

A CES-DC é composta por 20 itens e permite a medição da sintomatologia depressiva de crianças/adolescentes numa escala de quatro pontos, de 0 (*Nunca*) a 3 (*Muitas Vezes*) (Weissman *et al.*, 1980). A cotação total é obtida através do somatório dos itens (0-60), indicando que quanto mais elevado o *score* maior será a sintomatologia depressiva do sujeito em causa (Carvalho *et al.*, 2015b). A versão portuguesa do instrumento compreende três fatores distintos designados como: Fator Humor; Fator Interpessoal e Fator Felicidade (Carvalho *et al.*, 2015b).

A consistência interna não foi abordada no estudo de Weissman e colaboradores (1980). No estudo português, apresentou um valor satisfatório para a escala total ($\alpha = .90$) e fatores (Humor: $\alpha = .90$; Interpessoal: $\alpha = .87$; Felicidade: $\alpha = .57$) (Carvalho *et al.*, 2015b). Igualmente, no presente estudo, os valores obtidos verificaram-se satisfatórios quer na escala total ($\alpha = .93$) como para os fatores (Humor: $\alpha = .92$; Interpessoal: $\alpha = .85$; Felicidade: $\alpha = .70$).

4.3.2.5. Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAVN)

O Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAVN) foi desenvolvido em Portugal por Brás e Cruz (2008). Composto por 25 itens, o IAVN, avalia a frequência, impacto e gravidade dos AVN, experienciados até aos 12 anos (Brás & Cruz, 2008). O instrumento compreende duas escalas de Likert, a escala de frequência, de 0 (*Nunca Ocorreu*) a 4 (*Ocorreu Muitíssimas Vezes*), e a de impacto, de 1 (*Nenhum Impacto*) a 5 (*Impacto Extremamente Negativo*) (Brás & Cruz, 2008).

A cotação pode ser realizada de três formas distintas, sendo que no Índice Global de AVN quanto mais elevada a pontuação, maior o valor global de AVN (Brás & Cruz, 2008). O IAVN pode subdividir-se em quatro fatores: Ambiente Familiar Adverso; Abuso Psicológico; Separações e Perdas e Abuso Físico e Sexual (Brás & Cruz, 2008).

Relativamente à fiabilidade, o instrumento revela valores satisfatórios de consistência interna na escala total ($\alpha = .90$) e nos seus fatores (Ambiente Familiar Adverso: $\alpha = .84$; Abuso Psicológico: $\alpha = .80$; Separações e Perdas: $\alpha = .71$; Abuso Físico e Sexual: $\alpha = .67$) (Brás & Cruz, 2008). No presente estudo os valores verificados foram, também, satisfatórios (Escala total: $\alpha = .91$; Ambiente Familiar Adverso: $\alpha = .78$; Abuso Psicológico: $\alpha = .88$; Separações e Perdas: $\alpha = .70$; Abuso Físico e Sexual: $\alpha = .72$).

4.3.2.6. Escala de Desesperança de Beck (BHS)

A Escala de Desesperança de Beck (BHS) foi desenvolvida por Beck, Weissman, Lester e Trexler (1974) tendo sido criada uma versão portuguesa por Cruz, em 2000. A BHS é composta por 20 itens e permite a quantificação da desesperança, recorrendo a uma escala dicotómica, entre 0 (*Verdadeiro*) e 1 (*Falso*) (Beck *et al.*, 1974). A pontuação é obtida através da soma dos itens inerentes à escala, podendo variar entre 0 e 20 pontos (Beck *et al.*, 1974), indicando que valores superiores a nove pontos apresentam risco de suicídio (Beck, Steer, Kovacs, & Garrison, 1985; Beck, Brown, Berchick, Stewart, & Steer 1990). Tendo em consideração a fiabilidade, a BHS revela valores adequados de consistência interna no estudo original (KR-20 = .93) (Beck *et al.*, 1974), no português (KR-20 = .90) (Cruz, 2000) e no presente estudo (KR-20 = .81).

4.3.2.7. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) foi desenvolvida por Pais-Ribeiro (1999), comportando 15 itens e visando aferir a satisfação com o suporte social percebido (Pais-Ribeiro, 1999). O instrumento assenta na utilização de uma escala de Likert, de A (*Concordo Totalmente*) a E (*Discordo Totalmente*) (Pais-Ribeiro, 1999).

A ESSS compreende quatro fatores diferentes, permitindo a obtenção de uma cotação sumativa (Pais-Ribeiro, 1999) na escala total e em cada um dos fatores (Pais-Ribeiro, 2011). Os fatores que compõem a ESSS são: a Satisfação com os Amigos; a Intimidade; a Satisfação com a Família e as Atividades Sociais (Pais-Ribeiro, 1999).

Face à consistência interna a ESSS apresenta valores satisfatórios na escala total ($\alpha = .85$) e nos seus quatro fatores (Satisfação com os Amigos: $\alpha = .83$; Intimidade: $\alpha = .74$; Satisfação com a Família: $\alpha = .74$; Atividades Sociais: $\alpha = .64$) (Pais-Ribeiro, 1999). No presente estudo, também, foram obtidos valores satisfatórios na escala total ($\alpha = .87$) e em dois dos fatores (Satisfação com os Amigos: $\alpha = .85$; Satisfação com a Família: $\alpha = .88$). O fator “Intimidade” ($\alpha = .60$) e o fator “Atividades Sociais” ($\alpha = .57$) obtiveram valores abaixo do esperado.

4.3.2.8. O Inventário de Razões para Viver (RFL-A)

O Inventário de Razões para Viver (RFL-A) é um instrumento desenvolvido por Osman e colaboradores (1998a) tendo sido recentemente aferida a sua versão portuguesa por Brás, Carmo e Jesus (2018). Composto por 32 itens o RFL-A avalia os fatores adaptativos que influenciam o comportamento suicidário de adolescentes (Osman *et al.*, 1998a). Recorrendo a uma escala tipo Likert, de 1 (*Nada Importante*) a 6 (*Extremamente Importante*), o *score* do instrumento é obtido através da média aritmética dos itens, sendo que quanto mais elevado, maior o número de razões para viver (Osman *et al.*, 1998a).

O instrumento subdivide-se em cinco fatores que permitem abranger: a Aliança Familiar; o Medo de Suicídio; a Aceitação e Suporte pelos Pares; o Otimismo sobre o Futuro e a Autoaceitação (Osman *et al.*, 1998a). O RFL-A relevou valores satisfatórios de consistência interna no estudo original (Escala Total: $\alpha = .96$; Aliança Familiar: $\alpha = .94$; Medo do Suicídio: $\alpha = .93$; Aceitação e Suporte pelos Pares: $\alpha = .89$; Otimismo sobre o Futuro: $\alpha = .92$; Autoaceitação: $\alpha = .94$) (Osman *et al.*, 1998a), no estudo português (Escala Total: $\alpha = .94$; Aliança Familiar: $\alpha = .95$; Medo do Suicídio: $\alpha = .87$; Aceitação e Suporte pelos Pares: $\alpha = .89$; Otimismo sobre o Futuro: $\alpha = .85$; Autoaceitação: $\alpha = .91$) (Brás *et al.*, 2018) e no presente estudo (Escala Total: $\alpha = .97$; Aliança Familiar: $\alpha = .94$; Medo do Suicídio: $\alpha = .91$; Aceitação e Suporte pelos Pares: $\alpha = .92$; Otimismo sobre o Futuro: $\alpha = .93$; Autoaceitação: $\alpha = .94$).

4.3.2.9. Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental (IAPSSM)

O Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental (IAPSSM) foi desenvolvido por Mackenzie, Knox, Gekoski e Macaulay (2004) tendo a versão portuguesa, para mulheres em período perinatal, sido conferida, recentemente, por

Fonseca, Silva e Canavarro (2017). No presente estudo, não foi utilizada a escala original de Fonseca e colaboradores (2017), com 24 itens, mas sim a escala de 20 itens obtida com adolescentes, no estudo 1. Este instrumento contém uma escala de cinco pontos, de 0 (*Discordo*) a 4 (*Concordo*), e o *score* é obtido através do somatório dos itens (Mackenzie *et al.*, 2004). No que é relativo à estrutura fatorial do instrumento, o IAPSSM subdivide-se em três fatores distintos: Abertura Psicológica, Propensão para a Procura de Ajuda e Indiferença ao Estigma (Mackenzie *et al.*, 2004).

O instrumento revela uma consistência interna satisfatória, no estudo original (Escala Total: $\alpha = .87$; Abertura Psicológica: $\alpha = .82$; Propensão para a Procura de Ajuda: $\alpha = .76$; Indiferença ao Estigma: $\alpha = .79$) (Mackenzie *et al.*, 2004) e no estudo português (Escala Total: $\alpha = .83$; Propensão para a Procura de Ajuda: $\alpha = .75$; Indiferença ao Estigma: $\alpha = .83$), sendo apenas de destacar que o fator “Abertura Psicológica” que obteve os valores mais baixos em Portugal ($\alpha = .63$) (Fonseca *et al.*, 2017). No presente estudo foram obtidos os seguintes valores: Escala Total: $\alpha = .80$; Abertura Psicológica: $\alpha = .54$; Propensão para a Procura de Ajuda: $\alpha = .81$; Indiferença ao Estigma: $\alpha = .82$.

4.3.2.10. *General and Actual Help-Seeking Questionnaire (GHSQ)*

O *General and Actual Help-Seeking Questionnaire (GHSQ)* é um instrumento desenvolvido por Wilson, Deane, Ciarrochi e Rickwood (2005a) e que é atualmente utilizado em Portugal com a versão desenvolvida por Fonseca e Canavarro (estudos psicométricos em curso).

O GHSQ avalia as intenções e comportamentos de procura de ajuda para ultrapassar problemas do foro emocional e psicológico, subdividindo-se em várias secções (Fonseca *et al.*, 2017). A primeira secção permite aferir as intenções que o sujeito tem de procurar ajuda, recorrendo a uma escala tipo Likert, de 1 (*Extremamente Improvável*) a 7 (*Extremamente Provável*) (Fonseca *et al.*, 2017). Quanto mais elevada a pontuação, maior a intenção de procura de ajuda (Fonseca *et al.*, 2017). A segunda secção do instrumento permite a avaliação dos comportamentos efetivos de procura de ajuda, inquirindo os participantes sobre a sua procura de ajuda e requisitando uma descrição do problema que o conduziu à mesma (Silva, 2015). Ainda, a escala comporta quatro questões sobre os contactos com profissionais de saúde mental (Silva, 2015).

Face à fiabilidade, no estudo original verificaram-se valores satisfatórios na primeira secção da escala, para problemas pessoais e emocionais ($\alpha = .70$) (Wilson *et al.*, 2005a). Em Portugal, apesar de não existirem estudos psicométricos, o estudo de Fonseca e colaboradores (2017) sugeriu fiabilidade razoável ($\alpha = .63$), à semelhança do presente estudo ($\alpha = .75$). O item 12 do instrumento (i.e., “*Eu não pediria ajuda a ninguém*”) foi invertido, considerando-se que este é um procedimento aplicado por diversos autores (e.g., Ibrahim *et al.*, 2019; Waldmann *et al.*, 2019) e atendendo ao facto de este item se encontrar no sentido inverso dos restantes.

4.3.3. Procedimentos

4.3.3.1. Recolha de Dados

Para a recolha de dados, foi necessário contactar os autores dos instrumentos a aplicar (Anexo B), tendo sido obtida autorização para a utilização dos mesmos. Contactou-se, também, a Direção Regional da Educação, por email e telefone, requerendo a autorização da mesma para a realização do estudo nas escolas da ilha de São Miguel (Anexo C). Esta entidade, evocando o Decreto Legislativo Regional n.º 13/2013/A, de 30 de agosto, afirmou que o pedido deveria ser direccionado às unidades orgânicas em causa, disponibilizando uma lista das escolas de interesse para o estudo (Anexo D).

As escolas foram contactadas por email (Anexo E), telefone e reuniões presenciais visando solicitar a autorização das mesmas para a administração dos instrumentos e disponibilizar informações necessárias sobre o estudo. Foi obtida autorização de sete escolas, tendo sido realizadas reuniões em cada uma⁷ para estabelecer o agendamento da recolha de dados e serem disponibilizadas as autorizações para os encarregados de educação (Anexo F) ou outros documentos solicitados. A distribuição destes documentos ficou ao encargo de cada unidade orgânica. Estabelecida a calendarização, o órgão executivo de cada escola informou os Diretores de Turma e Professores da ocorrência do estudo, que foi realizado ao longo do ano letivo 2019/2020 (i.e., de novembro de 2019 a março de 2020).

A aplicação do protocolo apresentou uma duração média de 45 minutos, compreendendo o preenchimento de todos os instrumentos inerentes ao estudo. No início

⁷ Como já foi referido no estudo 1, este procedimento aplica-se a todas as escolas à exceção de uma que não requereu reunião, tendo sido realizado todo o agendamento e envio de documentos através da internet.

de cada sessão de recolha de dados, foi dada, aos adolescentes, uma explicação global do estudo e da utilidade do consentimento informado (Anexo G). Todos os jovens que tinham autorização e pretenderam participar assinaram o consentimento informado voluntariamente, prosseguindo com o preenchimento dos instrumentos. No sentido de aumentar a confidencialidade dos dados e a redução da desejabilidade social, os questionários foram organizados em quatro sequências distintas e, aquando do término do preenchimento, os mesmos foram, imediatamente, colocados no interior de um recipiente opaco.

Terminada a investigação, foi remetido um comunicado formal de agradecimento às escolas envolvidas, englobando uma síntese dos resultados de maior preponderância.

Salienta-se que, ao ser verificado que a amostra era expressivamente composta por adolescentes de zonas periféricas, foi, também, realizada uma recolha, por conveniência (i.e., fora do contexto escolar). Esta recolha visou aumentar o número de adolescentes de zonas urbanas na amostra, promovendo a homogeneidade e representatividade da mesma. Os procedimentos foram adaptados para acomodar a realidade da recolha, sendo criado um consentimento informado para os encarregados de educação (Anexo H), próprio para esta situação. Ainda, o protocolo de questionários foi entregue e devolvido dentro de um envelope selado, assegurando a confidencialidade. Tal como no contexto escolar, os questionários foram apenas preenchidos pelos adolescentes que tinham autorização dos encarregados de educação e que assinaram o consentimento informado.

4.3.3.2. Tratamento de Dados

Relativamente ao tratamento dos dados, a maioria das análises foi realizada com recurso ao *software Statistical Package for The Social Sciences – SPSS* (versão 26). No entanto, foi também utilizado o *software G*Power* (Faul *et al.*, 2007; Faul *et al.*, 2009) para o cálculo do *d* de Cohen, o programa *ModGraph-I* (Jose, 2013) para a construção dos gráficos de moderação e a calculadora interativa de Preacher e Leonardelli (2001) para cálculo do Teste de Sobel.

O tratamento dos dados iniciou-se com a análise dos valores omissos de cada item. O critério metodológico aplicado indica que se os valores omissos ultrapassassem 20% dos dados, poderiam estar enviesados (Pestana & Gageiro, 2005), sendo “*dados omissos substanciais*” (Levine & Landon, 2018, p. 780). Este critério foi aplicado pois, como

defende Garson (2015), deve apenas recorrer-se à imputação de *missing values* quando estes não ultrapassam os 20%. Após a análise, verificou-se que todos os itens cumpriam com o critério estipulado, tendo sido realizada a imputação dos valores omissos através do método *Expectation Maximization* que é considerado como um método “*imparcial e eficiente*” na estimação de valores para dados omissos (Graham *et al.*, 1996, p. 94). O *Expectation Maximization* consiste na assunção de uma determinada distribuição para os valores que se encontram *parcialmente omissos*, estimando a probabilidade da ocorrência dessa distribuição (IBM Corporation, 2016). Denote-se que antes de se ter prosseguido com qualquer análise, foram invertidos todos os itens que apresentavam esta necessidade.

Para além disto, foi feita a análise dos *outliers*, para cada item. Optou-se por manter os dados intactos uma vez que os valores obtidos no cálculo da diferença entre o valor da média num item e o valor *5% trimmed mean* foram considerados como insignificantes ($<.20$) (Pallant, 2007). Assim, foi possível afirmar que, mesmo que existissem valores extremados, estes não influenciaram significativamente os dados (Pallant, 2007). Cinco itens (de entre a totalidade) violaram esta regra, porém, como a diferença não se afastou significativamente do ponto de corte estipulado e apenas ocorreu numa quantidade reduzida de itens, considerou-se que não se justificaria a sua alteração/remoção. Ainda, autores como Rovai e colaboradores (2014) defendem que os *outliers* legítimos poderão ser mantidos, pois estes só devem ser removidos como “*último recurso*” e quando são resultado de erros que não podem ser corrigidos (e.g., respostas inválidas).

O presente estudo recorreu à análise das estatísticas descritivas (i.e., média e desvio-padrão), à aplicação de coeficiente de correlação de Pearson para averiguar as associações entre as variáveis, à utilização do teste *t de Student* para amostras independentes no sentido de explorar a existência de diferenças entre grupos, à averiguação do *d* de Cohen para aferir as magnitudes dos efeitos, à realização de regressões lineares para estudar o valor preditivo das variáveis na ideação suicida e à realização de análises de moderação e mediação (com recurso ao teste de Sobel) para aprofundar o valor que as variáveis têm nas relações existentes.

4.4.Resultados

4.4.1. Análise Descritiva

Dando início à análise dos dados, foram aferidas as estatísticas descritivas inerentes às variáveis estudadas e procurou-se, também, averiguar a presença de diferenças de médias, em função do sexo do participante (Tabela 10).

Tabela 10

Estatísticas Descritivas e Diferenças de Média em Função do Sexo

	Amostra total		Sexo Masculino		Sexo Feminino		<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	(N = 750)		(n = 358)		(n = 392)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
QIAIS	.65	.75	.43	.61	.85	.81	.59	-8.20	.000
PANSI-N	1.38	.78	1.22	.56	1.53	.91	.41	-5.73	.000
PANSI-P	3.26	.95	3.42	.96	3.11	.91	.33	4.47	.000
ESSS	57.37	11.90	59.97	10.91	54.99	12.28	.43	5.87	.000
SA (ESSS)	20.29	4.77	21.00	4.59	19.64	4.85	.29	3.93	.000
I (ESSS)	14.65	3.85	15.55	3.45	13.83	4.01	.46	6.33	.000
SF (ESSS)	12.44	3.25	12.82	3.03	12.10	3.40	.22	3.10	.002
SAS (ESSS)	9.99	3.28	10.59	3.13	9.43	3.32	.36	4.92	.000
IAPSSM	54.69	12.19	54.18	12.09	55.16	12.29	.08	-1.11	.270
PPA (IAPSSM)	23.71	7.84	23.24	8.19	24.14	7.50	.11	-1.56	.119
IE (IAPSSM)	21.02	6.16	21.19	6.05	20.87	6.26	.05	.71	.481
AP (IAPSSM)	9.96	3.50	9.75	3.53	10.16	3.48	.12	-1.59	.112
GHSQ	3.68	1.02	3.82	1.01	3.54	1.01	.28	3.75	.000
AF (GHSQ)	4.07	1.97	4.22	1.93	3.94	2.00	.14	1.96	.050
AI (GHSQ)	4.88	1.47	5.04	1.49	4.74	1.45	.20	2.82	.005
AS (GHSQ)	2.37	1.51	2.51	1.51	2.24	1.50	.18	2.42	.016
AA (GHSQ)	1.97	1.38	2.16	1.53	1.80	1.20	.26	3.59	.000
RFL-A	4.73	1.16	4.81	1.16	4.66	1.16	.13	1.78	.075
AL (RFL-A)	4.95	1.30	4.98	1.29	4.91	1.32	.05	.74	.463
MS (RFL-A)	4.19	1.66	4.24	1.66	4.15	1.66	.05	.69	.489
OF (RFL-A)	4.66	1.31	4.70	1.33	4.62	1.30	.06	.82	.412
ASP (RFL-A)	5.01	1.24	5.03	1.23	4.99	1.25	.03	.51	.611
AC (RFL-A)	4.75	1.45	5.02	1.29	4.51	1.55	.36	4.90	.000
CES-DC	18.32	13.29	13.77	10.52	22.48	14.18	.70	-9.60	.000
H (CES-DC)	11.50	9.11	8.18	7.27	14.54	9.57	.75	-10.30	.000

	Amostra total		Sexo Masculino		Sexo Feminino		<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	(N = 750)		(n = 358)		(n = 392)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
QI (CES-DC)	1.92	2.56	1.30	2.03	2.48	2.86	.48	-6.55	.000
F (CES-DC)	3.97	2.89	3.43	2.78	4.46	2.90	.36	-4.98	.000
BHS	4.39	3.67	3.96	3.30	4.78	3.94	.23	-3.08	.002
IAVN	1.28	1.91	.94	1.39	1.59	2.25	.35	-4.82	.000
AFA (IAVN)	1.06	1.81	.82	1.46	1.28	2.06	.26	-3.57	.000
AP (IAVN)	1.80	3.34	1.10	2.08	2.44	4.08	.41	-5.76	.000
SP (IAVN)	1.44	2.29	1.20	1.86	1.66	2.61	.20	-2.79	.005
AFS (IAVN)	.61	1.58	.56	1.44	.65	1.69	.06	-.80	.425

Nota: *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão; *d* = *d* de Cohen; *t* = Teste *t* de Student para amostras independentes; QIAIS = Ideação Suicida; PANSI-N = Ideação Suicida Negativa; PANSI-P = Ideação Suicida Positiva; ESSS = Satisfação com o Suporte Social; SA (ESSS) = Satisfação com os Amigos; I (ESSS) = Intimidade; SF (ESSS) = Satisfação com a Família; SAS (ESSS) = Atividades Sociais; IAPSSM = Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental; PPA (IAPSSM) = Propensão para a Procura de Ajuda; IE (IAPSSM) = Indiferença ao Estigma; AP (IAPSSM) = Abertura Psicológica; QHSQ = Intenções de Procura de Ajuda; AI (GHSQ) = Intenções de Procura de Ajuda Informal; AF (GHSQ) = Intenções de Procura de Ajuda Formal; AS (GHSQ) = Intenções de Procura de Ajuda Semiformal; AA (GHSQ) = Intenções de Procura de Autoajuda; RFA-A = Razões para Viver; AL (RFL-A) = Aliança Familiar; MS (RFL-A) = Medo de Suicídio; OF (RFL-A) = Otimismo sobre o Futuro; ASP (RFL-A) = Aceitação e Suporte de Pares; AC (RFL-A) = Autoaceitação; CES-DC = Depressão; H (CES-DC) = Humor; QI (CES-DC) = Questões Interpessoais; F (CES-DC) = Felicidade; BHS = Desesperança; IAVN = Acontecimentos de Vida Negativos; AFA (IAVN) = Ambiente Familiar Adverso; AP (IAVN) = Abuso Psicológico; SP (IAVN) = Separações e Perdas; AFS (IAVN) = Abuso Físico e Sexual.

Na ideação suicida, com base nos pontos médios das escalas, verificou-se que os valores obtidos foram relativamente reduzidos, tanto no QIAIS (amplitude = 0-3; *M* = .65; *DP* = .75) como no PANSI-Negativo (amplitude = 1-5; *M* = 1.38; *DP* = .78). Ainda, verificou-se que os níveis de ideação positiva (PANSI-Positivo) foram superiores (amplitude = 1-5; *M* = 3.26; *DP* = .95) aos suprarreferidos, validando que a ideação suicida nestes jovens não é, globalmente, elevada.

No entanto, através da análise das frequências do QIAIS foi possível verificar que apenas 55.7% dos adolescentes revelaram não ter qualquer ideação suicida (*M* = 0), apontando que, aproximadamente, a restante amostra (44.3%) apresentou algum grau desta ocorrência. Assim, 29.1% dos jovens exibiram um nível intermédio/moderado de ideação (*M* ≈ 1), 15.2% revelou ideação significativa (*M* ≈ 2-3), dos quais 2.4% revelaram ideação máxima (*M* ≈ 3). No mesmo sentido, no PANSI-Negativo verificou-se que, aproximadamente, 23.8% dos adolescentes revelou algum nível de ideação suicida, sendo que 1.5% mostrou ideação máxima (*M* ≈ 5) e 38.3% (*n* = 287) apresentaram-se acima do ponto de corte estipulado para a escala, podendo ser considerados um grupo de risco.

As análises apontaram diferenças estatisticamente significativas entre sexos na ideação suicida. No QIAIS ($t(724.134) = -8.20, p < .001$) o sexo feminino ($M = .85; DP = .81$) registou níveis significativamente mais elevados de ideação, comparativamente ao sexo masculino ($M = .43; DP = .61$). O mesmo se verificou no PANSI-Negativo ($t(658.004) = -5.73, p < .001$), pois também o sexo feminino ($M = 1.53; DP = .91$) apresentou médias mais elevadas em comparação com o masculino ($M = 1.22; DP = .56$).

Relativamente à satisfação com o suporte social (amplitude 15-75), usando a pontuação central da ESSS, verificou-se que esta variável foi positiva, porém, não extremada ($M = 57.37; DP = 11.90$), aferindo-se o mesmo padrão para os restantes fatores da escala. Ainda, as análises indicaram que existem diferenças entre os sexos ($t(747.418) = 5.87, p < .001$). O sexo masculino ($M = 59.97; DP = 10.91$) revelou maior satisfação com o suporte social do que o feminino ($M = 54.99; DP = 12.28$). Estas diferenças mantiveram-se nas restantes dimensões da variável, uma vez que, em todas elas, o sexo masculino apresentou médias superiores.

Em relação às atitudes face à procura de serviços de saúde mental (amplitude 0-80), verificou-se que as mesmas são positivas, porém, não extremadas ($M = 54.69; DP = 12.19$), aferindo-se o mesmo para os três fatores da escala. Ao contrário das variáveis suprarreferidas, não se verificaram diferenças de médias entre sexos no que se refere às atitudes totais ($t(748) = -1.11, p = .270$) e seus fatores.

Face às intenções de procura de ajuda (amplitude 1-7) apurou-se que as mesmas se apresentaram relativamente reduzidas ($M = 3.68; DP = 1.02$). As intenções de recorrer a autoajuda ($M = 1.97; DP = 1.38$) e a fontes semiformais ($M = 2.37; DP = 1.51$) foram extremamente reduzidas. Não obstante, as intenções de procura de ajuda de fontes formais ($M = 4.07; DP = 1.97$) e informais ($M = 4.88; DP = 1.47$) diferenciaram-se das anteriores, destacando-se que as fontes informais foram as únicas cuja pontuação tendeu para intenções positivas. Aferiu-se a existência de diferenças entre os sexos nas intenções totais ($t(748) = 3.75, p < .001$), indicando que o sexo masculino ($M = 3.82; DP = 1.01$) apresenta intenções mais positivas do que o feminino ($M = 3.54; DP = 1.01$). O mesmo padrão manteve-se independentemente da fonte de ajuda.

No que se refere às razões para viver (amplitude 1-6) verificou-se que os adolescentes apresentaram níveis relativamente elevados ($M = 4.73; DP = 1.16$), aplicando-se o mesmo

aos restantes fatores. Não foram averiguadas diferenças entre sexos, nas razões para viver totais ($t(748) = 1.78, p = .075$). Porém, verificaram-se diferenças ao nível da autoaceitação ($t(742.411) = 4.90, p < .001$), apontando que o sexo masculino ($M = 5.02; DP = 1.29$) apresenta uma média superior ao feminino ($M = 4.51; DP = 1.55$).

No que concerne à depressão (amplitude 0-60) verificou-se que os níveis da mesma foram reduzidos na escala total ($M = 18.32; DP = 13.29$) e nas três dimensões da mesma. Foram averiguadas diferenças entre sexos ($t(718.375) = -9.60, p < .001$), sugerindo que o sexo feminino ($M = 22.48; DP = 14.18$) apresenta níveis de depressão significativamente superiores ao sexo masculino ($M = 13.77; DP = 10.52$). A mesma ocorrência foi identificada em todas as dimensões que compõem a depressão.

À semelhança, a desesperança (amplitude 0-20) dos adolescentes revelou-se reduzida ($M = 4.39; DP = 3.67$). No mesmo sentido, uma vez que a média obtida é inferior a 9, esta não aponta para um risco global de suicídio (Beck *et al.*, 1985; Beck, *et al.*, 1990). Foram verificadas diferenças entre sexos ($t(742.659) = -3.08, p = .002$) indicando que o sexo feminino ($M = 4.78; DP = 3.94$) revela níveis de desesperança significativamente superiores ao sexo masculino ($M = 3.96; DP = 3.30$).

Por fim, nos AVN (amplitude 0-20), constatou-se que os mesmos revelaram um índice global reduzido ($M = 1.28; DP = 1.91$), bem como reduzida incidência nos restantes fatores. Nas diferenças entre sexos ($t(659.286) = -4.82, p < .001$) aferiu-se que o sexo feminino ($M = 1.59; DP = 2.25$) apresenta um índice de AVN superior ao masculino ($M = .94; DP = 1.39$). O mesmo foi constatado em todas as dimensões da escala, à exceção do abuso físico e sexual ($t(748) = -.80, p = .425$).

4.4.2. Caracterização da Ideação Suicida de Acordo com as Variáveis Sociodemográficas e Clínicas

Após a análise descritiva considerou-se de interesse a caracterização da ideação suicida de acordo com as variáveis sociodemográficas. Foi possível verificar que, para a ideação suicida medida através do QIAIS, existiram diferenças significativas de médias, em diversas variáveis (Tabela 11).

Tabela 11

Diferenças de Médias da Ideação Suicida (QIAIS) em Função das Variáveis Sociodemográficas e Clínicas

		Ideação Suicida (QIAIS)																																																																																					
		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>																																																																																
Problema psicológico diagnosticado	Não	672	.57	.68	1.01	-7.67	.000																																																																																
	Sim	78	1.38	.91				Acompanhamento profissional	Não	563	.53	.66	.65	-7.35	.000	Sim	187	1.03	.86	Terminar a vida (pensar)	Não	561	.34	.45	2.07	-22.20	.000	Sim	189	1.57	.71	Cometer atos perigosos	Não	530	.40	.54	1.24	-14.30	.000	Sim	220	1.26	.82	Terminar a vida (ação)	Não	661	.49	.60	2.04	-17.04	.000	Sim	89	1.82	.70	Conhecer alguém – Tentativa de Suicídio	Não	456	.45	.61	.70	-9.04	.000	Sim	294	.96	.83	Conhecer alguém – Suicídio consumado	Não	517	.49	.64	.68	-8.16	.000	Sim	233	1.00	.85	Tipo de ensino	Regular	647	.60	.73	.48	-4.73	.000
Acompanhamento profissional	Não	563	.53	.66	.65	-7.35	.000																																																																																
	Sim	187	1.03	.86				Terminar a vida (pensar)	Não	561	.34	.45	2.07	-22.20	.000	Sim	189	1.57	.71	Cometer atos perigosos	Não	530	.40	.54	1.24	-14.30	.000	Sim	220	1.26	.82	Terminar a vida (ação)	Não	661	.49	.60	2.04	-17.04	.000	Sim	89	1.82	.70	Conhecer alguém – Tentativa de Suicídio	Não	456	.45	.61	.70	-9.04	.000	Sim	294	.96	.83	Conhecer alguém – Suicídio consumado	Não	517	.49	.64	.68	-8.16	.000	Sim	233	1.00	.85	Tipo de ensino	Regular	647	.60	.73	.48	-4.73	.000	Profissional	103	.97	.80								
Terminar a vida (pensar)	Não	561	.34	.45	2.07	-22.20	.000																																																																																
	Sim	189	1.57	.71				Cometer atos perigosos	Não	530	.40	.54	1.24	-14.30	.000	Sim	220	1.26	.82	Terminar a vida (ação)	Não	661	.49	.60	2.04	-17.04	.000	Sim	89	1.82	.70	Conhecer alguém – Tentativa de Suicídio	Não	456	.45	.61	.70	-9.04	.000	Sim	294	.96	.83	Conhecer alguém – Suicídio consumado	Não	517	.49	.64	.68	-8.16	.000	Sim	233	1.00	.85	Tipo de ensino	Regular	647	.60	.73	.48	-4.73	.000	Profissional	103	.97	.80																				
Cometer atos perigosos	Não	530	.40	.54	1.24	-14.30	.000																																																																																
	Sim	220	1.26	.82				Terminar a vida (ação)	Não	661	.49	.60	2.04	-17.04	.000	Sim	89	1.82	.70	Conhecer alguém – Tentativa de Suicídio	Não	456	.45	.61	.70	-9.04	.000	Sim	294	.96	.83	Conhecer alguém – Suicídio consumado	Não	517	.49	.64	.68	-8.16	.000	Sim	233	1.00	.85	Tipo de ensino	Regular	647	.60	.73	.48	-4.73	.000	Profissional	103	.97	.80																																
Terminar a vida (ação)	Não	661	.49	.60	2.04	-17.04	.000																																																																																
	Sim	89	1.82	.70				Conhecer alguém – Tentativa de Suicídio	Não	456	.45	.61	.70	-9.04	.000	Sim	294	.96	.83	Conhecer alguém – Suicídio consumado	Não	517	.49	.64	.68	-8.16	.000	Sim	233	1.00	.85	Tipo de ensino	Regular	647	.60	.73	.48	-4.73	.000	Profissional	103	.97	.80																																												
Conhecer alguém – Tentativa de Suicídio	Não	456	.45	.61	.70	-9.04	.000																																																																																
	Sim	294	.96	.83				Conhecer alguém – Suicídio consumado	Não	517	.49	.64	.68	-8.16	.000	Sim	233	1.00	.85	Tipo de ensino	Regular	647	.60	.73	.48	-4.73	.000	Profissional	103	.97	.80																																																								
Conhecer alguém – Suicídio consumado	Não	517	.49	.64	.68	-8.16	.000																																																																																
	Sim	233	1.00	.85				Tipo de ensino	Regular	647	.60	.73	.48	-4.73	.000	Profissional	103	.97	.80																																																																				
Tipo de ensino	Regular	647	.60	.73	.48	-4.73	.000																																																																																
	Profissional	103	.97	.80																																																																																			

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

As análises apontaram que os adolescentes que têm (ou tiveram) problemas psicológicos diagnosticados, foram (ou são) acompanhados por um profissional de saúde mental, pensaram/pensam em terminar a sua própria vida, já cometeram atos de risco e ações com o objetivo de pôr fim à vida, conhecem alguém que tenha cometido uma tentativa de suicídio ou suicídio consumado e frequentam o ensino profissional revelaram níveis de ideação suicida superiores aqueles que não apresentaram estas características (Tabela 11). No mesmo sentido, as análises realizadas com a ideação suicida medida através do PANSI-Negativo revelaram resultados idênticos (Tabela 12).

Tabela 12

Diferenças de Médias da Ideação Suicida (PANSI-Negativo) em Função das Variáveis Sociodemográficas e Clínicas

		Ideação Suicida (PANSI-Negativo)													
		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>								
Problema psicológico diagnosticado	Não	672	1.30	.65	.77	-5.30	.000								
	Sim	78	2.08	1.28				Acompanhamento profissional	Não	563	1.27	.60	.52	-5.56	.000
Acompanhamento profissional	Não	563	1.27	.60	.52	-5.56	.000								
	Sim	187	1.73	1.09											

		Ideação Suicida (PANSI-Negativo)					
		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Terminar a vida (pensar)	Não	561	1.09	.22	1.50	-14.84	.000
	Sim	189	2.27	1.09			
Cometer atos perigosos	Não	530	1.15	.40	.96	-10.51	.000
	Sim	220	1.95	1.11			
Terminar a vida (ação)	Não	661	1.21	.46	1.58	-11.21	.000
	Sim	89	2.70	1.25			
Conhecer alguém – Tentativa de Suicídio	Não	456	1.22	.51	.51	-6.40	.000
	Sim	294	1.63	1.02			
Conhecer alguém – Suicídio consumado	Não	517	1.24	.56	.53	-6.13	.000
	Sim	233	1.69	1.06			
Tipo de Ensino	Regular	647	1.35	.75	.27	-2.32	.022
	Profissional	103	1.58	.93			

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

No sentido oposto, realizou-se uma ANOVA para três grupos etários (12-13 anos; 14-15 anos; 16-19 anos) e verificou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas seja com a ideação medida pelo QIAIS [$F(2,747) = 2.38, p = .093$] ou pelo PANSI-Negativo [$F(2,747) = .02, p = .978$]. Ainda, foram realizadas correlações com as restantes variáveis de interesse (Tabela 13).

Tabela 13

Correlações de Pearson (r) entre os Consumos e a Participação em Atividades Religiosas com a Ideação Suicida

	Consumo Álcool	Consumo Drogas	Consumo Tabaco	Participação Religião
QIAIS	.28***	.15***	.24***	-.04
PANSI-N	.19***	.15***	.24***	-.03

Nota: *N* = 750; QIAIS = Ideação Suicida, PANSI-N = Ideação Suicida (Negativa).

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Assim, aferiu-se que os níveis de ideação suicida se revelaram semelhantes, independentemente do grupo etário e que maiores níveis de consumos estavam positivamente correlacionados com maiores níveis de ideação suicida.

4.4.3. Análise Correlacional

No sentido de compreender o modo como as variáveis em estudo se associam entre si, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson (Tabela 14).

Tabela 14

Correlações de Pearson (r) entre os Fatores Protetores e de Risco em Estudo

	ESSS	IAPSSM	GHSQ	RFL-A	CES-DC	BHS
IAPSSM	.45***	–				
GHSQ	.34***	.33***	–			
RFL-A	.48***	.46***	.35***	–		
CES-DC	-.63***	-.38***	-.33***	-.48***	–	
BHS	-.44***	-.42***	-.25***	-.55***	.58***	–
IAVN	-.44***	-.27***	-.20***	-.39***	.55***	.41***

Nota: N = 750; ESSI = Satisfação com o Suporte Social; IAPSSM = Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental; GHSQ = Intenções de Procura de Ajuda; RFL-A = Razões para Viver; CES-DC = Depressão; BHS = Desesperança; IAVN = Acontecimentos de Vida Negativos.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Relativamente aos fatores protetores foi possível verificar que o total da satisfação com o suporte social se correlacionou positivamente com as atitudes face à procura de serviços de saúde mental ($r = .45, p < .001$), com as razões para viver ($r = .48, p < .001$) e com as intenções de procurar ajuda ($r = .34, p < .001$). Por outro lado, verificaram-se correlações negativas entre a satisfação com o suporte social e a depressão ($r = -.63, p < .001$), a desesperança ($r = -.44, p < .001$) e os AVN ($r = -.44, p < .001$).

As atitudes face à procura de serviços de saúde mental, para além do já referido, correlacionaram-se positivamente com as intenções de procurar ajuda ($r = .33, p < .001$) e com as razões para viver ($r = .46, p < .001$). Ao nível das correlações negativas verificou-se que as atitudes se correlacionaram com a depressão ($r = -.38, p < .001$), com a desesperança ($r = -.42, p < .001$) e com os AVN ($r = -.27, p < .001$).

As intenções de procura de ajuda totais correlacionaram-se positivamente com as razões para viver ($r = .35, p < .001$) e negativamente com a depressão ($r = -.33, p < .001$), a desesperança ($r = -.25, p < .001$) e os AVN ($r = -.20, p < .001$).

Por fim, as razões para viver correlacionaram-se, negativamente, com a depressão ($r = -.48, p < .001$), a desesperança ($r = -.55, p < .001$) e os AVN ($r = -.39, p < .001$).

Ao nível dos fatores de risco, verificou-se que, além do suprarreferido, a depressão se correlacionou positivamente com a desesperança ($r = .58, p < .001$) e com os AVN ($r = .55, p < .001$) e que a desesperança se correlacionou com os AVN ($r = .41, p < .001$).

Torna-se possível verificar que, na globalidade, os fatores protetores correlacionam-se entre si de um modo positivo e negativamente com os fatores de risco. O mesmo

fenómeno também se verificou nos fatores de risco, pois estes evoluem no mesmo sentido entre si e em sentido inverso dos fatores de proteção. Estes dados comprovam que quanto mais fatores de proteção um sujeito apresentar, menores os fatores de risco e vice-versa.

Aprofundando-se a análise, os fatores de proteção foram correlacionados com a ideação suicida (Tabela 15).

Tabela 15
Correlações de Pearson (r) entre os Fatores de Proteção e a Ideação Suicida

	Amostra Total (N=750)			Sexo Masculino (n = 358)			Sexo Feminino (n = 392)		
	QIAIS	P-N	P-P	QIAIS	P-N	P-P	QIAIS	P-N	P-P
ESSS	-.55***	-.50***	.37***	-.41***	-.42***	.35***	-.58***	-.52***	.35***
SA (ESSS)	-.40***	-.39***	.30***	-.30***	-.34***	.27***	-.42***	-.40***	.30***
I (ESSS)	-.53***	-.47***	.37***	-.38***	-.39***	.33***	-.57***	-.48***	.36***
SF (ESSS)	-.44***	-.41***	.32***	-.26***	-.28***	.33***	-.54***	-.46***	.29***
SAS (ESSS)	-.35***	-.30***	.14***	-.33***	-.26***	.12*	-.31***	-.29***	.12*
IAPSSM	-.29***	-.30***	.32***	-.26***	-.21***	.36***	-.36***	-.39***	.31***
PPA (IAPSSM)	-.14***	-.13***	.35***	-.11*	-.11*	.42***	-.20***	-.17**	.31***
IE (IAPSSM)	-.32***	-.36***	.22***	-.25***	-.22***	.19***	-.39***	-.45***	.24***
AP (IAPSSM)	-.14***	-.13**	-.04	-.19***	-.08	-.07	-.15**	-.18***	.01
GHSQ	-.25***	-.19***	.19***	-.15**	-.10	.16**	-.27***	-.20***	.18***
AF (GHSQ)	-.20***	-.13***	.16***	-.21***	-.15**	.18**	-.17**	-.10*	.13**
AI (GHSQ)	-.25***	-.23***	.22***	-.12*	-.13*	.19***	-.31***	-.28***	.23***
AS (GHSQ)	-.11**	-.05	.02	-.12*	-.02	.05	-.07	-.05	-.03
AA (GHSQ)	.05	.09*	-.06	.06	.10	-.08	.13*	.14**	-.08
RFL-A	-.43***	-.43***	.41***	-.25***	-.26***	.39***	-.57***	-.54***	.42***
AL (RFL-A)	-.36***	-.35***	.35***	-.24***	-.23***	.36***	-.47***	-.43***	.33***
MS (RFL-A)	-.29***	-.32***	.23***	-.18**	-.19***	.18**	-.38***	-.41***	.27***
OF (RFL-A)	-.33***	-.34***	.33***	-.22***	-.23***	.34***	-.42***	-.42***	.32***
ASP (RFL-A)	-.35***	-.34***	.42***	-.16**	-.19***	.42***	-.49***	-.44***	.44***
AC (RFL-A)	-.50***	-.47***	.42***	-.27***	-.27***	.41***	-.60***	-.54***	.40***

Nota: QIAIS = Ideação Suicida; P-N = Ideação Suicida Negativa; P-P = Ideação Suicida Positiva; ESSS = Satisfação com o Suporte Social; SA (ESSS) = Satisfação com os Amigos; I (ESSS) = Intimidade; SF (ESSS) = Satisfação com a Família; SAS (ESSS) = Atividades Sociais; IAPSSM = Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental; PPA (IAPSSM) = Propensão para a Procura de Ajuda; IE (IAPSSM) = Indiferença ao Estigma; AP (IAPSSM) = Abertura Psicológica; QHSQ = Intenções de Procura de Ajuda; AI (GHSQ) = Intenções de Procura de Ajuda Informal; AF (GHSQ) = Intenções de Procura de Ajuda Formal; AS (GHSQ) = Intenções de Procura de Ajuda Semiformal; AA (GHSQ) = Intenções de Procura de Autoajuda; RFL-A = Razões para Viver; AL (RFL-A) = Aliança Familiar; MS (RFL-A) = Medo de Suicídio; OF (RFL-A) = Otimismo sobre o Futuro; ASP (RFL-A) = Aceitação e Suporte de Pares; AC (RFL-A) = Autoaceitação.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Averiguou-se que, no geral, os fatores protetores e suas dimensões apresentaram correlações negativas e significativas com a ideação suicida (QIAIS e PANSI-Negativo) e correlações positivas com a ideação positiva (PANSI-Positivo). Em função do sexo, aferiu-se que o padrão correlacional se manteve semelhante ao observado na amostra total. Porém, no sexo masculino as intenções totais de procura de ajuda não se correlacionam com a ideação suicida medida pelo PANSI-Negativo.

À semelhança do realizado, foram, também, analisadas as correlações para os fatores de risco na amostra total e para os sexos (Tabela 16).

Tabela 16

Correlações de Pearson (r) entre os Fatores de Risco e a Ideação Suicida

	Amostra Total (N=750)			Sexo Masculino (n = 358)			Sexo Feminino (n = 392)		
	QIAIS	P-N	P-P	QIAIS	P-N	P-P	QIAIS	P-N	P-P
CES-DC	.74***	.67***	-.39***	.63***	.61***	-.27***	.75***	.67***	-.43***
H (CES-DC)	.72***	.64***	-.30***	.62***	.58***	-.15**	.72***	.64***	-.35***
QI (CES-DC)	.63***	.62***	-.30***	.53***	.54***	-.15**	.65***	.63***	-.37***
F (CES-DC)	.44***	.41***	-.52***	.27***	.30***	-.47***	.52***	.45***	-.54***
BHS	.55***	.55***	-.45***	.38***	.40***	-.42***	.64***	.62***	-.47***
IAVN	.50***	.54***	-.15***	.30***	.30***	-.08	.56***	.61***	-.16**
AFA (IAVN)	.46***	.48***	-.14***	.30***	.33***	-.09	.51***	.53***	-.14**
AP (IAVN)	.48***	.51***	-.13***	.30***	.27***	-.04	.51***	.55***	-.14**
SP (IAVN)	.31***	.36***	-.10**	.16**	.16**	-.05	.37***	.42***	-.12*
AFS (IAVN)	.29***	.37***	-.11**	.14**	.18***	-.07	.39***	.46***	-.13*

Nota: QIAIS = Ideação Suicida; P-N = Ideação Suicida Negativa; P-P = Ideação Suicida Positiva; CES-DC = Depressão; H (CES-DC) = Humor; QI (CES-DC) = Questões Interpessoais; F (CES-DC) = Felicidade; BHS = Desesperança; IAVN = Acontecimentos de Vida Negativos; AFA (IAVN) = Ambiente Familiar Adverso; AP (IAVN) = Abuso Psicológico; SP (IAVN) = Separações e Perdas; AFS (IAVN) = Abuso Físico e Sexual.

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

Nos fatores de risco verificou-se o inverso dos fatores de proteção, uma vez que, no geral, os fatores de risco se associaram positivamente à ideação suicida (QIAIS e PANSI-Negativo) e negativamente à ideação positiva (PANSI-Positivo). O mesmo padrão foi aferido nas análises em função do sexo, excepcionando os AVN que não se correlacionaram com os pensamentos positivos no sexo masculino.

Apesar de as correlações supramencionadas apontarem para o valor protetor e de risco das variáveis estudadas, procurou-se a realização de uma regressão linear para avaliar o

valor preditor de cada uma, na ideação suicida. A ideação suicida (QIAIS) foi assumida no modelo de regressão como a variável dependente e todas as restantes como variáveis independentes/preditoras (Tabela 17).

Tabela 17

Contributo das Variáveis na Explicação da Ideação Suicida (QIAIS)

Ideação Suicida (QIAIS)		
Fatores de Risco		R ² = .57*
CES-DC – Total	$\beta = .58^*$	
BHS	$\beta = .17^*$	
IAVN – Total	$\beta = .12^*$	
Fatores de Proteção		R ² = .34*
ESSS – Total	$\beta = -.44^*$	
IAPSSM -Total	$\beta = .01$	
GHSQ - Total	$\beta = -.02$	
RFL-A - Total	$\beta = -.22^*$	
F. Risco e F. Proteção		R ² = .58*
CES-DC – Total	$\beta = .53^*$	
BHS	$\beta = .17^*$	
IAVN – Total	$\beta = .10^*$	
ESSS – Total	$\beta = -.11^*$	
IAPSSM -Total	$\beta = .07^*$	
GHSQ - Total	$\beta = .02$	
RFL-A - Total	$\beta = -.03$	

Nota: * = Valor significativo; R²= Coeficiente de Determinação; β = Coeficiente de regressão padronizado; ESSS = Satisfação com o Suporte Social; IAPSSM = Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental; GHSQ = Intenções de Procura de Ajuda; RFL-A = Razões para Viver; CES-DC = Depressão; BHS = Desesperança; IAVN = Acontecimentos de Vida Negativos.

Os fatores de risco explicaram 57.4% da variação da ideação suicida, medida pelo QIAIS. Todos os fatores de risco revelaram um contributo significativo para a variação dos níveis de ideação suicida ($p < .001$). A depressão foi a variável com o contributo mais considerável ($\beta = .58$), sendo este superior ao da desesperança ($\beta = .17$) e dos AVN ($\beta = .12$), considerando-se a depressão como o melhor preditor da ideação suicida, dentro dos fatores de risco.

Os fatores de proteção explicaram 33.6% da variação da ideação suicida (QIAIS). A satisfação com o suporte social e as razões para viver revelaram contributos significativos para a variação da ideação suicida ($p < .001$), no entanto as atitudes face à procura de serviços de saúde mental ($p = .709$) e as intenções de procura de ajuda ($p = .509$) não demonstraram contribuição no modelo de regressão. A satisfação com o suporte social apresentou o contributo mais saliente ($\beta = -.44$) sendo o melhor preditor, no conjunto dos fatores protetores.

Por fim, o conjunto de todos os fatores explicou 58.3% dos níveis de ideação suicida (QIAIS). Todos os fatores revelaram um contributo significativo para a explicação dos níveis de ideação suicida ($p < .05$), à exceção das intenções de procura de ajuda ($p = .436$) e das razões para viver ($p = .333$). A variável com o contributo mais significativo foi a depressão ($\beta = .53$), sugerindo que, mesmo na presença dos restantes fatores de risco e proteção, a depressão é o melhor preditor da ideação suicida.

Foi também realizado o mesmo processo para a ideação suicida medida através do PANSI-Negativo, visando aferir se os resultados se manteriam semelhantes (Tabela 18).

Tabela 18

Contributo das Variáveis na Explicação da Ideação Suicida (PANSI-Negativo)

Ideação Suicida (PANSI-N)		
Fatores de Risco		
CES-DC – Total	$\beta = .42^*$	$R^2 = .52^*$
BHS	$\beta = .22^*$	
IAVN – Total	$\beta = .22^*$	
Fatores de Proteção		
ESSS – Total	$\beta = -.39^*$	$R^2 = .30^*$
IAPSSM -Total	$\beta = -.02$	
GHSQ - Total	$\beta = .04$	
RFL-A - Total	$\beta = -.25^*$	
F. Risco e F. Proteção		
CES-DC – Total	$\beta = .40^*$	$R^2 = .53^*$
BHS	$\beta = .21^*$	
IAVN – Total	$\beta = .21^*$	
ESSS – Total	$\beta = -.09^*$	
IAPSSM -Total	$\beta = .03$	
GHSQ - Total	$\beta = .07^*$	
RFL-A - Total	$\beta = -.05$	

Nota: * = Valor significativo; R^2 = Coeficiente de Determinação; β = Coeficiente de regressão padronizado; ESSS = Satisfação com o Suporte Social; IAPSSM = Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental; GHSQ = Intenções de Procura de Ajuda; RFL-A = Razões para Viver; CES-DC = Depressão; BHS = Desesperança; IAVN = Acontecimentos de Vida Negativos.

Os dados para a ideação suicida, medida pelo PANSI-Negativo, revelaram resultados semelhantes aos obtidos na regressão com o QIAS. Os fatores de risco explicaram 52.4% dos níveis de ideação suicida e todos os fatores apresentaram um contributo significativo ($p < .001$) para esta explicação. Novamente, a depressão apresentou o contributo mais notável, sendo o fator de risco com melhor capacidade de predição da ideação suicida ($\beta = .42$).

Os fatores de proteção explicaram 30.3% da variação da ideação suicida (PANSI). Apenas a satisfação com o suporte social e as razões para viver revelaram contributos significativos ($p < .001$). As atitudes face à procura de serviços de saúde mental ($p = .504$)

e as intenções de procura de ajuda ($p = .196$) não contribuíram para o modelo de regressão. A satisfação com o suporte social apresentou o maior contributo ($\beta = -.39$), no conjunto dos fatores protetores, constituindo-se como o melhor preditor.

O conjunto de todos os fatores explicou, a variação da ideação suicida (PANSI) em 53.3%. Todos os fatores contribuíram para este modelo, à exceção das atitudes face à procura de serviços de saúde mental ($p = .298$) e as razões para viver ($p = .160$). Mais uma vez, verificou-se que a depressão foi a variável com o contributo mais notório ($\beta = .40$) apresentando-se, no conjunto de todos os fatores, como o melhor preditor da ideação suicida.

As análises permitiram aferir que os fatores de risco parecem predizer melhor as variações dos níveis de ideação suicida nos adolescentes do que os fatores de proteção, porém, ambos têm potencial explicativo. A satisfação com o suporte social, a depressão, a desesperança e os AVN são preditores significativos da ideação suicida, destacando-se a depressão como o melhor preditor. As atitudes face à procura de serviços de saúde mental, as intenções de procura de ajuda e as razões para viver, perderam, frequentemente, o seu valor preditor na presença de outros fatores, sugerindo que apesar de se correlacionarem com a ideação suicida, o seu valor preditivo é contestável.

4.4.4. Análise de Mediação⁸

Face aos resultados obtidos, torna-se interessante averiguar a influência mútua dos fatores, através de análises de mediação. Para que uma variável possa ser tomada como mediadora, devem ser cumpridas três normas: a variável independente tem de influenciar a mediadora; a variável mediadora tem de influenciar a dependente; controlando a variável mediadora, o efeito da variável independente sobre a dependente perde significância (Baron & Kenny, 1986). A mediação será total se o efeito da variável independente sobre a dependente cessar totalmente (for igual a zero) (Baron & Kenny, 1986).

⁸ Apesar de, ao longo do estudo, terem vindo a ser apresentadas as análises recorrendo a ambos os instrumentos de medição da ideação suicida (QIAIS e PANSI-Negativo), nas análises de mediação optou-se por apresentar os resultados apenas com o PANSI-Negativo. Esta decisão foi tomada considerando a complexidade das análises e para evitar redundância tendo-se elegido o PANSI-Negativo, em detrimento do QIAIS, pela sua robustez. Não obstante, apesar de não constar na dissertação, os resultados das análises foram realizados para ambas as escalas tendo-se verificado extremamente congruentes/semelhantes.

Considerando que a depressão se revelou como o preditor da ideação suicida mais significativo, optou-se por verificar qual o valor mediador que as variáveis psicológicas teriam na relação entre a depressão e a ideação suicida (Tabela 19).

Tabela 19

Análise de Mediação: Depressão – Mediador – Ideação Suicida (PANSI-Negativo)

Relação	Ideação Suicida (PANSI-N)			Observações
	Efeito total	Efeito direto	Efeito Indireto	
Depressão – IS (ESSS)	.67*	.59*	.08*	Mediação Parcial (11.94%)
Depressão – IS (IAPSSM)	.67*	.65*	.02	Não há mediação. O teste de Sobel não é significativo ($p = .137$) e a regressão entre o IAPSSM e a IS também não é significativa ($p = .075$)
Depressão – IS (GHSQ)	.67*	.68*	-.01	Não há mediação. O teste de Sobel não é significativo ($p = .139$) e a regressão entre o GHSQ e a IS também não é significativa ($p = .137$)
Depressão – IS (RFL-A)	.67*	.60*	.07*	Mediação Parcial (10.45%)
Depressão – IS (BHS)	.67*	.53*	.14*	Mediação Parcial (20.90%)

Nota: * = Valor significativo; ESSS = Satisfação com o Suporte Social; IAPSSM = Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental; GHSQ = Intenções de Procura de Ajuda; RFL-A = Razões para Viver; BHS = Desesperança; IS = Ideação Suicida.

A relação entre a depressão e a ideação suicida (Tabela 19), não foi totalmente explicada pela depressão, existindo a mediação de diversos fatores. Assim, a satisfação com o suporte social, as razões para viver e desesperança revelaram um efeito de mediação parcial na relação. A desesperança foi o mediador mais significativo, explicando, aproximadamente, 20.90% da variação da relação.

Para além das análises realizadas, visou-se explorar algumas das mediações reveladas na literatura (Tabela 20).

Tabela 20

Análise dos Efeitos Mediadores Verificados na Literatura (PANSI-Negativo)

Relação	Ideação Suicida (PANSI-N)			Mediação
	Efeito total	Efeito direto	Efeito Indireto	
AVN-IS (BHS)	.54*	.38*	.16*	Mediação Parcial (29.63%)
AVN-IS (Depressão)	.54*	.25*	.29*	Mediação Parcial (53.70%)
AVN-IS (ESSS)	.54*	.40*	.14*	Mediação Parcial (25.93%)
AVN-IS (RFL-A)	.54*	.44*	.10*	Mediação Parcial (18.52%)

Nota: * = Valor significativo; ESSS = Satisfação com o Suporte Social; RFL-A = Razões para Viver; BHS = Desesperança; AVN = Acontecimentos de Vida Negativos; IS = Ideação Suicida.

Foi possível verificar que, em todas as relações estudadas, se observaram efeitos de mediação, destacando-se o efeito mediador da depressão que explicou 53.70% da relação entre os AVN e a ideação suicida.

4.4.5. Análise de Moderação⁹

Ao longo da literatura foi verificado que diversas variáveis revelam potencial moderador, considerando-se valorosa a análise das mesmas. Assim, aferiu-se que as razões para viver exerceram um efeito moderador significativo ($\Delta R^2 = .061, p < .001$) na relação entre a depressão e a ideação suicida, sendo que a relação entre ambas é positiva e mais intensa quando os sujeitos apresentam baixas razões para viver (Figura 5).



Figura 5. Gráfico do efeito de moderação das razões para viver na relação entre a depressão e a ideação suicida.

Para além disto, verificou-se que a satisfação com o suporte social moderava significativamente ($\Delta R^2 = .052, p < .001$) a relação entre a depressão e a ideação suicida, apontando que esta relação positiva é mais proeminente quando os sujeitos apresentam reduzido suporte social (Figura 6).

⁹ À semelhança do realizado nas análises de mediação, para as análises de moderação também se optou pela utilização de apenas um instrumento de mediação da ideação suicida (PANSI-Negativo). Todos os gráficos de moderação foram gerados com recurso ao programa ModGraph – I de Jose (2013).

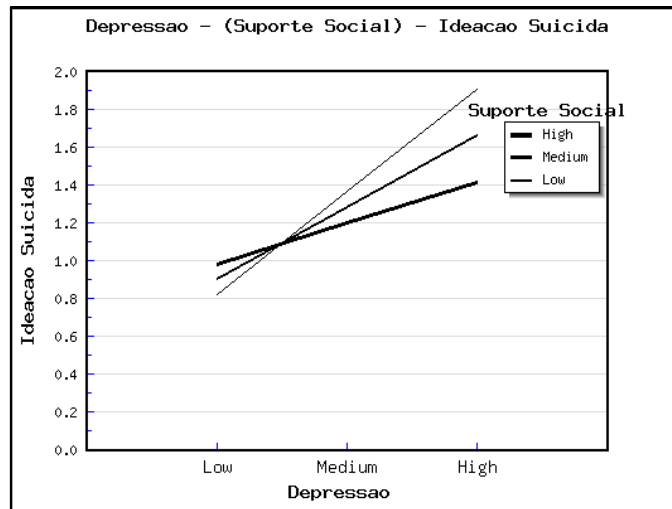


Figura 6. Gráfico do efeito de moderação da satisfação com o suporte social na relação entre depressão e a ideação suicida.

Aferiu-se, também, que a desesperança tinha um efeito moderador significativo ($\Delta R^2 = .007, p = .003$) na relação entre a os AVN e a ideação suicida, sugerindo que a relação entre as variáveis é mais intensa em sujeitos com mais desesperança (Figura 7).

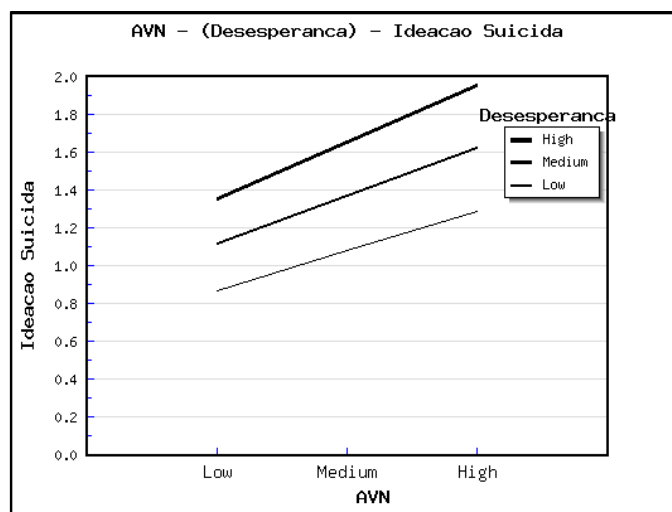


Figura 7. Gráfico do efeito de moderação da desesperança na relação entre os AVN e a ideação suicida.

Por fim, apurou-se que a relação entre a ideação suicida e as intenções de procura de ajuda informal era negativa e moderada pela desesperança ($\Delta R^2 = .005, p = .042$), sendo mais proeminente na presença de desesperança reduzida (Figura 8).

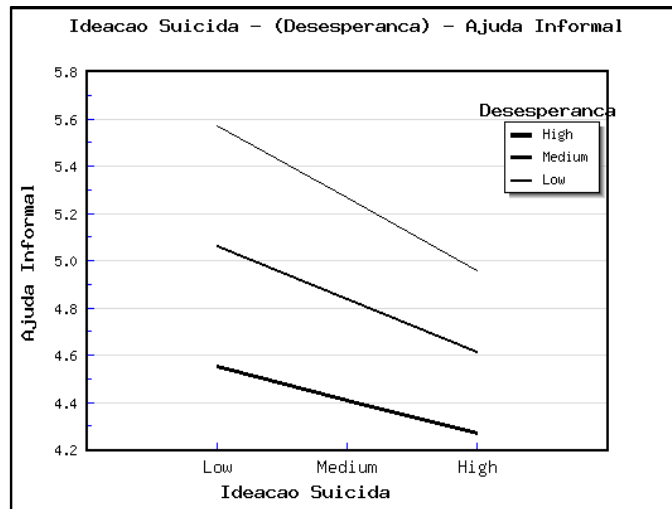


Figura 8. Gráfico do efeito de moderação da desesperança na relação entre a ideação suicida e as intenções de procura de ajuda (informal).

4.5.Discussão

Como foi verificado, existem diversos fatores associados ao suicídio, validando-se que estes têm um papel central para a psicologia (Filho & Guzzo, 2006). Considerando-se que a identificação destes fatores é fundamental para a prevenção e compreensão do suicídio e aferindo que os adolescentes são um grupo de risco (DGS, 2013), o presente estudo objetivou compreender o ponto atual da ideação suicida dos adolescentes da ilha de São Miguel (Açores) visando caracterizar a ideação suicida, identificar o valor preditor dos fatores de proteção/risco e compreender o modo como estes interagem com a ideação.

Inicialmente, foi realizada a análise das estatísticas descritivas, averiguando-se que os níveis de ideação suicida nos adolescentes são relativamente reduzidos e os níveis de ideação positiva são superiores aos de ideação negativa, reforçando este facto. No entanto os dados apontam que, apesar disto, uma porção significativa dos jovens revela ideação suicida a algum nível (QIAIS \approx 44%; PANSI-Negativo \approx 24%). Estes dados corroboram diversos estudos realizados na RAA (e.g., Medeiros, 2016; Nunes, 2012; Róias, 2015) que indicaram, em diversas amostras, percentagens elevadas de sujeitos com ideação suicida e percentagens significativas de sujeitos com níveis elevados da mesma. Para além disto, aferiu-se que em ambas as escalas de ideação suicida, os valores máximos foram atingidos, salientando-se particular risco para estes sujeitos. O ponto de corte do PANSI-Negativo foi ultrapassado por 38.3% dos jovens, sugerindo a necessidade de uma avaliação mais aprofundada (Gutierrez & Osman, 2008). Considerando que a ideação suicida é a primeira etapa envolvida no processo suicidário (DGS, 2013; Werlang *et al.*,

2005), os resultados do presente estudo apontam que os adolescentes da amostra revelam um risco de suicídio que deve ser atentado, corroborando o facto de este ser *preocupante* (DGS, 2016; Róias, 2015).

Foram, também, aferidas diferenças de médias indicando que o sexo feminino apresenta níveis de ideação suicida superiores ao sexo masculino, sendo este um dado vastamente corroborado pela literatura (e.g., Carvalho *et al.*, 2017; Nunes, 2012).

Considerando-se que o risco de suicídio não será apenas determinado pela ideação suicida, foram analisadas as estatísticas descritivas dos restantes fatores, verificando-se que, na globalidade, os adolescentes revelaram níveis relativamente elevados nos fatores protetores e níveis mais reduzidos nos fatores de risco. Em relação às diferenças de médias, o sexo masculino apresentou níveis mais elevados de fatores protetores e o sexo feminino apresentou níveis mais elevados de fatores de risco.

Perante estes dados, os níveis baixos de fatores de risco e os níveis superiores de fatores de proteção poderiam indicar baixo risco suicidário gerando uma incongruência com as preocupantes taxas de ideação suicida obtidas na amostra. No entanto, salienta-se que a presença de fatores de risco não determina necessariamente a conduta suicida e a presença de fatores de proteção não a impede na totalidade (Brás, 2013), pelo que não é possível prever inteiramente o risco presente. Ainda, é de considerar que, apesar de os valores médios nos fatores protetores se terem revelado positivos, na sua maioria, não foram extremados, mantendo-se próximos dos pontos neutros da escala. Para além disto, alguns dos dados obtidos refutam a literatura, nomeadamente no que é referente ao género, uma vez que, por exemplo, os estudos apontam (e.g., Do *et al.*, 2019; Mackenzie *et al.*, 2004) que o sexo feminino teria valores significativamente mais elevados de *help-seeking*, verificando-se o oposto no presente estudo.

Apurando-se que o sexo feminino apresenta maiores fatores de risco e menores fatores de proteção, bem como, maior ideação suicida, é pertinente levantar-se a questão sobre quais os fatores inerentes ao género que podem ser responsáveis por este fenómeno. Brás e colaboradores (2016) sugerem que, o sexo feminino poderá ser exposto mais frequentemente a situações aversivas e/ou poderá percecionar estas experiências de um modo mais depreciativo, sendo uma potencial explicação para as diferenças identificadas.

Complementando os dados suprarreferidos, foi realizada a caracterização da ideação suicida de acordo com as variáveis sociodemográficas/clínicas, revelando níveis mais elevados de ideação suicida nos jovens com: problemas psicológicos diagnosticados; acompanhamento psicológico; pensamentos sobre terminar a própria vida; atos de risco; ações com o objetivo de pôr fim à vida; conhecimento de alguém que tenha cometido uma tentativa de suicídio e/ou suicídio consumado e frequência no ensino profissional. Ainda, verificou-se que maiores níveis de consumos (álcool, drogas e tabaco) se associam a maiores níveis de ideação suicida, não se aferindo diferenças face à idade.

Estes dados validam o referido na literatura pois a mesma indica que a maioria dos sujeitos que cometem suicídio comportam patologias mentais (DGS, 2013) destacando-se estas como um fator central nesta ocorrência (Beautrais, 2000). Ademais, valida-se que a presença de tentativas prévias de suicídio (Bousoño *et al.*, 2017), bem como o autodano (e.g., Róias, 2015) se associam à ideação suicida. Verifica-se, também, que o ingresso em currículos escolares alternativos (e.g., *Oportunidade e PROFIJ*) está associado a maiores comportamentos de autodano (e.g., Nunes, 2012) o que, apesar de não ser análogo ao verificado no presente estudo, valida que estes alunos se encontram em maior risco, corroborando os dados obtidos.

Além disso, verificou-se que sujeitos com experiência de trauma/perdas têm maior ideação suicida, corroborando a *American Psychiatric Association* (2011) que aponta que estes fatores estão frequentemente presentes em jovens suicidas. Por fim, o consumo de substâncias apresenta uma associação positiva com a ideação suicida validando o indicado por Barros e colaboradores (2017).

Na análise correlacional, verificou-se que os fatores protetores apresentaram correlações positivas entre si e correlações negativas para com os fatores de risco e vice-versa, sugerindo que à medida que aumentam os fatores de proteção diminuem os fatores de risco. Este resultado era esperado uma vez que a literatura aponta que os fatores de proteção são variáveis que reduzem a probabilidade de um determinado fenômeno negativo ocorrer, revelando-se capazes de reduzir os efeitos provocados pelos fatores de risco (O'Connell *et al.*, 2009). Para além disso, os estudos apontam para a existência de interações entre as diversas variáveis, como é o caso do estudo de Pinto e colaboradores (1998) que averiguou correlações negativas das razões para viver para com a desesperança e a depressão, o que se verificou na presente investigação.

Aferiu-se, também, que os fatores de proteção se associaram negativamente à ideação suicida, indicando que quanto mais elevados os níveis de satisfação com o suporte social, atitudes face à procura de serviços de saúde mental, intenções de procura de ajuda e razões para viver, menores os níveis de ideação suicida. No sentido oposto, os fatores de risco correlacionaram-se positivamente com a ideação, indicando que quanto maiores os níveis de depressão, desesperança e AVN maiores os níveis de ideação suicida.

Face aos fatores de proteção, estes resultados são corroborados, pois a literatura aponta que a satisfação com o suporte social se relaciona negativamente com a ideação suicida (e.g., Brás *et al.*, 2016; Gomes, 2008; Brausch & Decker, 2014; Shaheen & Jahan, 2017), sendo esta associação verificada, também, em amostras clínicas (e.g., Huang *et al.*, 2010; Miller *et al.*, 2015). Similarmente, as razões para viver apresentam-se negativamente associadas à ideação suicida (Brás *et al.*, 2016; Brás *et al.*, 2018; Din *et al.*, 2018; Pinto *et al.*, 1998; Chatterjee & Basu, 2010), constituindo-se como as crenças que inibem o sujeito de cometer suicídio (Linehan *et al.*, 1983). Ainda, verifica-se que o *help-seeking* apresenta associações negativas perante a ideação suicida, seja na sua vertente intencional (e.g., Rickwood *et al.*, 2005) ou atitudinal (e.g., Calexar *et al.*, 2014), destacando-se o *help-negation* (Rudd *et al.*, 1995).

Relativamente aos fatores de risco, a literatura aponta que a depressão é um dos principais fatores (Braga & Dell'Aglio, 2013) associando-se positivamente à ideação suicida (e.g., Azevedo & Matos, 2014; Ceballos-Ospino *et al.*, 2015) e aumentando a sua probabilidade em 9.3 vezes (Borges & Werlang, 2006). No mesmo sentido, os AVN podem fomentar o suicídio (Sandin *et al.*, 1998) existindo uma correlação positiva entre ambos (e.g., Brás *et al.*, 2016; Rew *et al.*, 2016), sendo que o risco de tentar suicídio aumenta em 1.33 vezes por cada exposição a um acontecimento aversivo (Olliac *et al.*, 2018). Por fim, a desesperança, também, se associa positivamente à ideação suicida (Brás *et al.*, 2016; Carvajal & Caro, 2011) aumentando em 6.8 vezes a sua probabilidade (Borges & Werlang, 2006). Estes dados validam os resultados obtidos no presente estudo e o papel protetor/risco de cada uma das variáveis estudadas no mesmo.

Prosseguindo, procurou-se aprofundar o valor preditor dos fatores em estudo. As análises permitiram aferir que, no seu conjunto, as variáveis explicam 58.3% da variação da ideação suicida medida pelo QIAIS, verificando-se que os fatores de risco explicam 57.4% da mesma e os fatores de proteção explicam 33.6%. Em relação à ideação medida

pelo PANSI-Negativo, a totalidade dos fatores explicou 53.3% da variância, pelo que os fatores de risco explicaram 52.4% e os fatores de proteção explicaram 30.3%. Denote-se que estes são valores percentuais elevados, visto que mais de metade da variância da ideação suicida é explicada pelos fatores em estudo.

Estes resultados corroboram a literatura uma vez que, à semelhança da presente investigação, Brás e colaboradores (2016), avaliando diversas variáveis comuns ao presente estudo (e.g., desesperança, AVN), também aferiram que os fatores de risco (29%) e de fatores de proteção (34%) estudados permitiram predizer satisfatoriamente a ideação suicida em adolescentes, validando os resultados obtidos. Ainda, o presente estudo englobou um maior número de variáveis, bem como, incluiu alguns fatores de risco e proteção diferentes, comparativamente a Brás e colaboradores (2016), o que poderá explicar a variação percentual no potencial preditor dos fatores, constituindo-se como um contributo adicional à informação existente.

O facto de as variáveis, no presente estudo, explicarem ligeiramente mais de metade da variação da ideação suicida aponta para a existência de outros fatores de risco/proteção que contribuem para a ideação suicida e não foram estudados. Esta constatação seria expectável, pois longo da literatura, nomeadamente nos modelos explicativos, são apresentadas diversas variáveis que não foram exploradas. Assim, a inserção de fatores como a autoestima, a dificuldade na resolução de problemas, o *locus* de controlo externo (Yang & Clum, 1996), a impulsividade, o perfeccionismo (Cruz, 2000, 2006), o estilo cognitivo (Wenzel & Beck, 2008), a ruminação (O'Connor & Kirtley, 2018) entre outros, provavelmente potenciará o aumento do valor explicativo da variação da ideação suicida.

Ainda, apurou-se que a depressão era a variável com o maior valor preditor, destacando-se como o fator com o maior contributo de entre os fatores de risco, bem como, no conjunto de todos os fatores. Este resultado é altamente corroborado pela literatura visto que a depressão é tomada como um dos principais fatores de risco para o suicídio (Braga & Dell'Aglio, 2013) sendo uma variável com elevado potencial de predição desta ocorrência (e.g., Bousoño *et al.*, 2017), relacionando-se positivamente com a mesma e aumentando a probabilidade de esta advir (Borges & Werlang, 2006).

Aprofundando-se a importância da depressão na ideação suicida, procurou-se verificar se a relação entre ambas seria apenas direta ou mediada. Aferiu-se que esta

relação é parcialmente mediada pela satisfação com o suporte social, razões para viver e desesperança. De entre estes, a desesperança destacou-se como o melhor mediador.

Corroboram-se estes resultados, pois, a literatura em diversas amostras (e.g., Nam & Lee, 2019) aponta para a existência de fatores mediadores na relação entre a depressão e a ideação suicida, como é o caso do suporte social. Em particular, o papel mediador da desesperança foi aferido por diversos autores (e.g., Laranjeira, 2015) e, em estudos como o de Freitas (2011), o potencial mediador da mesma é total. Sugere-se assim que a relação entre a depressão e a ideação suicida não é apenas direta podendo ser justificada pela presença de diversas variáveis, em especial a desesperança. Este fenómeno poderá ser explicado visto que a depressão se constitui como um fator de risco para o suicídio por compreender sintomatologia como a desesperança e a tristeza (Braga & Dell’Aglia, 2013).

Posteriormente, exploraram-se, também, algumas das mediações apresentadas na literatura, aferindo-se que as mesmas foram corroboradas. Como esperado, atestou-se que a relação entre os AVN e a ideação suicida é parcialmente mediada pela desesperança (e.g., Yang & Clum, 1996), depressão (e.g., Hardt & Johnson, 2010), satisfação com o suporte social (e.g., Brás *et al.*, 2016) e razões para viver (e.g., Brás *et al.*, 2016).

Por fim, foram investigadas algumas das moderações salientes na literatura. Observou-se que a relação entre a depressão e a ideação suicida é moderada pelas razões para viver e pela satisfação com o suporte social, sendo positiva e mais intensa nos sujeitos com menos razões para viver e menos suporte social. Este facto é corroborado pelos resultados de Lee (2011) e de Brausch e Decker (2014) que aferiram conclusões semelhantes. Por sua vez, a relação entre os AVN e a ideação suicida é moderada pela desesperança e mais intensa em sujeitos com níveis elevados da mesma, validando o indicado por Cruz (2000, 2006). Por último, a relação entre a ideação suicida e as intenções de procura de ajuda (informal) é negativa e moderada pela desesperança, revelando-se mais proeminente em sujeitos com desesperança reduzida, indo ao encontro do referido por Wilson e colaboradores (2005b). A globalidade das moderações investigadas vai ao encontro dos resultados sugeridos pela literatura.

Face aos procedimentos e informações obtidas na presente investigação é de destacar a presença de potencialidades e limitações. Relativamente às limitações a primeira

associa-se ao facto de a extensão do protocolo poder ter influenciado a motivação de alguns jovens para o preenchimento. A segunda limitação relaciona-se com o facto de a recolha de dados ter sido, maioritariamente, realizada em contexto de sala de aula o que poderá ter influenciado a perceção de confidencialidade, apesar de terem sido tomadas medidas para combater esta ocorrência. A terceira limitação associa-se ao facto de não ter sido possível recolher uma amostra clínica, o que poderá em simultâneo ser tomado como uma oportunidade para a investigação futura.

Não obstante, verifica-se que o presente estudo apresenta diversas potencialidades nomeadamente: ter compreendido uma multiplicidade de variáveis de interesse para a temática, permitindo uma caracterização abrangente dos fatores estudados na amostra; ter contribuído com informação sobre o funcionamento suicidário dos jovens na ilha de São Miguel (Açores); ter introduzido o *help-seeking* através da compreensão do modo como as intenções e atitudes face ao mesmo se relacionam com o suicídio; ter explorado o potencial preditor dos fatores, permitindo destacar aqueles que apresentam mais relevo; ter compreendido uma amostra relativamente vasta de adolescentes ($N = 750$).

4.6. Conclusões

Concluindo, o presente estudo permitiu averiguar as associações entre diferentes fatores de risco e proteção para o suicídio, promovendo a compreensão de quais revelam maior contributo para este fenómeno e o modo como se relacionam. Os dados obtidos surgem como um complemento à informação já existente na RAA, bem como, a todos os estudos que sejam realizados no futuro, constituindo um contributo válido para a informação científica na área da suicidologia infantojuvenil. Considerando-se os dados epidemiológicos (e.g., DGS, 2016; OMS, 2019b) e alguns dos resultados aferidos no presente estudo, atenta-se a importância de continuarem a ser desenvolvidas investigações nestas faixas etárias e nesta região geográfica.

Relativamente às investigações futuras, atestando-se que o suicídio é um fenómeno complexo e multidimensional (DGS, 2013), compreende-se que seja inexequível englobar todos os fatores explicativos em apenas um estudo. Sugere-se que no futuro seja dada continuidade à avaliação dos fatores estudados na presente investigação, com o objetivo de verificar se mantêm o seu comportamento. Ainda se propõe que sejam integrados novos fatores permitindo compreender, cada vez mais, aqueles que contribuem

para o suicídio. Para além disto, considerando que no presente estudo não foi possível aferir todas as mediações e moderações possíveis, propõe-se que em estudos futuros se procure fazê-lo. Esta reflexão tem importantes implicações clínicas, uma vez que quantos mais fatores preditores do suicídio forem expostos e quanto melhor for a compreensão da ação dos mesmos, maior a probabilidade de serem desenvolvidas intervenções (preventivas ou remediativas) com elevada eficácia. No mesmo sentido, sendo que o presente estudo se centra numa amostra não-clínica de jovens, também se sugere que no futuro a investigação dos presentes fatores na RAA seja alargada a uma amostra clínica, considerando o impacto que a psicopatologia revelou na ideação suicida.

5. Referências Bibliográficas

- Abdollahi, A., & Talib, M. A. (2015). Spirituality Moderates Hopelessness, and Suicidal Ideation among Iranian Depressed Adolescents. *Death Studies*, 39(10), 579-583. doi: 10.1080/07481187.2015.1013163
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg, Germany: Springer.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.317.9673&rep=rep1&type=pdf>
- American Association of Suicidology (2009). *A global agenda on the science of prevention treatment, and recovery*. Disponível em: <https://www.ct.gov/dmhas/lib/dmhas/prevention/cyspi/aasmediakit.pdf>
- American Psychiatric Association – APA (2011). *Healthy Minds Healthy Lives*. Arlington: American Psychiatric Association. Disponível em: https://www.socalpsych.org/wp-content/uploads/2018/10/APA-teensuicide_2011edited.pdf
- American Psychiatric Association – APA (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Azevedo, A., & Matos, A. P. (2014). Ideação Suicida e Sintomatologia Depressiva em Adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 180-191. doi: 10.15309/14psd150115
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 1-23. doi: 10.3390/ijerph15071425
- Bakhiyi, C. L., Calati, R., Guillaume, S., & Courtet, P. (2016). Do reasons for living protect against suicidal thoughts and behaviors? A systematic review of literature. *Journal of Psychiatric Research*, 77, 92-108. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.02.019
- Balazs, J., & Keresztesy, A. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder and suicide: A systematic review. *World Journal of Psychiatry*, 7(1), 44-59. doi: 10.5498/wjp.v7.i1.44
- Barata, C. V. (2016). *A relação entre a ansiedade, depressão e stress e os comportamentos autolesivos e a ideação suicida nos adolescentes* (Dissertação de Mestrado). Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/5280/1/20700.pdf>

- Barker, G. (2007). *Adolescents, social support and help-seeking behaviour: An international literature review and programme consultation with recommendations for action*. Geneva: World Health Organization. Disponível em:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43778/9789241595711_eng.pdf?sessionid=16D017B94E2C23F9AFBCB69F337B4645?sequence=1
- 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. doi: 10.1037//0022-3514.51.6.1173
- Barros, P. D. Q., Pichelli, A. A. W. S., & Ribeiro, K. C. S. (2017). Associação entre o consumo de drogas e a ideação suicida em adolescentes. *Mental*, 11(21), 304-320. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v11n21/v11n21a02.pdf>
- Beautrais, A. L. (1996). *Serious Suicide Attempts in Young People: A Case Control Study* (Tese de Doutorado). Universidade de Ontago, Nova Zelândia. Disponível em:
<https://otago.ourarchive.ac.nz/bitstream/handle/10523/3396/BeautraisAnnetteL1996PhD.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 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. (2003). Life Course Factors Associated with Suicidal Behaviors in Young People. *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1137-1156. doi: 10.1177/0002764202250657
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., & Steer, R. A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147(2), 190-195. doi: 10.1176/ajp.147.2.190
- Beck, A. T., Steer, R.A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and Eventual Suicide: A 10-Year Prospective Study of Patients Hospitalized With Suicidal Ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142(5), 559-563. doi: 10.1176/ajp.142.5.559
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/18728483_The_Measurement_of_Pessimism_The_Hopelessness_Scale?enrichId=rgreq-76a9745328c3ad8b242535e259e2dd68-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzE4NDgzO0FTOjQ2MTM0MTMzMzk1NDU2MEAxNDg3MDAzNzUzMjgw&el=1_x_3&_esc=publicationCoverPdf

- Bedford, A. (1997). On Clark-Watson's Tripartite Model of Anxiety and Depression. *Psychological Reports*, 80(1), 125-126. doi: 10.1037//0021-843x.100.3.316
- Berman, A. L., Jobes, D. A., & Silverman, M. M. (2006). *Adolescent Suicide: Assessment and Intervention – Second Edition*. Washington: American Psychological Association.
- 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. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314848/pdf/15113490.pdf>
- Bilsen, J. (2018). Suicide and Youth: Risk Factors. *Frontiers in Psychiatry*, 9(540), 1-5. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00540
- Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 345-351. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n3/12.pdf>
- Bousoño, M., Al-Halabí, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz-Mesa, E. M., Galván, G.... Bobes, J. (2017). Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes. *Adicciones*, 29(2), 97-104. Disponível em: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/811>
- Braga, L. L., & Dell'Aglio, D. D. (2013). Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos*, 6(1), 2-14. doi: 10.4013/ctc.2013.61.01
- Brás, M. S. V. (2013). *Condutas suicidas: vulnerabilidade e prevenção em adolescentes* (Tese de Doutorado). Universidade do Algarve, Algarve. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.1/6704>
- Brás, M. S. V., Carmo, C. I. G., & Jesus, S. N. (2018). Reasons for living inventory for adolescents: psychometric properties among Portuguese adolescents. *Journal of Death and Dying*, 0(0), 1-12. doi: 10.1177/0030222818819340
- Brás, M., & Cruz, J. (2008). Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAV_N): Construção e validação numa população adulta. In A. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, & V. Ramalho (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilíbrios.
- Brás, M., Jesus, S., & Carmo, C. (2016). Fatores psicológicos de risco e protetores associados à ideação suicida em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(2), 132-149. doi: 10.15309/16psd170203
- Brausch, A. M., & Decker, K. M. (2014). Self-Esteem and Social Support as Moderators of Depression, Body Image, and Disordered Eating for Suicidal Ideation in Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(5), 779-789. doi: 10.1007/s10802-013-9822-0
- Brent, D. A., Poling, K. D., & Goldstein, T. R. (2011). *Treating Depressed and Suicidal Adolescents: A clinical Guide*. Nova Iorque: The Guildford Press. Disponível em: <https://www.guilford.com/excerpts/brent.pdf?t>

- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Nova Iorque: The Guilford Press.
- Cáceda, R. (2014). Suicidal behavior: Risk and protective factors. *Revista de Neuropsiquiatria*, 77(1), 3-18. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372033985002>
- Callear, A. L., Batterham, P. J., Christensen, H. (2014). Predictors of help-seeking for suicidal ideation in the community: Risks and opportunities for public suicide prevention campaigns. *Psychiatry Research*, 219(3), 525-530. doi: 10.1016/j.psychres.2014.06.027
- Cambridge University Press (2019). *Hopelessness*. Acedido a 12 de Agosto de 2019 em: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/hopelessness>
- Cardoso, G. T. (2016). *Comportamentos autolesivos e ideação suicida nos jovens* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Coimbra. Disponível em: <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/35146/1/Tese%20de%20Mestrado.pdf>
- 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. doi: 10.1006/jado.1999.0299
- Carvajal, G., & Caro, C. V. (2011). Ideación suicida en la adolescência: Una explicación desde três de sus variables associadas en Bogotá, 2009. *Colombia Médica*, 42(2), 45-56. Disponível em: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc11039>
- Carvalho, C. B., da Motta, C., Sousa, M., & Cabral, J. (2017). Biting myself so I don't bite the dust: prevalence and predictors of deliberate self-harm and suicide ideation in Azorean youths. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 39(3), 252-262. doi: 10.1590/1516-4446-2016-1923
- Carvalho, C. B., Nunes, C., Castilho, P., da Motta, C., Caldeira, S., & Pinto-Gouveia, J. (2015a). Mapping non suicidal self-injury in adolescence: Development and confirmatory factor analysis of the Impulse, Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents (ISSIQ-A). *Psychiatry Research*, 227(2-3), 238-245. doi: 10.1016/j.psychres.2015.01.031
- Carvalho, C., Cunha, M., Cherpe, S., Galhardo, A., & Couto, M. (2015b). Validação da versão portuguesa da Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children (CES-DC). *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(2), 46-57. doi: 10.7342/ismt.rpics.2016.2.1.18
- Ceballos-Ospino, G. A., Suarez-Colorado, Y., Suescún-Arregocés, J., Gamarra-Veja, L. M. González, K. E., & Sotelo-Manjarres, A. P. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 12(1), 15-22. doi: 10.21676/2389783X.1394
- Cenkseven-Önder, F. (2018). Social Support and coping styles in predicting suicide probability among Turkish adolescents. *Universal journal of educational research*, 6(1), 145-154. doi: 10.13189/ujer.2018.060114

- Centers for Disease Control and Prevention (2019). *Leading Causes of Death Reports 1981-2017*. Acedido a 11 de maio de 2019 em: <https://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/leadcause.html>
- Chatterjee, I., & Basu, J. (2010). Perceived causes of suicide, reasons for living and suicidal ideation among students. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 36(2), 311-316. Disponível em: <http://medind.nic.in/jak/t10/i2/jakt10i2p311.pdf>
- Child, D. (2006). *The Essentials of Factor Analysis, 3rd edition*. New York: Continuum.
- Committee on Adolescence (1996). *Adolescent Suicide*. Washington, DC: American Psychiatric Press. Disponível em: https://books.google.pt/books?id=EGmkxWi6xn8C&pg=PA15&hl=pt-PT&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false
- Committee on Adolescence (2000). Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics*, 105(4), 871-874. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/105/4/871.full.pdf>
- Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment Research & Evaluation*, 10(7), 1-9. doi: <https://doi.org/10.7275/jyj1-4868>
- Cruz, J. (2000). *Terapia cognitiva de los intentos de suicídio: Cambiando histórias de muerte por histórias de vida*. (Tese de Doutoramento), Universidade de Sevilha, Sevilha.
- Cruz, J. P. (2006). Memórias Traumáticas, Autonarrativas e Conduta Suicida: Um Ensaio Terapêutico. In P. J. Costa, C. M. L. Pires, J. Veloso, & C. T. L. Pires (Eds.), *Stresse Pós-Traumático: Modelos, Abordagens & Práticas* (pp. 47-70). Leiria: Editorial Diferença.
- Cummings, J. L. (2016). *Prevent suicide by recognizing early warning signs*. Acedido a 8 de Agosto de 2019 em: <https://cummingstinstitute.com/biodyne-model-therapists-masters-suicide-assessment-prevention/>
- Cummings, N. A. & Cummings, J. L. (2012). *Refocused psychotherapy as the first line intervention in behavioral health*. Nova Iorque: Routledge.
- Cunha, A. I., Major, S., & Relvas, A. P. (2017). Family Hardiness index. In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Avaliação Familiar: Vulnerabilidade, stress e adaptação* vol II (pp. 63-80). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. Disponível em: shorturl.at/swSU5
- 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. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/011d/ca69d8323e1b42aeea7634a553ce218e29b7.pdf>

- Decreto Lei nº 13/2013/A de 30 de agosto. Diário da República N.º 167 – 1ª série. Região Autónoma dos Açores – Assembleia Legislativa. Região Autónoma dos Açores.
- DGS (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017-pdf.aspx>
- DGS (2016). *Saúde Mental em Números – 2015: Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-saude-mental-em-numeros-201511.aspx>
- DGS (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-885309-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>
- Din, N. C., Ibrahim, N., Amit, N., Kadir, N. B. A., Halim, M. R. T. A. (2018). Reasons for living and coping with suicidal ideation among adolescents in Malaysia. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 25(5), 140-150. doi: 10.21315/mjms2018.25.5.13
- Do, R., Park, J., Lee, S., Cho, M., Kim, J., & Shin, M. (2019). Adolescents' Attitudes and Intentions toward Help-Seeking and Computer-Based Treatment for Depression. *Korean Neuropsychiatric Association*, 16(10), 728-736. doi: 10.30773/pi.2019.07.17.4
- Everymind (2015). *Prevention First (adapted): A framework for suicide prevention*. Newcastle, Austrália: Everymind. Disponível em: <http://s3-ap-southeast-2.amazonaws.com/everymind/assets/Uploads/Everymind-Prevention-First-Adapted-Framework.pdf>
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4(3), 272-299. doi: 10.1037/1082-989X.4.3.272
- Farberow, N. L. (2011). Preparatory and prior suicidal behavior factors. In L. Davidson & M. Linnoila (Eds.), *Risk Factors for Youth Suicide* (pp. 18-39). Nova York: Routledge. Disponível em: <https://books.google.pt/books?id=b789T2mFawcC&pg=PA18&lpg=PA18&dq=%22Suicide+does+not+just+occur.+Experience+has+shown+that+it+is+more+often+the+end+result+of+a+process+that+has+developed+over+a+period%22&source=bl&ots=Plingu0msV&sig=ACfU3U13JzXob683jCjGO3yy7HKe4yIDnA&hl=pt-PT&sa=X&ved=2ahUKEwiSurPwlPPjAhWuxoUKHVioCGsQ6AEwAHoECACQAQ#v=onepage&q=%22Suicide%20does%20not%20just%20occur.%20Experience%20has%20shown%20that%20it%20is%20more%20often%20the%20end%20result%20of%20a%20process%20that%20has%20developed%20over%20a%20period%22&f=false>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior*

- Research Methods*, 41, 1149-1160. Disponível em: https://www.psychologie.hhu.de/fileadmin/redaktion/Fakultaeten/Mathematisch-Naturwissenschaftliche_Fakultaet/Psychologie/AAP/gpower/GPower31-BRM-Paper.pdf
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191. Disponível em: https://www.psychologie.hhu.de/fileadmin/redaktion/Fakultaeten/Mathematisch-Naturwissenschaftliche_Fakultaet/Psychologie/AAP/gpower/GPower3-BRM-Paper.pdf
- Field, A. (2009). *Descobrimo a Estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: Artmed Editora
- Filho, A. E., & Guzzo, R. S. L. (2006). Fatores de risco e de proteção: percepção de crianças e adolescentes. *Temas em Psicologia*, 14(2), 125-141. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v14n2/v14n2a03.pdf>
- Fischer, E. H., & Turner, J. L. (1970). Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35(1), 79-90. doi: 10.1037/h0029636
- Flechner, S. (2013, novembro). *Pacientes adolescentes en riesgo: Un desafío para el analista*. Apresentado no I Colóquio Internacional Sobre Culturas Adolescentes, Argentina. Disponível em: <https://coloquio.sociedadescomplejas.org/pdfs/PDF-URUGUAY/FLECHNER-Silvia-Pacientes-adolescentes-en-riesgo.pdf>
- Fonseca, A., Silva, S., & Canavarro, M C. (2017). Características psicométricas do Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental: Estudo em mulheres no período perinatal. *Psychologica*, 60(2), 65-81. doi: 10.14195/1647-8606_60-2_4
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- 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(369), 1-13. doi:10.1186/1471-2458-8-369
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Bentley, K. H., Huang, X., Musacchio, K. M., Chang, B. P., ... Nock, M. K. (2017). Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta-Analysis of 50 Years of Research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187-232. doi: 10.1037/bul0000084
- Freitas, S. A. P. (2011). *Variáveis Predictoras da Ideação Suicida em Alcoólicos e Deprimidos* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Algarve, Algarve. Disponível em: https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/3152/1/Tese%20Vers%C3%A3o%20Final%20impresa_silvana.pdf

- Garcia, M. S. (2019). *Começar pelo início – o papel do acolhimento e integração nas intenções de saída dos colaboradores* (Dissertação de Mestrado). ISPA, Lisboa. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7323/1/23505.pdf>
- Garson, G. D. (2015). *Missing values analysis & data imputation*. Asheboro: Statistical Publishing Associates. Disponível em: http://www.statisticalassociates.com/missingvaluesanalysis_p.pdf
- Gerlsma, C., Van Der Lubbe, P. M., & Van Nieuwenhuizen, C. (1992). Factor analysis of the level of expressed emotion scale, a questionnaire intended to measure 'perceived expressed emotion'. *The British Journal of Psychiatry*, *160*(3), 385-389. doi: 10.1192/bjp.160.3.385
- Gomes, F. J. B. (2008). *Ideação Suicida nos Estudantes Universitários* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/4650/1/12499.pdf>
- Graham, J. W., Hofer, S. M., & MacKinnon, D. P. (1996). Maximizing the Usefulness of Data Obtained with Planned Missing Value Patterns: An Application of Maximum Likelihood Procedures. *Multivariate Behavioral Research*, *31*(2), 197-218. doi: 10.1207/s15327906mbr3102_3
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, *10*(113), 1-9. doi: 10.1186/1471-244X-10-113
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Brewer, J. L. (2012). A systematic review of help-seeking interventions for depression, anxiety and general psychological distress. *BMC Psychiatry*, *12*(81), 1-12. doi: 10.1186/1471-244X-12-81
- Gutierrez, P. M., & Osman, A. (2008). *Adolescent suicide: An integrated approach to the assessment of risk and protective factors*. Illinois: Northern Illinois University Press.
- Haavik, L., Joa, I., Hatloy, K., Stain, H. J., & Langeveld, J. (2017). Help seeking for mental health problems in an adolescent population: the effect of gender. *Journal of Mental Health*, 1-8. doi: 10.1080/09638237.2017.1340630
- Hardt, J., & Johnson, J. G. (2010). Suicidality, depression, major and minor negative life events: a mediator model. *GMS Psycho-Social Medicine*, *7*, 1-8. doi: 10.3205/psm000067
- Hardt, J., Herke, M., & Schier, K. (2011). Suicidal Ideation, Parent–Child Relationships, and Adverse Childhood Experiences: A Cross-Validation Study Using a Graphical Markov Model. *Child Psychiatry & Human Development*, *42*(2), 119-133. doi: 10.1007/s10578-010-0203-4.
- Harris, K. M., Syu, J., Lello, O. D., Chew, Y. L. E., Willcox, C. H., & Ho, R. H. M. (2015). The ABC's of suicide risk assessment: applying a tripartite approach to individual evaluations. *Plos One*, *10*(6), 1-21. doi: 10.1371/journal.pone.0127442

- Hauser, M., Galling, B., & Correll, C. U. (2013). Suicidal ideation and suicide attempts in children and adolescents with bipolar disorder: a systematic review of prevalence and incident rates, risk factor, and targeted interventions. *Bipolar Disorders*, *15*(5), 507-523. doi: 10.1111/bdi.12094
- Hinton, P. R., McMurray, I., & Brownlow, C. (2014). *SPSS Explained*. East Sussex: Routledge.
- Hom, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E. (2015). Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, *40*, 28-39. doi: 10.1016/j.cpr.2015.05.006
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling*, *6*(1), 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118
- Huang, M. F., Yen, C. F., & Lung, F. W. (2010). Moderators and mediators among panic, agoraphobia symptoms, and suicidal ideation in patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *51*(3), 243-249. doi: 10.1016/j.comppsy.2009.07.005
- Husky, M. M., Olfson, M., He, J., Nock, M. K., Swanson, A., & Merikangas, K. R. (2012). Twelve-Month Suicidal Symptoms and Use of Services Among Adolescents: Results From the National Comorbidity Survey. *Psychiatric Services*, *63*(10), 989-996. doi: 10.1176/appi.ps.201200058
- Hyland, P., Boduszek, D., Dhingra, K., Shevlin, M., Maguire, R., & Morley, K. (2014). A test of the inventory of attitudes toward seeking mental health services. *British Journal of Guidance & Counselling*, *43*(4), 397-412. doi:10.1080/03069885.2014.963510
- IBM Corporation (2016). *IBM SPSS Missing Values 24*. Disponível em: ftp://public.dhe.ibm.com/software/analytics/spss/documentation/statistics/24.0/pt-BR/client/Manuals/IBM_SPSS_Missing_Values.pdf
- Ibrahim, N., Amit, N., Shahar, S., Wee, L., Ismail, R., Khairuddin, R., Safien, A. M. (2019). Do depression literacy, mental illness beliefs and stigma influence mental health help-seeking attitude? A cross-sectional study of secondary school and university students from B40 households in Malaysia. *BMC Public Health*, *19*(4), 1-8. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-019-6862-6>
- Iglewicz, B., & Hoaglin, D. C. (1993). *How to detect and handle outliers*. Wisconsin: ASQC.
- Instituto Nacional de Estatística (2019). *Causas de Morte 2017*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=359917289&att_display=n&att_download=y

- Jessor, R., Turbin, M. S., & Costa, F. M. (1998). Risk and Protection in Successful Outcomes Among Disadvantaged Adolescents. *Applied Developmental Science*, 2(4), 194-208. doi: 10.1207/s1532480xads0204_3
- Jiajun, L. (2015). *Structure of Chinese Values: Indigenous and Cross-Culture Perspectives*. China: Paths International. Disponível em: https://books.google.pt/books?id=64laDwAAQBAJ&pg=PA1&hl=pt-PT&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false
- Jorm, A. F., Wright, A., & Morgan, A. J. (2007). Where to seek help for a mental disorder: National survey of the beliefs of Australia youth and their parents. *MJA*, 187(10), 556-560. Disponível em: https://www.mja.com.au/system/files/issues/187_10_191107/jor10336_fm.pdf
- Jose, P.E. (2013). *ModGraph-I: A programme to compute cell means for the graphical display of moderational analyses: The internet version, Version 3.0*. Victoria University of Wellington, Wellington, New Zealand. Disponível em: <https://psychology.victoria.ac.nz/modgraph/>
- Kantor, V., Knefel, M., & Lueger-Schuster, B. (2017). Investigating institutional abuse survivors' help-seeking attitudes with the Inventory of Attitudes towards Seeking Mental Health Services. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), 1-11. doi: 10.1080/20008198.2017.1377528
- Kaslow, N. J. (2014). *Suicidal Behavior in Children and Adolescents*. Disponível em: <https://www.apa.org/about/governance/president/suicidal-behavior-adolescents.pdf>
- Keiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39(1), 31-36. Disponível em: https://jaltcue.org/files/articles/Kaiser1974_an_index_of_factorial_simplicity.pdf
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling*. Nova Iorque: The Guilford Press.
- Kuczynski, E. (2014). Suicídio na infância e adolescência. *Psicologia USP*, 25(3), 246-252. doi: 10.1590/0103-6564D20140005
- Labouliere, C. D., Kleinman, M., & Gould, M. S. (2015). When Self-Reliance Is Not Safe: Associations between Reduced Help-Seeking and Subsequent Mental Health Symptoms in Suicidal Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(4), 3741-3755. doi: 10.3390/ijerph120403741
- Laranjeira, P. I. C. (2015). *A relação entre depressão e ideação suicida em jovens adultos: O papel mediador da desesperança e da dor mental* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Évora, Évora. Disponível em: <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/16838/1/A%20rela%C3%A7%C3%A3o%20entre%20depress%C3%A3o%20e%20idea%C3%A7%C3%A3o%20suicida%20em%20jovens%20adultos%20>

%20O%20papel%20mediador%20da%20desesperan%C3%A7a%20e%20da%20odor%20mental.pdf

- Laufer, M. E. (1995). Depression and Self-Hatred. In M. Laufer (Ed.), *The suicidal adolescent* (pp. 21-28). Londres: Karnac Books. Disponível em: https://books.google.pt/books?id=HsKFjDND5N0C&pg=PR7&hl=pt-PT&source=gbs_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=true
- 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
- Levine, D. M., & Landon, B. E. (2018). It's not just about how much you've paid. *Journal of General Internal Medicine*, 33(6), 779-780. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11606-018-4394-x.pdf>
- Lheureux, F. (2015). Validation française de l'Inventaire d'attitudes envers le recours aux services de santé mentale. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 47(4), 333-336. doi: 10.1037/cbs0000020
- Lifeline Australia (2016). *What is Help-Seeking*. Disponível em: <https://www.lifeline.org.au/static/uploads/files/what-is-help-seeking-wfbjnquzucnk.pdf>
- Lima, F. (2016). *Suicídios nos Grupo Oriental dos Açores – Análise Casuística* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Coimbra. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/34249>
- 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. doi: 10.1037/0022-006X.51.2.276
- Liu, R.T. & Miller, I. (2014). Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 181-192. doi: 10.1016/j.cpr.2014.01.006
- Mackenzie, C., Knox, V., Gekoski, W., & Macaulay, H. (2004). An adaptation and extension of the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(11), 2410-2435. doi:10.1111/j.1559-1816.2004.tb01984.x
- Magnani, R. M., & Staudt, A. C. P. (2018). Estilos Parentais e Suicídio na Adolescência: Uma Reflexão Acerca dos Fatores de Proteção. *Pensando Famílias*, 22(1), 75-86. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v22n1/v22n1a07.pdf>
- Malone, K.M., Oquendo, M. A., Haas, G. L., Ellis, S. P., Li, S., & Mann, J. (2000). Protective Factors Against Suicidal Acts in Major Depression: Reasons for Living. *American Journal of Psychiatry*, 157(7), 1084-1088. doi: 10.1176/appi.ajp.157.7.1084

- Mangnall, J., & Yurkovich, E. (2008). A literature review of deliberate self-harm. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(3), 175-184. doi: 10.1111/j.1744-6163.2008.00172.x
- 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. W., Berman, A. L., & Silverman M. M. (2000). The theoretical component in suicidology. In R. W. Maris, A. L. Breman, & M. M. Silverman (Eds.), *Comprehensive textbook of suicidology* (pp. 26–61). Nova Iorque: Guilford Press. Disponível em: https://books.google.pt/books?id=ZixoFAPnPMC&pg=PA10&hl=pt-PT&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q=%22pathway%22&f=true
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, softwares e aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach. Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90. Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/download/763/706>
- Medeiros, P. M. C. (2016). *Autodano e ideação suicida em indivíduos com patologia psiquiátrica* (Dissertação de Mestrado). Universidade dos Açores, Açores. Disponível em: <https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/3933/1/DissertMestradoPaulaMicaelCostaMedeiros2016.pdf>
- Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., & Leichtweis, R. N. (2015). Role of Social Support in Adolescent Suicidal Ideation and Suicide Attempts. *Journal of Adolescent Health*, 56(3), 286-292. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.10.265
- Mitel, A. V. (2006). *Trends in educational psychology*. Nova Iorque: Nova Science Publishers.
- Moreira, L. C. O., & Bastos, P. R. H. O. (2015). Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. *Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 19(3), 445-453. doi: 10.1590/2175-3539/2015/0193857
- Moscicki, E. K. (2001). Epidemiology of completed and attempted suicide: towards a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research*, 1(5), 310-323. doi: 10.1016/S1566-2772(01)00032-9
- Nagai, S. (2015). Predictors of help-seeking behavior: Distinction between help-seeking intentions and help-seeking behavior. *Japanese Psychological Research*, 57(4), 313-322. doi: 10.1111/jpr.12091
- Naghavi, M. (2019). Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ*, 364(194), 1-11. doi: 10.1136/bmj.194

- Nam, E. J., & Lee, J. E. (2019). Mediating effects of social support on depression and suicidal ideation in older Korean adults with hypertension who live alone. *Journal of Nursing Research*, 27(3), 1-8. doi: 10.1097/jnr.0000000000000292
- Nam, S. K., Chu, H. J., Lee, M. K., Lee, J. H., Kim, N., & Lee, S. M. (2010). A meta-analysis of gender difference in attitudes toward seeking professional psychological help. *Journal of American College Health*, 59(2), 110-116. doi: 10.1080/07448481.2010.483714
- National Strategy for Suicide Prevention (2001). *Glossary of suicide prevention terms*. Disponível em: <https://www.sprc.org/sites/default/files/migrate/library/glossary.pdf>
- Neves, M. F. B. V., & Santos, J. C. (2016). Mental health and suicidal behaviors in adolescents from a Portuguese Island. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(10), 77-84. doi: 10.12707/RIV15028
- Nunes (2012). *Auto-dano e ideação suicida na população adolescente: aferição do questionário de impulso, auto-dano e ideação suicida na adolescência (QIAIS-A)* (Dissertação de Mestrado). Universidade dos Açores, Açores. Disponível em: <https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/1985/1/DissertMestradoCarolinaPortugalSousaNunes2013.pdf>
- O'Connell, M. E., Boat, T., & Warner, K. E. (2009). *Preventing Mental, Emotional and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities*. Washington, D.C.: The National Academies Press. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32775/pdf/Bookshelf_NBK32775.pdf
- O'Connor, R. C. (2011a). The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior. *Crisis*, 32(6), 295-298. doi: 10.1027/0227-5910/a000120
- O'Connor, R. C. (2011b). Toward an integrated motivational – volitional model of suicidal behavior. In R. C. O'Connor, S. Platt, & J. Gordon (Eds.), *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice* (pp. 181–198). Chichester: Wiley Blackwell. Disponível em: https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=3ALd1O4bZnQC&oi=fnd&pg=PA181&dq=integrated+motivational-volitional+model+of+suicide&ots=vMHToZ-zqa&sig=NkVRC1N2Ji0r8foMiDzBfKuneXM&redir_esc=y#v=onepage&q=integrated%20motivational-volitional%20model%20of%20suicide&f=false
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions B*, 373(1754), 2017-2068. doi: 10.1098/rstb.2017.0268
- O'Connor, R.C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70222-6
- Olfson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Bridge, J. A., Liu, S., & Blanco, C. (2018). Suicide after deliberate self-harm in adolescents and young adults. *Pediatrics*, 141(4), e20173517. doi: 10.1542/peds.2017-3517

- Olliac, B., Benarous, X., Revet, A., Cohen, D., Falissard, B., & Raynaud, J. P. (2018). Life events: Worries and Suicide Attempts Implications in Adolescents. *Neuropsychiatry*, 8(1), 8-17. doi: 10.4172/Neuropsychiatry.1000318
- Ordem dos Psicólogos Portugueses – OPP (2013). *Prevenção e Intervenção no Suicídio*. Lisboa. Disponível em: http://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/prev_e_interv_psic_suic.pdf
- Organização Mundial da Saúde – OMS (2000). *Prevenção do suicídio: Manual para professores e educadores*. Genebra: Organização Mundial de Saúde Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_educ_port.pdf
- Organização Mundial da Saúde – OMS (2006). *Orientation Programme on Adolescent Health for Health-Care Providers: Handout New Modules*. Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/9241591269_op_handout.pdf
- Organização Mundial da Saúde – OMS (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Genebra: WHO Document Production Services. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf?sequence=1
- Organização Mundial da Saúde – OMS (2018a). *Suicide rate estimates, age-standardized estimates by country*. Acedido a 10 de maio de 2019 em: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDEASDR?lang=en>
- Organização Mundial da Saúde – OMS (2018b). *Adolescent mental health in the European Region*. Dinamarca: World Health Organization Regional Office for Europe. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/383891/adolescent-mh-fs-eng.pdf?ua=1
- Organização Mundial da Saúde – OMS (2018c). *Suicide rate estimates, age-standardized Estimates by WHO region*. Acedido a 10 de maio de 2019 em: <https://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDEASDRREGV?lang=en>
- Organização Mundial da Saúde – OMS (2019a). *Risk Factors*. Acedido a 17 de julho de 2019 em: https://www.who.int/topics/risk_factors/en/
- Organização Mundial da Saúde – OMS (2019b). *Suicide data*. Acedido a 10 de maio de 2019 em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- Organização Mundial da Saúde – OMS (s.d.). *Child and adolescent health and development: Adolescent health and development*. Acedido a 3 de Agosto de 2019 em: http://www.searo.who.int/entity/child_adolescent/topics/adolescent_health/en/
- Osman, A., Downs, W., Kopper, B., Barrios, F., Baker, M., Osman, J. R., . . . Linehan, M. (1998a). The Reasons for Living Inventory for Adolescents (RFL-A):

- Development and psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology*, 54(8), 1063-1078. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199812)54:83.0.CO;2-Z.
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Kopper, B. A., Barrios, F. X., & Chiros, C. E. (1998b). The positive and negative suicide ideation inventory: Development and validation. *Psychological Reports*, 82(3), 783-793. doi: 10.2466/pr0.1998.82.3.783
- Osman, A., Kopper, B. A., Barrios, F. X., Osman, J. R., Besett, T., & Linehan, M. (1996). The brief reasons for living inventory for adolescents (BRFL-A). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(4), 433-443. doi: 10.1007/BF01441566
- Oxford University Press (2019). *Suicide*. Acedido a 10 de maio de 2019 em: <https://en.oxforddictionaries.com/definition/suicide>
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 17(3), 547-558. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf>
- Pais-Ribeiro, J. L. (2011). *Escala de Satisfação com o Suporte Social*. Lisboa: Placebo Editora. Disponível em: http://sp-ps.pt/uploads/publicacoes/118_c.pdf
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. Maidenhead: Open University Press.
- Papalia, D. E., & Olds, S. W. (1981). Desenvolvimento na adolescência. In D. E. Papalia, & S. W. Olds (Eds.), *O mundo da criança: da infância à adolescência* (pp. 445-532). São Paulo: McGraw-Hill.
- Parritz, R. H., & Troy, M. F. (2014). *Disorders of childhood: Development and psychopathology*. Belmont: Wadsworth, Cengage Learning. Disponível em: https://books.google.pt/books?id=VAj2rPTN1j0C&pg=PA1&hl=pt-PT&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q=risk%20factor&f=false
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto, A., Whisman, M. A., & Conwell, Y. (1998). Reasons for living in a clinical sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, 21(4), 397-405. doi: 10.1006/jado.1998.0173
- 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
- Preacher, K. J., & Leonardelli, G. J. (2001). *Calculation for the Sobel test: An interactive calculation tool for mediation tests*. Disponível em: <http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm>

- Radloff, L. S. (1977). The CES-D- Scale: A self-report depression scale for research in general population. *Applied psychological measurement*, 1(3), 385-401. doi: 10.1177/014662167700100306
- Reinherz, H. Z., Tanner, J. L., Berger, S. R., Beardslee, W. R., & Fitzmaurice, G. M. (2006). Adolescent Suicidal Ideation as Predictive of Psychopathology Suicidal Behavior, and Compromised Functioning at Age 30. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1226-1232. doi: 10.1176/appi.ajp.163.7.1226
- Rew, L., Young, C., Brown, A., & Rancour, S. (2016). Suicide Ideation and Life Events in a Sample of Rural Adolescents. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 198-203. doi: 10.1016/j.apnu.2015.08.012
- Reynders, A., Kerkhof, A. J. F. M., Molenberghs, G., & Audenhove, C. V. (2014). Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(2), 231-239. doi: 10.1007/s00127-013-0745-4
- Rickwood, D., & Thomas, K. (2012). Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychology Research and Behaviour Management*, 5, 173-183. doi: 10.2147/PRBM.S38707
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH)*, 4(3), 1-34. doi: 10.5172/jamh.4.3.218
- Rickwood, D., Thomas, K., & Bradford, S. (2012). *Help-seeking measures in mental health: a rapid review*. New South Wales: The Sax Institute. Disponível em: https://www.saxinstitute.org.au/wp-content/uploads/02_Help-seeking-measures-in-mental-health.pdf
- Róias, C. P. C. (2015). *Autodano e ideação suicida na população estudantil da Universidade dos Açores (Campus de Ponta Delgada)* (Dissertação de Mestrado). Universidade dos Açores, Açores. Disponível em: <https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/3782/1/DissertMestradoCarlaPatriciaCostaRoias2016.pdf>
- Rovai, A. P., Baker, J. D., & Ponton, M. K. (2014). *Social Science Research Design and Statistics: Practitioner's Guide to Research Methods IBM SPSS Analysis*. Chesapeake: Watertree Press.
- Rudd, M. D., Joiner, T. E., & Rajab, M. H. (1995). Help negation after acute suicidal crisis. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 63(3), 499-503. doi: 10.1037/0022-006X.63.3.499
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611. doi: 10.1192/bjp.147.6.598
- Sandin, B., Chorot, P., Santed, M. A., Valiente, R. M., & Joiner, T. E. (1998). Negative life events and adolescent suicidal behaviour: a critical analysis from the stress

process perspective. *Journal of Adolescence*, 21(4), 415-426. doi: 10.1006/jado.1998.0172

- Schermelleh-Engel, K., & Moosbrugger, H. (2003). Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23-74. Disponível em: http://www.stats.ox.ac.uk/~snijders/mpr_Schermelleh.pdf
- Seyfi, F., Poudel, K. C., Yasuoka, J., Otsuka, K., & Jimba, M. (2013). Intention to seek professional psychological help among college students in Turkey: influence of help-seeking attitudes. *BMC Research Notes*, 6(519), 1-9. doi: 10.1186/1756-0500-6-519
- Shaheen, H., & Jahan, M. (2017). Student stress and suicidal ideation: the role of social support from family, friends and significant others. *International Journal of Humanities and Social Science Invention*, 6(9), 21-32. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/cc8/a29238be4044a1e9ed455196b681ed86c7d0.pdf>
- Shneidman, E. (1985). *Definition of Suicide*. Maryland: Rowman & Littlefield Publishers.
- Shneidman, E. (1993). *Suicide as psychache. A clinical approach to self-destructive behavior*. New Jersey: Jason Aronson.
- Shneidman, E. S. (2004). *Autopsy of a Suicidal Mind*. Nova Iorque: Oxford University Press.
- Silva (2015). *Intenções e comportamentos efetivos de procura de ajuda das mulheres para lidar com dificuldades emocionais: Barreiras e facilitadores no período perinatal* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Coimbra. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/31510/1/TESE%20MIP%20-%20Sheila%20Silva.pdf>
- Sobrinho, A. T., & Campos, R. C. (2016). Perceção de acontecimentos de vida negativos, depressão e risco de suicídio em jovens adultos. *Análise Psicológica*, 1(XXXIV), 47-59. doi: 10.14417/ap.1061
- Statistics Canada (2019). *Table 13-10-0394-01: Leading causes of death, total population, by age group*. Acedido a 11 de maio de 2019 em: <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310039401&pickMembers%5B0%5D=2.1&pickMembers%5B1%5D=3.1>
- Stoep, A. V., McCauley, E., Flynn, C., & Stone, A. (2009). Thoughts of Death and Suicide in Early Adolescence. *Suicide Life Threat Behavior*, 39(6), 599-613. doi: 10.1521/suli.2009.39.6.599
- Suicide Prevention Resource Center - SPRC, & Rodgers, P. (2011). *Understanding risk and protective factor for suicide: A primer for preventing suicide*. Newton, MA: Education Development Center, Inc. Disponível em: <https://www.sprc.org/sites/default/files/migrate/library/RiskProtectiveFactorsPrimer.pdf>

- Swanson, S. A., Crown, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714-723. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.22
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics*. New Jersey: Pearson.
- Tang, J., Yu, Y., Wu, Y., Du, Y., Ma, Y., Zhu, H., ... Liu, Z. (2011). Association between Non-Suicidal Self-Injuries and Suicide Attempts in Chinese Adolescents and College Students: A Cross-Section Study. *Plos One*, 6(4), e17977. doi: 10.1371/journal.pone.0017977
- Tieu, Y., Konnert, C., & Quiglye, L. (2018). Psychometric Properties of the Inventory of Attitudes Toward Seeking Mental Health Services (Chinese Version). *Canadian Journal on Aging*, 37(2), 234-244. doi: 10.1017/S0714980818000041
- Tuliao, A. P., Hechanova, M. R. M., & Velasquez, P. A. E. (2019). Psychometric properties of the English and Filipino version of the inventory of attitudes towards seeking mental help services. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*, 10(1), 21-39. doi: 10.1080/21507686.2018.1552880
- U.S Public Health Service (1999). *The Surgeon General's call to action to prevent suicide*. Washington: Department of Health and Human Service. Disponível em: <https://www.sprc.org/resources-programs/surgeon-generals-call-action-prevent-suicide>
- U.S. Department of Health and Human Services (HHS) Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention (2012). *2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action*. Washington, DC: HHS. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK109917/>
- Van Heeringen, K. C., Hawton, K., & Williams, J. M. G. (2000). Pathways to suicide: an integrative approach. In K. Hawton & K. Van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 223-234). West Sussex: John Wiley & Sons. Disponível em: https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=swbMhfC2D3AC&oi=fnd&pg=PA223&dq=Pathways+to+suicide+%3B+an+integrative+approach&ots=o7xOgYETor&sig=1I-9Gd1ZPPNgXSQdEtBLTsTHfEM&redir_esc=y#v=onepage&q=%22suicidal%20process%22&f=true
- Vieira, S. (2009). *Como elaborar questionários*. São Paulo: Editora Atlas.
- Waldmann, T., Staiger, T., Oexle, N., & Rüsche, N. (2019). Mental health literacy and help-seeking among unemployed people with mental health problems. *Journal of Mental Health*, 12, 1-7. doi: 10.1080/09638237.2019.1581342
- Watkins, M. W. (s.d.). Monte Carlo PCA for Parallel Analysis [Software de Computador].
- Watson, J.C. (2005). College Student-Athletes' Attitudes Toward Help-Seeking Behavior and Expectations of Counseling Services. *Journal of College Student Development*, 46(4), 442-449. doi: 10.1353/csd.2005.0044

- Weinstein, S. V., Burdin, M. V., & Shabalin, E. Y. (2015). Inventory of attitudes toward seeking mental health services (Russian Version): a pilot study of psychometric properties. *Perm University Herald Series Philosophy. Psychology. Sociology*, 3(23), 81-96. Disponível em: <https://bit.ly/2ZNnbbQ>
- Weissman, M. M., Orvaschel, H., & Padian, N. (1980). Children's symptom and social functioning self-report scales. *The journal of nervous and mental disease*, 168(2), 736-740. doi: 10.1097/00005053-198012000-00005
- 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
- Werlang, B. S. G., Borges, V. R., Fensterseifer, L. (2005). Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de psicológica*, 39(2), 259-266. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/26610518_Fatores_de_Risco_ou_Protecao_para_a_Presencade_Ideacao_Suicida_na_Adolescencia
- Whitlock, J., & Knox, K. L. (2007). The Relationship Between Self-Injurious Behavior and Suicide in a Young Adult Population. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161(7), 634-640. doi: 10.1001/archpedi.161.7.634
- Wilde, E.J., Kienhorst, I. C. W. M., & Diekstra, R. F. W. (2001). Suicidal behavior in adolescents. In I. M. Goodyer (Ed.), *The depressed child and adolescent* (pp. 267-291). Nova Iorque: Cambridge University Press. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/233456332_Suicidal_Behavior_in_Adolescents
- Wilson, C. J., Deane, F. P., Ciarrochi, J., & Rickwood, D. (2005a). Measuring help-seeking intentions: Properties of the General Help-Seeking Questionnaire. *Canadian Journal of Counselling*, 39(1), 15-28. Disponível: <https://pdfs.semanticscholar.org/d31b/e74288542a115e6cc61cd33b8367a5ed1fc6.pdf>
- Wilson, C. J., Deane, F. P., Ciarrochi, J. (2005b). Can hopelessness and adolescents' beliefs and attitudes about seeking help account for helping negation?. *Journal of Psychology*, 61(12), 1525-1539. doi: 10.1002/jclp.20206
- 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, X. 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
- Wolfe, K. L., Nakonezny, P. A., Owen, V. J., Rial, K. V., Moorehead, A. P., Kennard, B. D., & Emslie, G. J. (2017). Hopelessness as a predictor of suicide ideation in depressed male and female adolescent youth. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 49(1), 1-11. doi: 10.1111/sltb.12428

- 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. doi: 10.1521/suli.2010.40.5.438
- Yang, B., & Clum, G. (1996). Effects of early negative life experiences on cognitive functioning and risk for suicide: A review. *Clinical Psychology Review*, *16*(3), 177-195. doi: 10.1016/S0272- 7358(96)00004-9

6. Anexos

Anexo A. Estudos que analisaram as propriedades psicométricas do Inventário de Atitudes face à Procura de Ajuda

Anexo A*Estudos que analisam as propriedades psicométricas do Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental (IAPSSM)*

Estudo	Nº de estudos	Língua/País	Amostra	Participantes	Número de itens	Estrutura Fatorial	Fatores	Fiabilidade
Mackenzie, Knox, Gekosko, & Macaulay (2004)	Estudo 1	Inglês – Canadá	N = 208	População geral (dos 15-89 anos)	24 itens	3 (três fatores)	Abertura psicológica (AP) Propensão para a procura de ajuda (PPA) Indiferença ao estigma (IE)	Alfa de Cronbach Escala Total: $\alpha = .87$ AP: $\alpha = .82$ PPA: $\alpha = .76$ IE = $\alpha = .79$
Mackenzie, Knox, Gekosko, & Macaulay (2004)	Estudo 2	Inglês – Canadá	N = 297	Estudantes universitários (Média de idade 21 anos)	24 itens	3 (três fatores)	Abertura psicológica (AP) Propensão para a procura de ajuda (PPA) Indiferença ao estigma (IE)	Sem informação

Anexo A*Estudos que analisam as propriedades psicométricas do Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental (IAPSSM)*

Estudo	Nº de estudos	Língua/País	Amostra	Participantes	Número de itens	Estrutura Fatorial	Fatores	Fiabilidade
Mackenzie, Knox, Gekosko, & Macaulay (2004)	Estudo 3	Inglês - Canadá	N = 23	Estudantes universitários (Média de idade 21.10 anos)	24 itens	3 (três fatores)	Abertura psicológica (AP) Propensão para a procura de ajuda (PPA) Indiferença ao estigma (IE)	Sem informação
Hyland e colaboradores (2014)	_____	Inglês - Irlanda	N = 331	Polícias (dos 20 aos 77 anos)	24 itens	3 (três fatores)	Abertura psicológica (AP) Propensão para a procura de ajuda (PPA) Indiferença ao estigma (IE)	Índice de Fiabilidade Compósita AP: $\rho_c = .70$ PPA: $\rho_c = .76$ IE = $\rho_c = .77$

Anexo A

Estudos que analisam as propriedades psicométricas do Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental (IAPSSM)

Estudo	Nº de estudos	Língua/País	Amostra	Participantes	Número de itens	Estrutura Fatorial	Fatores	Fiabilidade
Lheureux (2015)	—	Francês - França	N = 702	Franceses (dos 17 aos 66 anos)	24 itens	3 (três fatores)	Abertura psicológica (AP) Propensão para a procura de ajuda (PPA) Indiferença ao estigma (IE)	Alfa de Cronbach AP: $\alpha = .71$ PPA: $\alpha = .76$ IE = $\alpha = .76$
Weinstein, Burdin e Shabalin (2015)	—	Russo - Rússia	N = 153	Adultos (dos 18 aos 62)	24 itens	4 (quatro fatores)	Reconhecimento da necessidade de ajuda psicológica (RNAP) Confiança nos profissionais de saúde mental (CPSM) Propensão para a procura de ajuda (PPA) Indiferença ao estigma (IE)	4 fatores 3 fatores Escala Total: $\alpha = .85$ RNAP: $\alpha = .63$ CPSM: $\alpha = .65$ PPA: $\alpha = .77$ IE: $\alpha = .84$

Anexo A*Estudos que analisam as propriedades psicométricas do Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental (IAPSSM)*

Estudo	Nº de estudos	Língua/País	Amostra	Participantes	Número de itens	Estrutura Fatorial	Fatores	Fiabilidade
Fonseca, Silva e Canavarro (2017)	—	Português - Portugal	N = 175	Mulheres no período perinatal (Média de idade 29.84 anos)	24 itens	3 (três fatores)	Abertura psicológica (AP) Propensão para a procura de ajuda (PPA) Indiferença ao estigma (IE)	Alfa de Cronbach Escala Total: $\alpha = .83$ AP: $\alpha = .63$ PPA: $\alpha = .75$ IE = $\alpha = .83$
Kantor, Knefel e Luger-Schuster (2017)	—	Alemão – Áustria	N = 220	Adultos que sobreviveram a abuso institucional (dos 29 aos 87 anos)	24 itens	3 (três fatores)	Abertura psicológica (AP) Propensão para a procura de ajuda (PPA) Indiferença ao estigma (IE)	Alfa de Cronbach Escala Total: $\alpha = .84$ AP: $\alpha = .67$ PPA: $\alpha = .80$ IE = $\alpha = .77$

Anexo A*Estudos que analisam as propriedades psicométricas do Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental (IAPSSM)*

Estudo	Nº de estudos	Língua/País	Amostra	Participantes	Número de itens	Estrutura Fatorial	Fatores	Fiabilidade
Tieu, Konnert e Quigley (2018)	—	Chinês (Cantonês e Mandarim) – Estudo realizado no Canadá com sujeitos Chineses	N = 200	Adultos (Imigrantes) (dos 55 aos 95 anos)	20 itens	3 (três fatores)	Abertura psicológica (AP) Propensão para a procura de ajuda (PPA) Indiferença ao estigma (IE)	Alfa de Cronbach Escala Total: $\alpha = .75$ AP: $\alpha = .59$ PPA: $\alpha = .79$ IE = $\alpha = .77$
Tuliao, Hechanova e Veladquez (2019)	Estudo da versão em inglês	Inglês-Filipinas	N = 359	Estudantes Universitários (média de idade 17.69)	20 itens	3 (três fatores)	Abertura psicológica (AP) Propensão para a procura de ajuda (PPA) Indiferença ao estigma (IE)	Alfa de Cronbach AP: $\alpha = .63$ PPA: $\alpha = .71$ IE = $\alpha = .84$

Anexo A

Estudos que analisam as propriedades psicométricas do Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental (IAPSSM)

Estudo	Nº de estudos	Língua/País	Amostra	Participantes	Nº de itens	Estrutura Fatorial	Fatores	Fiabilidade
Tuliao, Hechanova e Veladquez (2019)	Estudo da versão em filipino	Filipino - Filipinas	N = 374	Trabalhadores Emigrantes (média de idade 33.19)	20 itens	3 (três fatores)	Abertura psicológica (AP) Propensão para a procura de ajuda (PPA) Indiferença ao estigma (IE)	Alfa de Cronbach AP: $\alpha = .58$ PPA: $\alpha = .76$ IE = $\alpha = .75$

Anexo B. Exemplar de pedido de autorização para utilização de instrumento ao autor¹⁰

¹⁰ Os endereços de e-mail presentes no anexo foram ocultados por uma questão de confidencialidade.



ANA MARGARIDA CASTANHEIRA DA CUNHA

qui, 15/08/2019 14:29



Exma. Senhora Doutora Marina Cunha,

O meu nome é Ana Cunha e frequento o Mestrado em Psicologia Clínica, na Universidade do Algarve.

No âmbito da minha dissertação de mestrado, estou a iniciar uma investigação, sob orientação da Professora Doutora Marta Brás. Esta investigação incide sobre o estudo da ideação suicida (e fatores associados) nos adolescentes da ilha de São Miguel (Açores).

Deste modo, venho por este meio solicitar a sua autorização para utilizar a versão portuguesa da *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children (CES-DC)*, na dissertação suprarreferida.

Ainda, se possível, solicito a V. Ex.^a a disponibilização do instrumento, no sentido de viabilizar a sua aplicação.

Encontro-me disponível para esclarecer qualquer questão que pretenda colocar.

Agradecida pela atenção dispensada.

Cumprimentos,
Ana Cunha

Anexo C. Pedido de autorização à Direção Regional da Educação (DRE) para a realização do estudo, nas escolas da ilha de São Miguel (Açores)

Assunto: Pedido de Autorização – Realização de estudo para dissertação de mestrado

Exmo. Senhor Diretor Regional da Educação Rodrigo Augusto Morais dos Reis,

Eu, Ana Margarida Castanheira da Cunha, estou a realizar uma investigação no âmbito da dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde (Universidade do Algarve – UAlg), intitulada “Ideação suicida nos adolescentes da ilha de São Miguel (Açores): Análise dos fatores de risco e de proteção”, encontrando-se todo o curso do presente estudo sob a orientação da Professora Doutora Marta Brás.

Considerando-se que o suicídio é a segunda maior causa de morte nos jovens (OMS, 2013) múltiplas investigações têm vindo a ser realizadas no sentido de compreender quais os fatores que são implicados no decurso desta problemática, sendo destacados na literatura os fatores de risco, como é o caso da psicopatologia, e os fatores de proteção, como a procura de ajuda/help-seeking. Deste modo, é de extremo interesse que seja aprofundada a investigação nesta área do conhecimento, especialmente na Região Autónoma dos Açores onde, de acordo com a DGS (2016), a taxa de suicídio em jovens (particularmente, do sexo masculino) é “preocupante”.

Ao longo dos anos têm vindo a ser desenvolvidas diversas investigações na Região Autónoma dos Açores, muitas das quais se focalizam na população adolescente e/ou jovem. Múltiplos estudos têm revelado dados alarmantes, principalmente, no que é relativo às taxas de ideação suicida nestes adolescentes, surtindo algumas preocupações a este nível, destacando-se que em alguns dos estudos realizados a prevalência de ideação suicida se manifesta em mais de metade dos sujeitos estudados. Deste modo, é fulcral a valorização da investigação sobre o suicídio (e as diversas vertentes do mesmo) nos adolescentes da Região Autónoma dos Açores, uma vez que o estudo desta área temática é um meio essencial para conhecer a realidade e agir sobre o futuro.

Tendo em consideração os dados estatísticos e os resultados encontrados na literatura, a presente investigação tem como objetivos principais a caracterização e compreensão da realidade da saúde mental e ideação suicida dos adolescentes da ilha de São Miguel (Açores), visando compreender qual o ponto da situação atual da ideação suicida nestes adolescentes e investigando fatores protetores e de risco associados a este fenómeno. Ainda, salienta-se que a investigação pretende, também, o desenvolvimento de um subestudo onde será realizada a análise psicométrica de um instrumento inerente à área

do Help-Seeking (Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental - IAPPSM).

Assim, pretende-se que a recolha de dados seja realizada junto dos adolescentes de ambos os sexos e que estejam inseridos no sistema educativo, abrangendo os adolescentes no 3º ciclo do ensino básico e no ensino secundário (seja este inerente ao ensino regular ou outras modalidades de ensino).

Deste modo, a recolha de dados implicará a aplicação de alguns instrumentos aos jovens suprarreferidos, intencionando-se que esta recolha seja realizada em contexto de sala de aula e na presença do investigador (durante, aproximadamente, 30-45 minutos). Saliento que a aplicação destes instrumentos é bifásica sendo que, para viabilizar a realização da análise psicométrica do Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental, será necessário um segundo momento de recolha de dados, com os mesmos jovens (cerca de 5-7 minutos) e com um intervalo de tempo de, aproximadamente, três/quatro semanas. Os instrumentos aplicados foram previamente concebidos, validados e estudados, revelando aplicabilidade na população adolescente.

Acrescento que todos os dados recolhidos são, exclusivamente, para fins de investigação e confidenciais, estando protegidos pelo direito ao sigilo do participante, garantindo a privacidade dos alunos, bem como, a privacidade da escola. A participação dos alunos é totalmente voluntária, pelo que é assegurado o direito dos mesmos a recusar a participação ou abandonar o estudo, em qualquer momento e sem qualquer consequência. Ainda, a participação dos alunos está sujeita ao preenchimento de um consentimento informado por parte dos adolescentes e, também, à autorização dos respetivos Encarregados de Educação.

Salienta-se que, embora esta investigação envolva a aplicação de instrumentos, em contexto de sala de aula, todas as normas impostas pelas escolas envolvidas serão devidamente respeitadas, no sentido de não perturbar o funcionamento das atividades letivas.

A título informativo, destaco que para efeito da realização de análises comparativas, pretende-se que a amostra se compartimente em dois subgrupos (amostra não-clínica e amostra clínica), objetivando-se que a amostra não-clínica seja recolhida através das

escolas e que a amostra clínica seja recolhida através de entidades que recebem e apoiam jovens em questões inerentes à sua saúde mental.¹¹

Tendo isto em conta, no sentido de possibilitar a concretização do estudo suprarreferido e a indispensável constituição da amostra, venho por este meio pedir a colaboração da Direção Regional da Educação, solicitando a V. Ex.^a autorização para a realização da presente investigação nas diversas escolas da ilha de São Miguel (que abrangem o ensino regular ou outras modalidades de ensino).

A colaboração da Direção Regional da Educação é fundamental, uma vez que não só viabilizará a recolha de dados junto das escolas, como também contribuirá para um melhor entendimento da ideação suicida (e fatores associados) nos jovens, na ilha de São Miguel (Açores), potenciando o desenvolvimento de intervenções futuras que poderão contribuir para a prevenção desta problemática.

É ainda de salientar que envio, em anexo, uma grelha com as características principais dos instrumentos que visam ser aplicados, bem como, os consentimentos informados que serão entregues aos adolescentes e aos respetivos Encarregados de Educação.

Para esclarecimento de dúvidas ou obtenção de qualquer informação adicional inerente à investigação, encontrar-me-ei disponível através de email ou por contacto telefónico (Ana Cunha).

Agradeço, desde já, a atenção dispensada.

Aguardo deferimento.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Cunha

¹¹Inicialmente visava-se a recolha em ambas as populações (clínica e não-clínica), porém, não foi possível a recolha na população clínica. Não obstante, este dado foi prestado à DRE apenas a título informativo, não tendo qualquer implicação na autorização desta entidade.

Anexo D. Autorização da Direção Regional da Educação (DRE) para a realização do estudo, nas escolas da ilha de São Miguel (Açores)



Correio Eletrónico



Ex.^a Senhora Dr.^a

Ana Margarida Castanheiro da

Cunha

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência
		Nº. MAIL-S-DRE/2019/5872 Proc. DSP/15.29

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO

Em resposta ao seu pedido de autorização para a recolha de dados junto de alunos de escolas de São Miguel, no âmbito da dissertação de mestrado intitulada “*Ideação suicida nos adolescentes da ilha de São Miguel (Açores): Análise dos fatores de risco e de proteção*”, informa-se que, atendendo à autonomia administrativa e pedagógica de que gozam as unidades orgânicas ao abrigo do Decreto Legislativo Regional n.º 13/2013/A, de 30 de agosto, as autorizações devem ser concedidas pelos órgãos de gestão de cada unidade orgânica, pelo que se propõe que enderece o seu pedido às mesmas.

Para o efeito, segue em anexo uma lista das unidades orgânicas da Região com alunos do 3.º ciclo do ensino básico e ensino secundário.

Com os melhores cumprimentos,

**O DIRETOR DE SERVIÇOS PEGAGÓDICOS
PAULO MATOS**

Anexo: o referido

SS/NS

Secretaria Regional da Educação e Cultura
Direção Regional da Educação

Paços da Junta Geral - Carreira dos Cavalos

Apartado 46

9700-167 Angra do Heroísmo

Telefone: 295 401 100 E-mail: dre.info@azores.gov.pt

Anexo E. Pedido de autorização às Unidades Orgânicas da ilha de São Miguel para a realização do estudo

Assunto: Pedido de Autorização – Realização de estudo para dissertação de mestrado

Exmo(a) Senhor(a) Presidente do Conselho Executivo da (Unidade Orgânica),

Eu, Ana Margarida Castanheira da Cunha, estou a realizar uma investigação no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde (Universidade do Algarve – UAlg), sob orientação da Professora Doutora Marta Brás. A investigação intitula-se “Ideação suicida nos adolescentes da ilha de São Miguel (Açores): Análise dos fatores de risco e de proteção”.

Destaco que a investigação já foi apresentada à Direção Regional da Educação que, remetendo para o Decreto Legislativo Regional n.º 13/2013/A, de 30 de agosto, autorizou que este pedido fosse realizado a cada uma das unidades orgânicas, atendendo à autonomia administrativa e pedagógica das mesmas.

Esta investigação tem como objetivos gerais a análise psicométrica do Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental, bem como, a caracterização e compreensão da realidade da saúde mental e ideação suicida dos adolescentes da ilha de São Miguel (Açores), visando compreender qual o ponto da situação atual da ideação suicida nestes adolescentes e investigando fatores protetores e de risco associados a este fenómeno.

Para tal, visa-se a recolha de dados junto dos adolescentes de ambos os sexos e que estejam inseridos no sistema educativo, abrangendo os adolescentes no 3º ciclo do ensino básico e no ensino secundário (seja este inerente ao ensino regular ou outras modalidades de ensino).

Esta recolha de dados implicará a aplicação de alguns instrumentos aos jovens suprarreferidos, intencionando-se que esta recolha seja realizada em contexto de sala de aula e na presença do investigador (durante, aproximadamente, 30-45 minutos). Saliento que a aplicação destes instrumentos é bifásica sendo que, para viabilizar a realização da análise psicométrica do Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental, será necessário um segundo momento de recolha de dados, com os mesmos jovens (cerca de 5-7 minutos) e com um intervalo de tempo de, aproximadamente, três/quatro semanas. Os instrumentos a aplicar foram previamente concebidos, validados e estudados, revelando aplicabilidade na população adolescente.

No sentido de possibilitar o presente estudo, venho por este meio pedir a colaboração dos alunos da escola, solicitando a V. Ex.^a autorização para a realização da recolha de dados nas instalações da escola que V. Ex.^a preside.

Todos os dados recolhidos são, exclusivamente, para fins de investigação e confidenciais, estando protegidos pelo direito ao sigilo do participante, garantindo a privacidade dos alunos, bem como, a privacidade da escola. Ainda, a participação dos alunos é totalmente voluntária, pelo que é assegurado o direito dos mesmos a recusar a participação ou abandonar o estudo, em qualquer momento e sem qualquer consequência. Ainda, a participação dos alunos está sujeita ao preenchimento de um consentimento informado por parte dos adolescentes e, também, à autorização dos respetivos Encarregados de Educação.

Salienta-se que, embora esta investigação envolva a aplicação de instrumentos, em contexto de sala de aula, todas as normas impostas pela instituição que V. Ex.^a preside serão devidamente respeitadas, no sentido de não perturbar o funcionamento das atividades letivas.

A colaboração da escola que V. Ex.^a preside é extremamente importante, uma vez que não só possibilitará a recolha de dados para a realização do estudo, como também contribuirá para um melhor entendimento da saúde mental dos jovens, na ilha de São Miguel (Açores).

Para esclarecimento de dúvidas ou obtenção de qualquer informação inerente à investigação, encontrar-me-ei disponível através de email ou por contacto telefónico, bem como, presencialmente, se for do interesse de V. Ex.^a.

Acrescento, ainda, que se a instituição que V. Ex.^a preside estiver disponível para me receber e considerar necessário, gostaria de calendarizar uma reunião para que, presencialmente, possam ser discutidas as características da investigação suprarreferida.

Agradeço, desde já, a atenção dispensada.

Aguardo deferimento.

Cumprimentos,

Ana Cunha

Anexo F. Consentimento Informado para os Encarregados de Educação (em contexto escolar)

Exmo.(a) Sr.(a) Encarregado(a) de Educação,

Eu, Ana Cunha, estou a realizar a presente investigação no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde (Universidade do Algarve – UAlg), sob orientação da Professora Doutora Marta Brás. Este estudo tem como objetivo a análise psicométrica do Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental, bem como, a caracterização e compreensão da realidade da saúde mental e ideação suicida dos adolescentes da ilha de São Miguel (Açores).

Deste modo, venho por este meio solicitar a participação do seu educando na presente investigação, através do preenchimento dos instrumentos que lhe serão disponibilizados. Todos os dados recolhidos são anónimos, confidenciais e para fins de investigação, estando protegidos pelo direito ao sigilo do participante, sendo que a privacidade do seu educando está garantida. É de destacar que, a participação do seu educando é totalmente voluntária, pelo que este tem o direito a recusar e/ou a abandonar a investigação, em qualquer momento, sem qualquer consequência.

A participação do seu educando na presente investigação é extremamente importante, uma vez que contribuirá para um melhor entendimento da saúde mental dos jovens, na ilha de São Miguel (Açores), no sentido, de posteriormente, poderem ser desenvolvidas ações de prevenção adaptadas à realidade.

Se não autorizar a participação do seu educando, por favor, assine e devolva o presente documento.

Para esclarecimento de dúvidas ou obtenção de qualquer informação inerente à investigação, por favor, contacte o seguinte endereço: a63542@ualg.pt (Ana Cunha).

Agradeço, desde já, a sua colaboração. Muito Obrigada!

Ana Cunha, Licenciada em Psicologia (a63542@ualg.pt)

✂

Eu, _____, encarregado de educação do(a) aluno(a) _____, do_(ano),_(turma), **NÃO AUTORIZO** a participação do meu/minha educando(a) na presente investigação.

Assinatura do(a) Encarregado(a) de Educação:

_____, de _____, de _____

Anexo G. Consentimento Informado para os participantes¹²

¹² Os consentimentos informados entregues aos participantes foram idênticos na recolha em contexto escolar e na recolha por conveniência.

Caro Participante,

Eu, Ana Cunha, estou a realizar a presente investigação no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde (Universidade do Algarve – UAlg), sob orientação da Professora Doutora Marta Brás. Este estudo tem como objetivo a análise psicométrica do Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental, bem como, a caracterização e compreensão da realidade da saúde mental e ideação suicida dos adolescentes da ilha de São Miguel (Açores).

Deste modo, venho por este meio solicitar a sua participação na presente investigação, através do preenchimento dos instrumentos que lhe serão disponibilizados. Todos os dados recolhidos são para fins de investigação, anónimos e confidenciais, estando protegidos pelo direito ao sigilo do participante, sendo que a sua privacidade está garantida. É de destacar que, a sua participação é totalmente voluntária, pelo que tem o direito a recusar e/ou abandonar o estudo, em qualquer momento, sem qualquer consequência.

A sua participação é extremamente importante, uma vez que contribuirá para um melhor entendimento da saúde mental dos jovens, na ilha de São Miguel (Açores).

Em caso de consentir, por favor, assine devidamente o presente documento.

Para esclarecimento de dúvidas ou obtenção de qualquer informação inerente à investigação, por favor, contacte o seguinte endereço: a63542@ualg.pt (Ana Cunha).

Agradeço, desde já, a sua colaboração. Muito Obrigada!

Ana Cunha, Licenciada em Psicologia (a63542@ualg.pt)

.....

Eu, _____, aceito de livre vontade, a minha participação na presente investigação, tendo compreendido a explicação que me foi fornecida acerca da mesma. Tomei, também, conhecimento do que é expectável da minha participação neste trabalho e dos objetivos do mesmo.

Assinatura do Participante:

_____, de _____, de _____

Anexo H. Consentimento Informado para os Encarregados de Educação (na recolha por conveniência)

Exmo.(a) Sr.(a) Encarregado(a) de Educação,

Eu, Ana Cunha, estou a realizar a presente investigação no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde (Universidade do Algarve – UAlg), sob orientação da Professora Doutora Marta Brás. Este estudo tem como objetivo a análise psicométrica do Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental, bem como, a caracterização e compreensão da realidade da saúde mental e ideação suicida dos adolescentes da ilha de São Miguel (Açores).

Deste modo, venho por este meio solicitar a participação do seu educando na presente investigação, através do preenchimento dos instrumentos que lhe serão disponibilizados. Todos os dados recolhidos são anónimos, confidenciais e para fins de investigação, estando protegidos pelo direito ao sigilo do participante, sendo que a privacidade do seu educando está garantida. É de destacar que, a participação do seu educando é totalmente voluntária, pelo que este tem o direito a recusar e/ou a abandonar a investigação, em qualquer momento, sem qualquer consequência.

A participação do seu educando na presente investigação é extremamente importante, uma vez que contribuirá para um melhor entendimento da saúde mental dos jovens, na ilha de São Miguel (Açores), no sentido, de posteriormente, poderem ser desenvolvidas ações de prevenção adaptadas à realidade.

Se autorizar a participação do seu educando, por favor, assine e devolva o presente documento.

Para esclarecimento de dúvidas ou obtenção de qualquer informação inerente à investigação, por favor, contacte o seguinte endereço: a63542@ualg.pt (Ana Cunha).

Agradeço, desde já, a sua colaboração. Muito Obrigada!

Ana Cunha, Licenciada em Psicologia (a63542@ualg.pt)

✂
Eu, _____, encarregado de educação de _____ **AUTORIZO** a participação do meu/minha educando(a) na presente investigação.

Assinatura do(a) Encarregado(a) de Educação:

_____, de _____, de _____