



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

LIA WAGNER PLUTARCO

**DA IDEACÃO PARA A AÇÃO: TESTANDO A TEORIA DE TRÊS PASSOS DO
SUICÍDIO EM CONTEXTO BRASILEIRO**

FORTALEZA (CE)

2019

LIA WAGNER PLUTARCO

DA IDEAÇÃO PARA A AÇÃO: TESTANDO A TEORIA DE TRÊS PASSOS DO
SUICÍDIO EM CONTEXTO BRASILEIRO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, com vistas da obtenção do título de Mestre em Psicologia, sob a orientação do Prof. Dr. Walberto S. Santos.

FORTALEZA (CE)

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- P1i PLUTARCO, LIA WAGNER.
DA IDEACÃO PARA A AÇÃO : TESTANDO A TEORIA DE TRÊS PASSOS DO SUICÍDIO EM
CONTEXTO BRASILEIRO / LIA WAGNER PLUTARCO. – 2019.
116 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-
Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2019.
Orientação: Prof. Dr. WALBERTO SILVA DOS SANTOS.
1. SUICÍDIO. 2. TEORIA DE TRÊS PASSOS. 3. IDEACÃO SUICIDA. 4. PESQUISA
QUANTITATIVA. I. Título.

CDD 150

LIA WAGNER PLUTARCO

DA IDEACÃO PARA A AÇÃO: TESTANDO A TEORIA DE TRÊS PASSOS DO
SUICÍDIO EM CONTEXTO BRASILEIRO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, com vistas da obtenção do título de Mestre em Psicologia, sob a orientação do Prof. Dr. Walberto S. Santos.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Walberto Silva dos Santos - (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Antonio Roazzi
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Profa. Dra. Alessandra Silva Xavier
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Às minhas avós, Ivone e Rosa,
meus maiores exemplos de força, garra e bondade.

AGRADECIMENTOS

Não sei se na vida já tive algo que simbolizasse tanto o fim de um ciclo quanto essa dissertação. Minha caminhada na mesma instituição de ensino, após oito anos, chega ao fim. Pode ser clichê dizer que não parece real, mas, de fato, não parece. Talvez a ficha não tenha caído – ou talvez uma boa parte de mim espera que a despedida seja um ‘Até logo’. Com a conclusão desse trabalho, concluo o mestrado e parte da minha jornada na UFC e aproveito a oportunidade para agradecer:

Meus pais, Ana e Sadoc, que são fundamentais em tudo que há na minha vida. Meu namorado, Marcos, que me dá forças pra continuar a caminhada todos os dias. Meus amigos de vida, Régis e Lucas, que me confirmam que é sempre melhor termos pessoas, pois são a verdadeira alegria ‘que fica’. Rodolfo e Filipe, que estão do meu lado “na confusão do dia-a-dia e na dor de qualquer coisa”. Évinly e Gustavo, meu casal favorito, por serem prova viva da bondade humana e sempre restaurarem minha fé nas pessoas. Pra vocês: meu imenso obrigada.

Para o Lacep, em especial, para Mariana Farias, que segura a minha mão desde o segundo semestre da faculdade, em cada trabalho, cada prova, cada momento da graduação e do mestrado: obrigada por nunca ter soltado da minha mão, te levo pra vida e nem sei como vai ser um doutorado sem você. Para Roger, que auxiliou em cada momento dessa dissertação com os maiores e menores detalhes. Para Thici e Glysa que sempre foram braços abertos e *brainstorming* de ideias. Para Mariana Biermann, Clarinha e Sophia, por me darem a honra de conviver com pessoas tão lindas e impecáveis. Para Quésia e Damião, melhor casal, por serem tão grupo quanto se pode ser. Para todos os que passaram, mas sempre irão permanecer: Léo, Manu, Alex, Eva, Darlene, Gih, Tafs, Bruno, Verlene, Ingrid. Um gigantesco obrigada para cada um de vocês: a jornada não teria sido a mesma sem outros passos pra seguir e caminhar junto.

Aos professores da banca, Profa. Alessandra e Prof. Roazzi, agradeço por aceitarem ler meu trabalho e contribuir com ele. E, por fim, agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Walberto Silva dos Santos, por todo o aprendizado e crescimento dos últimos sete anos. Minha eterna gratidão por você ter dito ‘sim’ para aquela menina de 2012, com muitas expectativas e muito pouco para oferecer, que dentro Lacep construiu o sonho de ser professora e conseguiu torna-lo realidade. Hoje, me despeço com gratidão e levo no coração cada aprendizado, dificuldade e alegria que vivi nesse lugar.

Don't lose who you are, in the blur of the
stars...Seeing is deceiving, dreaming is
believing, It's okay not to be okay.
Sometimes it's hard to follow your heart.
Tears don't mean you're losing, everybody's
bruising...
Just be true to who you are.

Who you are – Jessie J.

RESUMO

O estudo sobre a temática do suicídio é um campo de grande importância na ciência psicológica. A ideação suicida e, mais especificamente, as tentativas de suicídio e os suicídios se configuram como graves problemas de saúde pública. Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo principal avaliar as proposições da Teoria de Três Passos do Suicídio (3ST) em contexto brasileiro. Especificamente, pretende-se analisar se o modelo proposto pela teoria – o qual conta com as variáveis: dor, desesperança, conectividade e capacidade para o suicídio – consegue explicar o processo de ativação da ideação suicida até a transição para a tentativa em si; e, ainda, se consegue diferenciar grupos de maior risco para o desenvolvimento da ideação suicida e para a realização de tentativas de suicídio. Para tanto, foi realizada uma pesquisa quantitativa dividida em dois estudos empíricos. O primeiro teve como objetivo principal a validação dos instrumentos necessários a realização da pesquisa, enquanto o segundo visou testar as hipóteses propostas pela 3ST. No Estudo 1, contou-se com uma amostra de 288 pessoas e, no Estudo 2, com uma amostra de 318 pessoas – ambas as amostras advindas da população geral. Os participantes, além de responderem perguntas de caráter sociodemográfico, com fins de caracterização da amostra, responderam a um livreto composto por uma bateria de medidas psicométricas. De modo geral, as proposições da 3ST apresentaram adequação para o contexto brasileiro; tendo o desencadeamento da ideação suicida sido previsto pela desesperança e pela dor emocional, a conectividade funcionou como um fator de proteção para impedir o desenvolvimento da ideação ativa; e, por fim, a capacidade suicida conseguiu diferenciar pessoas com ideação de pessoas com histórico de tentativas de suicídio. A partir desses resultados, o estudo pôde contribuir com a área de estudos da suicidologia no Brasil, proporcionando a identificação e confirmação empírica da relevância de diversas variáveis-chave na compreensão do suicídio. No mais, indica-se que futuras intervenções e programas de prevenção baseiem-se nas variáveis mencionadas.

Palavras-chave: Teoria de Três Passos do Suicídio. Suicídio. Tentativas de Suicídio.

ABSTRACT

The study regarding the theme of suicide is a field of major importance in the Psychological science. Suicide ideation and, more specifically, suicide attempts and suicides are a serious public health problem. In this context, the present study's main goal is to evaluate the variables proposed by the three-step theory of suicide (3ST) in a Brazilian context. Specifically, we aim to analyze if the model proposed by this theory – which counts with the following variables: pain, hopelessness, connectedness and suicide capacity -, can explain the activation process of suicidal ideation until the transition to the attempt itself; and if it is also possible to differentiate groups at higher risk for the development of suicidal ideation and suicide attempts. For that, a quantitative research was carried out divided in two empirical studies. The first one had as main objective the validation of the instruments necessary to carry out the research, while the second one aimed to test the hypotheses proposed by 3ST. In study 1, we counted on a sample of 288 people and, in the study 2, with a sample of 318 people - both samples coming from the general population. Participants, in addition to answering sociodemographic questions, with the purpose of characterizing the sample, answered a booklet composed of a battery of psychometric measures. In general, the proposals of 3ST were adequate for the Brazilian context; with the onset of suicidal ideation predicted by hopelessness and emotional pain, connectivity functioning as a protective factor to prevent the development of active ideation; and, finally, suicidal capability differentiating ideators from attempters. Based on these results, this study was able to contribute to the field of suicide research in Brazil, providing the empirical identification and confirmation of relevance for several important variables in the understanding of suicide. In addition, it is indicated that future interventions and prevention programs are based on these mentioned variables.

Keywords: Three step theory of Suicide. Suicide. Suicide attempts.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Modelo da Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio.....	40
Figura 2. Modelo Motivacional-Volitivo Integrado do Comportamento Suicida.....	42
Figura 3. Modelo da Teoria de Três Passos do Suicídio (3ST).....	46
Figura 4. Síntese dos procedimentos teóricos de adaptação transcultural das escalas.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Propriedades psicométricas do INQ	57
Tabela 2. Versão final do Questionário de Necessidades Interpessoais	57
Tabela 3. Propriedades psicométricas e versão final da Escala de Dor Psicológica	59
Tabela 4. Propriedades psicométricas e versão final da Escala de Capacidade Suicida	61
Tabela 5. Propriedades psicométricas da ACSS - 20 itens	63
Tabela 6. Versão final da Escala de Capacidade Adquirida para o Suicídio (ACSS)	63
Tabela 7. Estrutura fatorial e confiabilidade da versão reduzida da Escala de Capacidade Adquirida para o Suicídio (ACSS-FAD).....	65
Tabela 8. Correlação entre os construtos da 3ST (Estudo 01).....	66
Tabela 9. Divisão das sub-amostras por variáveis sociodemográficas	69
Tabela 10. Evidências de validade discriminante das medidas adaptadas	70
Tabela 11. Correlação entre as variáveis da 3ST (Estudo 2).....	75
Tabela 12. Regressão logística binária avaliando o pertencimento ao grupo com ideação	79
Tabela 13. ANOVA em grupos de diferentes níveis de ideação suicida e construtos da 3ST	81
Tabela 14. Comparação de médias de ideação suicida entre grupos no quais a dor excede (ou não) a conectividade.....	82

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 O FENÔMENO DO SUICÍDIO	14
2.1 A nomenclatura no estudo do suicídio	14
2.2 Revisão histórica	17
2.3 Dos fatores de risco às teorias	20
2.4 Teorias sobre o suicídio	23
3 TEORIAS CONTEMPORÂNEAS SOBRE O SUICÍDIO	25
3.1 Modelo Cúbico do Suicídio	25
3.2 Modelo Diátese-Estresse-Desesperança do Comportamento Suicida	26
3.3 O suicídio como um Escapar de Si Mesmo	27
3.4 Modelo Clínico do Comportamento Suicida	27
3.5 Teoria dos Modos Suicidas.....	28
3.6 Hipótese do Choro de Dor	30
3.7 Modelo de Avaliação Esquemática do Suicídio.....	31
3.8 Modelo Cognitivo do Comportamento Suicida.....	32
3.9 Teoria de Ativação Diferencial da Suicidalidade.....	34
3.10 Conclusão acerca das teorias contemporâneas	35
4 TEORIAS DO RECORTE DA IDEAÇÃO PARA A AÇÃO	36
4.1 Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio (ITPS).....	38
4.2 Modelo Motivacional-Volitivo Integrado do Comportamento Suicida (IMV).....	41
4.4 Teoria de Três Passos do Suicídio (3ST).....	44
5 ESTUDO 1: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS.....	49
5.1 Método	49
5.1.1 Participantes.....	49
5.1.2 Instrumentos	49
5.1.3 Procedimento	51

5.1.4 <i>Análise de dados</i>	54
5.2 Resultados e discussão parcial	55
5.2.1 <i>Questionário de Necessidades Interpessoais</i>	56
5.2.2 <i>Escala de dor psicológica</i>	58
5.2.3 <i>Escalas de capacidade para o suicídio</i>	59
5.2.3.1 <i>Escala de Capacidade Suicida (SCS-3)</i>	60
5.2.3.2 <i>Escala de Capacidade Adquirida para o Suicídio (ACSS)</i>	62
5.2.3.3 <i>Versão reduzida da Escala de Capacidade Adquirida para o Suicídio (ACSS-FAD)</i>	64
5.2.4 <i>Evidências adicionais de validade de construto das medidas</i>	66
6 ESTUDO 2: A 3ST EM CONTEXTO BRASILEIRO	71
6.1 Método	71
6.1.1 <i>Delineamento e Hipóteses</i>	71
6.1.2 <i>Participantes</i>	72
6.1.3 <i>Instrumentos</i>	72
6.1.4 <i>Procedimento</i>	74
6.1.5 <i>Análise de dados</i>	75
6.2 Resultados e discussão parcial	75
6.2.1 <i>Quem explica melhor a ideação suicida: a depressão ou a desesperança?</i> 76	
6.2.2 <i>A dor emocional e a desesperança explicam a ideação suicida?</i>	77
6.2.3 <i>A conectividade torna a ideação ativa e/ou é um fator de proteção contra a escalada da ideação para a tentativa?</i>	80
6.2.4 <i>Quais os melhores preditores das tentativas de suicídio?</i>	83
7 DISCUSSÃO FINAL: EVIDÊNCIAS DE ADEQUAÇÃO DA 3ST EM CONTEXTO BRASILEIRO	86
8 CONCLUSÃO	89
REFERÊNCIAS	91

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	103
ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE NECESSIDADES INTERPESSOAIS.....	105
ANEXO C - ESCALA DE DOR PSICOLÓGICA	106
ANEXO D – ESCALA DE CAPACIDADE ADQUIRIDA PARA O SUICÍDIO.	107
ANEXO E - ESCALA DE CAPACIDADE SUICIDA	108
ANEXO F – RESULTADO DOS PROCEDIMENTOS TEÓRICOS DE ADAPTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS	109

1 INTRODUÇÃO

O suicídio é responsável por 1,5% do total de mortes em todo o mundo, ocupando a 14ª posição entre as principais causas de óbitos registrados (O'CONNOR; NOCK, 2014). Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS, morrem mais de 800 mil pessoas por ano vítimas de suicídio. Essas mortes ocorrem, sobretudo, em países de baixa e média renda, os quais são responsáveis por 75% dos casos registrados. Entre os jovens, na faixa etária de 15 a 29 anos, esse fenômeno se configura como a segunda maior causa de morte, perdendo somente para mortes causadas por acidentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2014).

O Brasil, segundo *ranking* divulgado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014), está em 8º lugar entre os países com os maiores números absolutos de suicídios. Entre os estados brasileiros, o Ceará figura na 3ª posição, com uma taxa de 6,3 mortes por 100 mil habitantes, estando abaixo apenas dos estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul (ANUÁRIO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2017). Esse dado se torna ainda mais preocupante quando se constata que, entre 2014 e 2017, os índices de suicídio no Ceará sofreram um aumento de 3,27% (ANUÁRIO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2014; 2017), sendo Fortaleza a 2ª capital brasileira com o maior número de mortes por suicídio, perdendo apenas para São Paulo (CEARÁ, 2017).

Como se observa, esses dados são alarmantes, sobretudo, quando se analisa o crescimento dos casos ao longo dos anos. Entre 2000 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE], 2017) e 2012 (ANUÁRIO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2014), por exemplo, houve um aumento nacional de 20,45%. Ao se considerar um intervalo de tempo maior, de 1980 a 2012, o aumento das taxas foi de 62,5% em termos nacionais (WAISELFISZ, 2014). Com a proposta de reverter esse cenário, em 2013, o Brasil tornou-se signatário do Plano de Ação em Saúde Mental, proposto pela OMS, o qual tem como meta a redução da taxa de suicídio do país em pelo menos 10%, até 2020. No entanto, tal plano não apresenta boas perspectivas de obter sucesso, visto que no período de 2013 a 2016, as taxas, além de se manterem altas, permanecem crescentes no país, com aumento de 2,86% no período citado (ANUÁRIO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2014; 2017).

Adicionalmente, a subnotificação do suicídio também deve ser levada em consideração (OMS, 2016). As taxas de suicídio do país são calculadas com base nos registros das declarações de óbito, mas, como apontam Macente e Zandonade (2010), o

sistema de informação sobre mortalidade por suicídio tem um dos piores indicadores de preenchimento. Em muitos casos, além de inadequado, o registro sofre influência de motivações religiosas, sociais e culturais, como pedidos da família para mudar a causa de morte; estima-se que a diferença entre os dados relatados e os reais pode sofrer, dependendo do local de registro e do período, uma variação de 20% até 100% (LOVISI *et al.*, 2009; SOUZA *et al.*, 2011). Apesar disso, desde 2011 a notificação por morte de suicídio se tornou obrigatória no país, o que apresenta um avanço no processo de tornar esses dados mais fidedignos (BRASIL, 2017).

No que se refere às tentativas de suicídio, a subnotificação se torna ainda mais grave. As estimativas são de que, para cada caso de suicídio registrado, existem pelo menos dez tentativas graves que requererem cuidados médicos e não foram registradas (MELLO-SANTOS; WANG; BERTOLOTE, 2005; VOLPE; CORRÊA; BARRERO, 2006). Supõe-se que para cada uma dessas tentativas documentadas, há outras quatro sem registro (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013). Em termos gerais, tem-se que para cada morte por suicídio, existem vinte outras pessoas que o tentam por ano (WHO, 2014).

Para os registros da ideação suicida, ou seja, da estimativa de quantas pessoas consideram seriamente findar com a própria vida, mas nunca tentaram, estes são praticamente inexistentes. Mesmo assim, Nock *et al.* (2008), em território americano, verificaram que, para cada pessoa que tenta suicídio, há duas ou três que já consideraram seriamente a possibilidade de tirar a própria vida. Sob tal perspectiva, as taxas de suicídio do Ceará (6,3 por 100 mil pessoas) poderiam ser estimadas em 500 mortes, 10.000 tentativas e 20.000 a 30.000 pessoas com ideação suicida grave.

Nesse cenário, nas últimas décadas, a morte de pessoas por meio do suicídio tem sido foco de muitas pesquisas visando sua prevenção (KLONSKY; MAY, 2015). A preocupação em prevenir o suicídio pode ser observada em publicações que indicam estratégias e programas de intervenção considerados eficazes, para implantação, em contextos micros, como escolas (SURGENOR; QUINN; HUGHES, 2016; KONG; SAREEN; KATZ, 2016), até em contextos macros, como na Europa, onde as taxas atuais também são preocupantes (ZALSMAN *et al.*, 2017). Apesar desses esforços, Klonsky e May (2015) indicam que não há evidências de uma redução das estatísticas e propõem que, para alcançar esse objetivo, será necessário um entendimento mais aprofundado acerca dos processos que se encontram na origem da ideação, das tentativas e das mortes por suicídio.

No Brasil, a perspectiva de se estudar fatores de risco para o comportamento suicida vem sendo amplamente adotada. Em uma revisão de literatura realizada em 2016, Félix *et al.* avaliaram publicações que continham os descritores “tentativas de suicídio”, “risco” e “fatores de risco”, com o objetivo de analisar o conhecimento produzido no Brasil nos últimos dez anos.

Os autores apontam que, segundo a literatura brasileira, os principais fatores de risco para as tentativas de suicídio envolvem: variáveis sociodemográficas (por exemplo, sexo, idade e status socioeconômico), destacando, especificamente, o sexo feminino, o período da adolescência e baixo status socioeconômico; o contexto social, contemplando estrutura familiar frágil, falta de apoio social e espiritual, consumo de drogas, conflitos conjugais, entre outros; e ainda construtos correlatos, como alta impulsividade e ter tido diagnóstico psicológico prévio (FÉLIX *et al.*, 2016).

Nesse contexto, Pires *et al.* (2014) afirmam que a presença de transtorno psiquiátrico é o fator de risco mais relevante nas tentativas de suicídio, ainda que não sejam sua causa direta. No Brasil, as taxas de prevalência dos transtornos mentais comuns apontam que a depressão atinge 11,5 milhões de pessoas (5,8% da população), enquanto distúrbios relacionados à ansiedade afetam mais de 18,6 milhões dos brasileiros (9,3% da população - WHO, 2017). No que se refere ao suicídio, comumente se dá destaque para a depressão e para o transtorno de estresse pós-traumático, assim como para o transtorno afetivo bipolar, os transtornos de ansiedade e de personalidade. A depressão, em especial, ao ser relacionada com o suicídio, pode ser considerada tanto como uma causa, quanto como uma consequência (FÉLIX *et al.*, 2016). Posto isso, conjectura-se que, em contexto brasileiro, a alta prevalência de transtornos mentais na população e o seu tratamento inexistente/inadequado sejam fatores que contribuem para as altas taxas do país.

Além da presença de um transtorno psiquiátrico, outros fatores de risco recebem destaque na literatura nacional, como variáveis sociodemográficas, que incluem desde características pessoais, como sexo e idade, até o tipo de profissão e os medicamentos mais utilizados pelas vítimas (BATISTA; ARAÚJO; FIGUEIREDO, 2016; BERNARDES; TURINI; MATSUO, 2010). São também frequentes pesquisas acerca dos correlatos da ideação suicida. Alguns correlatos são a presença de um diagnóstico de transtorno obsessivo compulsivo (DE ALMEIDA *et al.*, 2014), além de pessoas com

marcadores específicos: transgêneros (SILVA, 2016), idosos (SILVA *et al.*, 2015), adolescentes (MOREIRA; BASTOS, 2015), entre outros.

Embora o estudo dos fatores de risco e dos correlatos da ideação suicida seja importante, no âmbito internacional a atenção parece se voltar mais para explicações subsidiadas por modelos empiricamente consistentes, como os propostos nas teorias do recorte da ideação-para-ação (*ideation-to-action framework*). Essa perspectiva apresenta modelos atuais no campo da suicidologia¹, os quais, até então, parecem ser mais promissores em relação à compreensão do suicídio e sua prevenção (KLONSKY; QIU; SAFFER, 2017).

Assim, podem-se incluir a Teoria Interpessoal do Suicídio (ITPS - JOINER, 2005), o Modelo Integrado Motivacional Volitivo do Comportamento Suicida (IMV - O'CONNOR, 2011a, 2011b) e a Teoria de Três Passos do Suicídio (3ST – KLONSKY; MAY, 2015), que dão ênfase à progressão da ideação suicida para a tentativa de suicídio. Esse foco teve início com o objetivo de se responder o motivo pelo qual a maioria das pessoas que pensam sobre o suicídio, ou seja, apresentam algum nível de ideação, não se engajam, de fato, em comportamentos suicidas (KLONSKY; QIU; SAFFER, 2017).

Entre as teorias apresentadas, a teoria de três passos do suicídio (*Three-step theory of suicide – 3ST*) oferece uma proposta de explicação parcimoniosa, sendo pautada somente em quatro fatores: dor, desesperança, conectividade e capacidade para o suicídio. Essa teoria propõe que a ideação suicida é o resultado da combinação da dor emocional com a desesperança, e, torna-se forte ou ativa quando a dor supera a conectividade; quanto à progressão da ideação para a tentativa, a 3ST postula que essa é facilitada por fatores disposicionais, aprendidos e práticos, que contribuem para a capacidade para o suicídio² (KLONSKY; QIU; SAFFER, 2017).

Com efeito, o modelo 3ST tem obtido suporte empírico por meio de vários estudos. Por exemplo, o estudo de May *et al.* (2016) encontrou como maiores motivadores para o suicídio: a dor emocional, a desesperança e a vontade de escapar. May e Klonsky (2013), por sua vez, constataram que os fatores dor emocional e desesperança foram nomeados como os mais importantes, no tocante às tentativas de suicídio, em mais de 60% da amostra, composta por 66 estudantes de graduação, pertencentes a diferentes etnias e com histórico de tentativas prévias de suicídio. A 3ST, portanto, apresenta potencial para fornecer

¹ Suicidologia: campo da ciência psicológica que estuda o suicídio.

² Capacidade para o suicídio: variáveis disposicionais, adquiridas e práticas que facilitam a tentativa de suicídio, como o fácil acesso ao método a ser utilizado ou alta tolerância à dor.

avanços para a pesquisa e a prevenção do suicídio (KLONSKY; MAY; SAFFER, 2016; KLONSKY; QIU; SAFFER, 2017).

Os pesquisadores que trabalham com essa perspectiva se preocupam em distinguir o desenvolvimento da ideação suicida, tanto da progressão da ideação para a tentativa de suicídio quanto da tentativa de suicídio, entendendo que são fenômenos com explicações e correlatos distintos. De modo geral, quando considerada a propensão para a ação, algumas variáveis são sugeridas como preditoras das tentativas de suicídio, a saber: desejo pela morte, dor e estresse persistentes, conhecimento e acesso a métodos letais, experiência com ferimentos autoinfligidos, habituação ao medo por meio de traumas ou exposição à violência, sensibilidade à dor e histórico de tentativa de suicídio (KLONSKY; QIU; SAFFER, 2017). Vale ressaltar que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014), possuir histórico de tentativas prévias é a melhor variável para prever futuras tentativas de suicídio.

Em síntese, propostas de intervenção com base nas teorias de ideação-para-ação parecem promissoras em reduzir as altas taxas de suicídio atuais. Isso se torna ainda mais contundente quando se leva em consideração que as intervenções que vem sendo realizadas no país ainda não obtiveram frutos expressivos no tocante a esse objetivo. Isto é, a compreensão da ideação suicida e das tentativas como um fenômeno único, com as mesmas explicações e correlatos, não vem obtendo sucesso. Portanto, a análise do fenômeno a partir da tríade “desenvolvimento da ideação”, “progressão da ideação para tentativa” e a “tentativa” poderá trazer elementos para um desenvolvimento teórico e prático mais eficaz para redução das mortes por suicídio no país.

No Brasil, os estudos nessa direção ainda são escassos, de forma que a maioria das publicações que se tem acesso, em língua portuguesa, foi produzida em Portugal (e.g. LUÍS, 2016; PITEIRA, 2016). Desse modo, fica clara a necessidade de se produzir pesquisas acerca do suicídio sob a ótica dos referenciais supracitados, pois, muito embora os modelos apresentados em outros contextos pareçam ser válidos e apresentem potencial de prevenção, é preciso que suas variáveis sejam testadas em contexto brasileiro.

Em função desses aspectos, esta dissertação espera contribuir com esse campo de estudo, testando a teoria de três passos do suicídio. Para tanto, está dividida em duas etapas. A primeira etapa é composta por um capítulo teórico, em que se aborda: inicialmente, o suicídio de forma geral, abrangendo desde aspectos históricos até publicações mais recentes; em seguida, dá-se ênfase às teorias do recorte de ideação para a ação (*ideation-to-*

action framework), abordando principalmente a teoria de três passos para o suicídio (*Three step theory of suicide – 3ST*) e suas variáveis constituintes. A segunda etapa é composta por dois estudos empíricos, ambos contemplando método e discussão distintos; o primeiro tem por objetivo a validação dos instrumentos necessários para a realização da pesquisa e o segundo a testagem da teoria em contexto brasileiro. Por fim, foram apresentadas a conclusão e os devidos direcionamentos futuros.

2 O FENÔMENO DO SUICÍDIO

Só há um problema filosófico verdadeiramente sério: é o suicídio. Julgar se a vida merece ou não ser vivida, é responder a uma questão fundamental de filosofia. O resto, se o mundo tem três dimensões, se o espírito tem nove ou doze categorias, vem depois (Albert Camus, 1942).

Essa seção visa suprir o embasamento teórico necessário para realizar a pesquisa da presente dissertação. Para tanto, abrange amplamente o construto *suicídio*. Especificamente, inicia-se com uma revisão histórica acerca do suicídio, uma discussão sobre a terminologia e as definições mais atuais utilizadas para trabalhar com esse fenômeno na atualidade, revisa as teorias explicativas clássicas e atuais acerca do suicídio, trazendo o enfoque para as Teorias do recorte da ideação-para-ação. Ainda, traz uma revisão sobre a Teoria de Três Passos do Suicídio – a qual guiou o objetivo último desta dissertação.

2.1 A nomenclatura no estudo do suicídio

A palavra suicídio tem sua origem no latim *sui* e *caedes*, que, traduzidas, significam: si mesmo e ação de matar, respectivamente. Esse termo foi cunhado em 1778 para nomear a escolha de dar fim à própria vida (LEVY, 1979 *apud* RAFAEL, 2014). Desde então, muitas discussões têm surgido em torno desse nome e da sua utilização. Por exemplo, Netto (2013) sugere a mudança de nomenclatura para "morte livre" (p.17), visando livrar o termo do estigma negativo que o acompanha desde a criação.

No campo da suicidologia, um dos maiores desafios enfrentados é a padronização das definições do construto suicídio e dos construtos relacionados ao comportamento suicida. Pode-se utilizar a palavra **suicídio** em referência a uma ampla gama de comportamentos, como pensamentos, intenções, ideações, gestos, tentativas letais, tentativas leves, tentativas que requerem cuidados médicos, entre outros. Durante muito tempo, pesquisadores trataram desses termos sem precisar suas definições, o que dificultou a comparabilidade dos estudos e extrapolação do conhecimento (SILVERMANN *et al.*, 2007).

A necessidade de uma nomenclatura unificada se justifica pelo objetivo de aumentar a precisão das estatísticas oficiais, das medidas em pesquisas realizadas sobre o tema e compreender melhor **o quê** e **quem** se está estudando (VAN ORDEN *et al.*, 2010; SILVERMANN *et al.*, 2007). Nesse contexto, Silvermann *et al.* (2007) no artigo

“Reconstruindo a Torre de Babel: uma nomenclatura revisada para o estudo do suicídio e dos comportamentos suicidas” (*Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors*), expõem o empenho empregado entre a publicação de O’Carroll *et al.* (1996) até o ano de 2007 para estabelecer uma nomenclatura padrão nos estudos de suicidologia.

Esforços como o da revisão citada implicaram em avanços importantes na área. Um dos exemplos que podem ser citados é que, com uma maior precisão dos termos empregados, foi possível perceber que as tentativas de suicídio diferiam dos suicídios em alguns aspectos, como na população de maior risco e nos métodos de escolha. Nesse contexto, devido às tentativas de suicídio serem muito mais frequentes do que os suicídios, admite-se que esses seriam dois fenômenos distintos e que, provavelmente, requerem metodologias de pesquisa também distintas (SILVERMANN *et al.*, 2007). Estudar tais construtos de forma separada proporcionou avanços, como a criação das teorias de ideação para ação.

As contribuições da terminologia proposta por Silvermann *et al.* (2007) foram fornecidas através da clarificação de diversos termos e da proposição de novos termos, por exemplo, os autores definem os termos “ideação relacionada ao suicídio” (*suicide-related ideations*) e “comportamentos relacionados ao suicídio” (*suicide-related behaviors*) como os conjuntos de pensamentos e de comportamentos que precedem o suicídio, respectivamente. Ainda, propõem a expressão “comunicações relacionadas ao suicídio” (*suicide-related communications*), que se caracteriza pela presença de planos e ameaças de tentar suicídio.

No entanto, muitos comportamentos relacionados com o suicídio ainda passam por novas definições e aprimoramentos. Stanley *et al.* (2017) propõem uma definição para os mecanismos de *coping* relacionados ao suicídio (*suicide-related coping*). A proposição do novo conceito baseia-se em colaborar com a explicação do porquê de algumas pessoas com altos níveis de ideação suicida não se engajam em atos suicidas, como tentativas. A premissa é de que essas pessoas teriam estratégias de *coping* eficazes para lidar com a ideação.

Uma revisão sistemática foi realizada por Rimkeviciene *et al.* (2015) sobre o conceito “tentativas de suicídio impulsivas” (*impulsive suicide attempts*) e os fatores de risco a ele relacionados. Visando compreender se as tentativas de suicídio poderiam ser previstas ou seriam resultantes de decisões impulsivas, os autores apontam a inconsistência

metodológica dos artigos revisados e as dificuldades em definir o construto, que também pode ser nomeado de “suicídios não planejados” (*unplanned suicide*). Alguns pontos de dificuldade apontados consistem em distinguir se a impulsividade seria uma característica do ato ou da pessoa envolvida, assim como definir o critério de tempo utilizado para classificar o ato como impulsivo.

Pesquisas nessa linha, normalmente, visam compreender a relação entre impulsividade e suicídio. May e Klonsky (2016a), por exemplo, apontam que a classificação do ato como impulsivo tende a ser feita por pessoas que endossam o traço de impulsividade como uma característica de sua personalidade, independente de planejamento prévio ou do tempo de contemplação dispendido com a tentativa. Os autores sugerem que a prevenção do suicídio com base na impulsividade deve ser cautelosa, dado que compreender a tentativa como uma impulsividade unidimensional pode ser precipitado.

No campo de estudo acerca do contágio do suicídio, Cheng *et al.* (2014) realizaram uma revisão sistemática acerca da necessidade de esclarecer a definição do construto “contágio pelo suicídio” (*suicide contagion*). Esse conceito vem sendo utilizado como sinônimo de *clustering* (para uma revisão sobre *cluster* de suicídio, ver HAW *et al.*, 2013), como um mecanismo relacionado aos *clusters* (a saber: transmissão, imitação, contexto e afiliação) e, muitas vezes, sem definição clara do que está sendo chamado de contágio.

É importante fazer a ressalva de que a discussão acima se baseia na literatura estrangeira, de forma que na língua portuguesa a realidade se torna ainda mais complexa. A tradução dos termos se apresenta como um grande desafio, visto que, em sua maioria, não são traduções precisas e às vezes são realizadas de forma distinta por diversos autores. Por exemplo, em inglês, o comportamento de cortar o pulso sem a intenção de morrer, mas sim com o objetivo de diminuir a dor psíquica, é denominado *self-harm* ou *self-injury*, cujas traduções literais seriam, respectivamente, “auto-machucamento” ou “auto-ferimento”. No entanto, essa tradução carece de sentido para a língua portuguesa, sendo o termo “comportamentos autolesivos não suicidários” mais aproximado e comumente utilizado em contexto brasileiro.

Em revisão sobre comportamentos autolesivos em adolescentes, Guerreiro e Sampaio (2013) buscam esclarecer as definições apresentadas sobre o tema em língua portuguesa e apontam que “comportamentos autolesivos não suicidários” também podem ser denominados como: comportamentos suicidários, parassuicidários, autodestrutivos ou,

ainda, violência autodirigida. Tendo em vista o apresentado, salienta-se que o objetivo desse estudo não é discorrer de forma profunda esses aspectos da terminologia em relação ao suicídio.

No entanto, nas seções apresentadas tem-se a preocupação em utilizar a nomenclatura de forma clara, aspirando oferecer contribuições pertinentes. Para tal, os termos originais utilizados pelos autores das obras citadas serão preservados e, sempre que possível, será adicionada a definição do termo ou colocado entre parênteses o termo correspondente original em inglês. Ainda, nos últimos tópicos da seção teórica que guiará a realização da pesquisa, todos os termos relativos à suicidologia serão especificados, de forma que os originais em inglês acompanharão os termos traduzidos.

2.2 Revisão histórica

Ao longo dos anos, a visão sobre o suicídio sofreu diversas mudanças. Em princípio, na Antiguidade Clássica, encontravam-se opiniões plurais sobre o ato suicida. Os Gregos e os Romanos compreendiam que o suicídio não devia ocorrer por uma decisão individual, de forma que somente o consentimento da comunidade legitimaria tal ação. No entanto, se a pessoa que tentasse o suicídio pertencesse aos níveis sociais mais altos, o suicídio era considerado uma escolha legítima e, para escravos e soldados, esse ato era negado por razões econômicas (GONÇALVES; GONÇALVES; JUNIOR, 2011). Dessa forma, a legitimidade do suicídio se encontrava atrelada à classe econômica à qual o indivíduo pertencia (ARAGAO, 2016).

As escolas filosóficas gregas, por sua vez, apresentavam diferentes teorias sobre a morte voluntária. Por exemplo, os seguidores de Pitágoras eram contrários ao suicídio, pois afirmavam que esse ato quebrava a harmonia numérica que regia a alma; em outras palavras, Pitágoras postulava que tudo obedecia a uma harmonia, considerava Deus a Harmonia Maior e o homem como resultado da harmonia entre corpo e alma – o suicídio quebraria essa harmonia, indo contra a Harmonia Maior e deixando apenas o caos. Já os epicuristas e os estoícos, adotavam uma concepção mais benevolente do suicídio, compreendendo-o como um ato aconselhado pela sabedoria, que deveria ser executado com doçura e que era apropriado para ser realizado frente à percepção de que a vida não corria bem (CAEIRO, 2011).

Na Idade Média, a morte por meio do suicídio passa a ser compreendida como um pecado pela Igreja e como um crime pelo Estado, pois lesava os interesses da Coroa e, como punição, quem a cometesse teria seus bens confiscados e seu cadáver penalizado (NETTO, 2013). A ideia geral que sustentava as penas era a de que o corpo seria punido na terra e a alma seria punida no céu. No que tange ao aspecto religioso, também partindo dessa premissa, a Igreja adotou um posicionamento contrário em relação à prática do suicídio, o qual data do século VI d.C. Marcos históricos, como a proibição de prestar homenagem fúnebre a quem cometesse suicídio decretada pelo Segundo Concílio de Orleans - em 533 d.C. e a decisão de excomungar aqueles que tentassem suicídio - em 693 d.C., pelo Concílio de Toledo podem ilustrar esse posicionamento da Igreja (CRISPIM, 2016).

Santo Agostinho, por exemplo, via o suicídio como um pecado. No livro I de sua obra “*Cidade de Deus*” julgou que o suicídio de Lucrecia era passível da mesma punição que merecia um assassino por tirar a vida de um inocente – na época, a punição em questão seria a condenação ao inferno. Apoiou-se para tal decisão no conhecido mandamento “*não matarás*”. São Tomás de Aquino compartilhava dessa mesma visão e entendia que o suicídio violava o direito à vida, dado por Deus; e que provocava danos à comunidade e ao indivíduo (STANFORD ENCYCLOPEDIA OF PHILOSOPHY [SEP], 2004). No século XIII, em sua obra “*Suma Teológica*”, Aquino defendeu a condenação do suicídio da mesma forma como se condenava o homicídio (REIS, 2017).

Em suma, todos os casos de suicídio dessa época são atribuídos a uma causa precisa, visto que morrer simplesmente por desgosto, tristeza ou melancolia era tido como um sintoma de desequilíbrio mental (CRUVINEL, 2008). Com o fim da Idade Média, o poder médico passa a ocupar um lugar de destaque em detrimento da posição previamente ocupada pela Igreja e pelo Estado, e passa-se a classificar o suicídio como uma patologia e qualificá-lo como loucura (NETTO, 2013). O crime contra Deus ou contra o Estado que antes era merecedor de punições, passa a ser agora passível de salvação, pois o sujeito que comete o suicídio não é responsável pelo seu ato (CRUVINEL, 2008).

Vale ressaltar que essa transição não ocorreu de forma linear. Com o advento do renascimento, o debate sobre o tema foi reaberto visando dar fim às penalidades e começando a colocá-lo como um sintoma da loucura. No entanto, no século XVII, com a crise dos valores renascentistas, desenvolveu-se o movimento barroco e, com ele, houve a proibição do suicídio com a premissa de que esse era um desvio e, na época, valorizava-se acima de tudo a ordem, a clareza, a tradição e a fé iluminada pela razão (SANTOS, 2009).

Na contemporaneidade, mais precisamente, a partir do século XVIII a perspectiva começa a ser alterada com a influência da ciência e da psicologia. Durante o período do Iluminismo, passa-se a conceber o suicídio como sendo o resultado de características do indivíduo, de sua psicologia e de suas interações sociais (PEREIRA, 2015). No entanto, ainda que a visão do suicídio como um pecado tenha sido perpetrada, em sua maioria, por religiosos da Idade Média, pensadores liberais modernos, como John Locke (1690 *apud* SEP, 2004) também sustentavam essa ideia.

É a partir do século XIX que o paradigma frente ao suicídio começa a sofrer expressivas mudanças. O sociólogo Émile Durkheim, em seu livro "O suicídio", cuja primeira edição data de 1897 (séc. XIX), traz a ideia do suicídio como um fenômeno social pela primeira vez, contemplando fatores socioeconômicos, cósmicos e imorais, como exemplo desses fatores, temos: raça, clima e relação entre suicídio e homicídio - respectivamente (DURKHEIN, 2000). Na ocasião, Durkheim também realiza uma classificação do suicídio em quatro tipos: egoísta, altruísta ou heróico, anômico e fatalista. O suicídio egoísta seria ocasionado pela falta de interesse do indivíduo pela comunidade, o altruísta ou heróico se configuraria quando a pessoa fosse levada ao ato por um sentimento altruísta ou de dever, o anômico seria o reflexo de um choque produzido na vida da pessoa em ocasião de uma mudança abrupta e, por fim, o fatalista seria decorrente do excesso de regulamentação da sociedade sobre o indivíduo (*apud* CRISPIM, 2016).

Ainda que a posição de Durkheim tenha sido reducionista, por considerar somente aspectos sociais em sua análise, ela rompe com os discursos apresentados até então e apresenta novas possibilidades de análise da temática (CRUVINEL, 2008). De fato, autores como Durkheim e Laplace permitiram que o suicídio fosse visto como um problema social. No século XIX, também ocorreu a emergência da psiquiatria como uma disciplina autônoma e o suicídio passou a ser visto cada vez mais como uma preocupação médica e como um problema a ser institucionalizado por meio do auxílio dos hospitais e profissionais de saúde (PEREIRA, 2015).

Obras românticas como as de Rousseau, Goethe e Flaubert também contribuíram para a nova visão sobre o suicídio, pois o apresentam como a consequência de uma alma angustiada, mal compreendida, rejeitada ou excluída pelo amor e pela sociedade (LIEBERMAN, 2003). A obra de Goethe "*Os sofrimentos do jovem Werther*", especificamente, teve uma grande repercussão na Europa do século XVIII por ter inspirado o suicídio de vários jovens na Alemanha, Inglaterra, França, Holanda e Escandinávia. Esses

jovens encontravam-se na mesma situação do personagem principal, o qual sofria por um amor não correspondido e, na ocasião de suas mortes, fizeram uso do mesmo método do personagem (arma de fogo) e das mesmas vestimentas (sobretudo azul e colete amarelo). Esse fenômeno ficou conhecido como o Efeito Werther e até hoje recebe atenção (JOINER, 1999; HAW *et al.*, 2013).

Nos séculos XX e XXI, o suicídio passa a ser objeto de estudo tanto da psiquiatria quanto da psicologia, da sociologia e de outras ciências. Começa-se a propor teorias e a estudar o tema por meio do método científico – como será visto em maiores detalhes ao longo dessa dissertação. Atualmente, ainda podem ser encontradas diferenças de concepções culturais no que tange a esse fenômeno. Na cultura ocidental, costuma-se conceber o suicídio como uma denúncia de mal-estar psíquico ou social, ao passo que no oriente é visto com maior naturalidade – compreendendo-o como uma escolha de buscar ou honrar um determinado propósito, ou como uma denúncia de insatisfação com o meio social (RAFAEL, 2014).

Em suma, muitas mudanças podem ser observadas no decorrer da história em relação ao fenômeno do suicídio; um aspecto em comum, entretanto, é a conotação negativa. Seja pela classificação como algo pecaminoso, ilegal ou patológico, o suicídio carrega consigo um mal-estar que ultrapassa os séculos. Além disso, as discussões sobre o tema ao longo dos séculos comprovam sua relevância social e esforços continuam sendo empregados para alcançar sua melhor compreensão.

2.3 Dos fatores de risco às teorias

A produção de conhecimento atualmente realizada no Brasil sobre o tema do suicídio costuma adotar a perspectiva do estudo de fatores de risco, como apontado por Félix *et al.* (2016). Moreira e Bastos (2015) também apresentam uma revisão sobre a prevalência e os fatores associados à ideação suicida na adolescência no Brasil. Os autores concluem que a ideação nessa faixa etária é mais comum no sexo feminino e que a depressão se destaca como um importante fator de risco, assim como outros fatores associados (histórico de suicídio na família, presença de transtornos mentais, exposição à violência, abuso de álcool e drogas e conflitos familiares).

Nessa mesma direção, outros artigos no país tentam compreender o fenômeno do suicídio por meio de variáveis sociodemográficas e construtos correlatos. Como exemplo,

podem-se citar Da Rosa *et al.* (2017) que visa analisar a tendência da mortalidade por suicídio no Paraná; Sena-Ferreira *et al.* (2014) que busca compilar os fatores de risco associados com os suicídios em Palmas; e Pinto *et al.* (2017) que traz uma revisão integrativa acerca do suicídio em idosos no país, com foco nos eixos: epidemiologia, fatores associados e prevenção.

Nesse cenário, O'Connor e Nock (2014) salientam que os fatores de risco por si não conseguem responder o porquê de as pessoas tentarem acabar com suas vidas e que ainda não é claro **como** ou **por que** esses fatores de risco trabalham juntos aumentando o risco de suicídio. Van Orden *et al.* (2010) afirmam que examinar fatores de risco pode ser visto como um passo a passo para a construção de modelos etiológicos, de modo que uma teoria útil deve ser consistente com e capaz de dar conta dos fatores de risco previamente apontados pela literatura.

Com base no exposto, o conhecimento produzido no Brasil acerca do suicídio poderia subsidiar a emergência de teorias brasileiras acerca do tema. No entanto, é possível encontrar muitos teóricos que já se aventuraram ao propor teorias e modelos sobre o comportamento suicida, ainda que em contextos distintos. Essas teorias pré-existentes pautaram-se nos fatores de risco apontados em publicações internacionais – os quais se assemelham aos encontrados no âmbito nacional, e contribuíram de forma significativa no estudo do suicídio. Na atualidade, as principais teorias encontradas são as teorias contemporâneas sobre o suicídio e as teorias do recorte da ideação para a ação, ambas serão abordadas nas seções subsequentes.

Desse modo, parece interessante a possibilidade de testar a viabilidade da transposição desses modelos apresentados em outros contextos para o Brasil. Surge então a questão: pode-se supor que um modelo proposto em outro contexto poderia contribuir na explicação do suicídio no contexto brasileiro? A resposta para essa pergunta parece ser afirmativa quando observados os seguintes aspectos: a) a estabilidade do construto estudado; e b) a similaridade dos fatores de risco brasileiros com os fatores de risco, por exemplo, do contexto americano.

De fato, O'Connor e Nock (2014) afirmam que o comportamento suicida parece ser um construto estável em diversas culturas. Desde 2001 até o presente momento, o *World Mental Health* (WHO) vem realizando levantamentos que, atualmente, contam com dados de mais de 100 mil participantes, cuja maioria advém de amostras representativas dos 21 países estudados em relação ao fenômeno do suicídio (Nigéria, África do Sul, Brasil,

Colômbia, México, Estados Unidos, Índia, Japão, Nova Zelândia, China, Bélgica, Bulgária, França, Alemanha, Itália, Holanda, Romênia, Espanha, Ucrânia, Israel, Líbano). A partir desses dados, algumas pesquisas objetivam compreender melhor o fenômeno do suicídio nas nações (*cross-national studies*).

Nock *et al.* (2008), por exemplo, encontraram evidências de que o suicídio apresenta semelhanças entre os 21 países estudados (à época do estudo, a amostra contava com 84.850 pessoas). Os autores apontam que 60% das transições de ideação para elaboração de planos e tentativas ocorrem no primeiro ano após o início dos sintomas de ideação e, ainda, que os fatores de risco encontrados para a ideação suicida na amostra foram invariantes, a saber: sexo feminino, jovens, baixa escolaridade, estado civil solteiro e presença de um transtorno mental. Para países desenvolvidos, encontrou-se que o fator de risco mais relevante era a presença de um transtorno mental, ao passo que nos países subdesenvolvidos eram transtornos de controle de impulsos.

No livro '*Suicide: Global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*' (NOCK; BORGES; ONO, 2012), foram testados modelos integrativos e explicativos para o comportamento suicida a partir das variáveis mensuradas no estudo: presença de transtornos mentais nos pais, experiências traumáticas na vida adulta, condições físicas crônicas, presença de transtornos mentais e enfrentamento de adversidades na infância. O modelo que incluía todas as variáveis conseguiu prever cerca de 80% das ocorrências de tentativas de suicídio em termos mundiais, sendo a presença de transtornos mentais e o enfrentamento de adversidades na infância as variáveis com maior destaque, dado que se configuram como fatores que, isoladamente, explicam 52,01% e 41,33% dos casos, respectivamente. Os autores concluem que, assumindo uma relação causal a partir dos modelos encontrados, seria possível prevenir 62% dos casos de ideação suicida e 80% dos casos de tentativas de suicídio com a intervenção mundial direcionada para as variáveis estudadas.

Nock *et al.* (2009), ainda utilizando dados do mesmo levantamento, exploraram a relevância encontrada para a presença de transtornos mentais nas ocorrências de ideação e tentativas de suicídio. Após controlarem para comorbidades psiquiátricas, somente os transtornos caracterizados pela ansiedade e por baixo controle de impulsos conseguiram prever a ideação ou as tentativas de suicídio. Os resultados foram os mesmos para países desenvolvidos e subdesenvolvidos.

É possível encontrar indícios da estabilidade desse fenômeno também em publicações nacionais. De acordo com Moreira e Bastos (2015), por exemplo, as motivações para a ideação suicida (e.g. histórico de suicídio na família, transtornos mentais, exposição à violência, abuso de álcool e drogas, conflitos familiares) tendem a se manterem estáveis em diferentes culturas. Braga e Dell'aglio (2013) apontam que a depressão é um dos principais fatores de risco para todas as faixas etárias; e que as características epidemiológicas de pessoas que cometem o suicídio são semelhantes em diferentes culturas (indivíduos do sexo masculino, adultos e solteiros).

Para além da estabilidade cultural, várias características do comportamento suicida são similares quando comparados artigos brasileiros e americanos. Para exemplificar, podemos citar o fato de mulheres apresentarem mais tentativas de suicídio, homens terem maior probabilidade de morrer por suicídio devido à utilização de meios mais letais em suas tentativas, assim como pessoas solteiras, com baixo status socioeconômico, ou pessoas que possuem algum transtorno mental também apresentarem maior risco de tentar o suicídio (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013; CURTIN; WARNER; HEDEGAARD, 2016; FÉLIX *et al.*, 2016; LOVISI *et al.*, 2009; O'CONNOR; NOCK, 2014). Ainda, em ambos os contextos, os correlatos da ideação suicida também coincidem e, entre eles, destaca-se a depressão, a desesperança, a presença de transtornos psiquiátricos e a impulsividade (KESSLER; BORGES; WALTERS, 1999; MAY; KLONSKY, 2016b; NOCK; BORGES; BROMET, 2008).

2.4 Teorias sobre o suicídio

Compreender e explicar o comportamento suicida são tarefas que já foram desbravadas por muitos teóricos. Rory C. O'Connor e Matthew K. Nock, importantes autores no campo da suicidologia, apresentaram uma revisão no ano de 2014 sobre os progressos recentes alcançados pela ciência psicológica teórica, clínica e empírica em relação ao suicídio. Na ocasião, os autores descreveram os principais fatores de risco identificados até o momento, revisaram as teorias pré-existentes acerca do suicídio e sugeriram futuras direções que a pesquisa acerca da temática deveria tomar. Ainda, salientaram que os fatores psicológicos (personalidade e diferenças individuais; cognitivos) são construtos-chave relacionados ao fenômeno.

Os autores concluíram que diversos fatores são conhecidos por sua importância em relação ao suicídio, são eles: os fatores da **personalidade e diferenças individuais** que reúnem construtos como desesperança, impulsividade, perfeccionismo, neuroticismo, extroversão, otimismo e resiliência. Os fatores **cognitivos** que agregam subfatores como rigidez cognitiva, ruminação, agitação, *coping*, derrota, humilhação, sentimento de não pertença, percepção de ser um fardo, resolução de problemas, razões para viver, supressão de pensamentos, associações implícitas, vieses de atenção, aprisionamento, vieses de memórias autobiográficas, insensibilidade à dor, ausência de pensamentos otimistas em relação ao futuro, não temer ferimentos e a morte e dificuldade de ajustar metas (O'CONNOR; NOCK, 2014).

Os fatores **sociais**, por sua vez, aglutinam construtos como contágio, modelagem, transmissão social, isolamento social, exposição à morte de outros por suicídio e susceptibilidade. Por fim, os **eventos de vida negativos** que agrupam subfatores como adversidades na infância, eventos traumáticos na vida adulta, doenças físicas, resposta psicossocial ao estresse e outros estressores interpessoais.

Para chegar a tais conhecimentos, diversos estudos acerca dos fatores de risco e várias teorias sobre o suicídio foram conjecturados. De fato, as teorias psicológicas permitem compreender não somente quais são os fatores que aumentam a probabilidade de um fenômeno ocorrer, mas também como esses fatores trabalham juntos no aumento desse risco e, portanto, auxiliam na identificação de possíveis alvos de tratamento (O'CONNOR; NOCK, 2014). Com isso em mente, será realizada uma breve revisão das teorias contemporâneas sobre o suicídio – que usará por base a divisão histórica feita por O'Connor e Nock (2014) – e, por fim, será dada ênfase nas teorias do recorte da ideação para a ação (*ideation-to-action framework*).

3 TEORIAS CONTEMPORÂNEAS SOBRE O SUICÍDIO

As primeiras teorias científicas mais estruturadas sobre o suicídio podem ser remetidas ao início da percepção desse ato como um problema social, a partir da teoria de Durkheim no século XIX (ver tópico 2.2). Partindo de uma perspectiva contemporânea, é possível encontrar diversas teorias que se propõem a explicar o suicídio e a fornecer subsídios para uma maior compreensão do mesmo e uma possibilidade de intervenção com melhor embasamento. De modo geral, essas teorias entendem o suicídio como um *continuum*, abrangendo ideação, contemplação, ameaças, tentativas e o suicídio (RICKELMAN; HOUFEK, 1995) e, a partir disso, compreendem que todos os passos do *continuum* contam com os mesmos preditores.

Tradicionalmente, os modelos do suicídio abordaram o tema a partir de três grandes perspectivas ou modelos, a saber: (1) um modelo epidemiológico pautado em variáveis sociodemográficas; (2) modelos de diferenças individuais que se utilizavam da personalidade como explicação do fenômeno; e (3) modelos ambientais que buscam as características do meio que podem explicar o comportamento suicida (HAWTON; VAN HEERINGEN, 2006; RICKELMAN; HOUFEK, 1995). A partir dessas três grandes perspectivas, ao longo dos anos, foram surgindo diversos modelos contemporâneos que se utilizavam de uma, duas ou das três premissas clássicas e de seus construtos correlatos para propor relações explicativas acerca do comportamento suicida. A seguir, são resumidas as principais teorias contemporâneas do suicídio, desde o Modelo Cúbico do Suicídio (SHNEIDMAN, 1993b) até a Teoria Diferencial de Ativação da Suicidalidade (WILLIAMS *et al.*, 2008).

3.1 Modelo Cúbico do Suicídio

Shneidman (1993) propôs o Modelo Cúbico do Suicídio (*Cubic Model of Suicide*). Segundo Klonsky e May (2015), esse modelo propunha que o suicídio era uma resposta à dor psicológica (*psychache*). Especificamente, ele propunha que a combinação do estresse (*press*), da dor psicológica e da perturbação (*perturbation*) resultaria em risco suicidário.

Shneidman (1993, 2018) define dor (*pain*) como uma dor psicológica que resulta da frustração de necessidades psicológicas e varia em uma escala de pouca dor até uma dor

insuportável. Perturbação, por sua vez, versa sobre diversos sintomas que causam perturbação ou chateação, como redução do alcance cognitivo e perceptual, visão em túnel, impulsividade, etc. E, por fim, o estresse ou pressão representa aspectos do contexto no qual o indivíduo se encontra inserido, no modelo o estresse varia de positivo (condições favoráveis) a negativo (condições desfavoráveis) e inclui tanto situações reais quanto situações imaginadas pelo sujeito, abrangendo ainda a interpretação dada por esse acerca dessas situações.

Esse modelo recebe o nome de cúbico, devido à representação visual proposta. Ele indica que cada variável latente representa uma face de um cubo e o suicídio é simbolizado pelo vértice que agrega dor psicológica insuportável, alta perturbação e estresse negativo (SHNEIDMAN, 1993b, 2018). Cabe pontuar que a teoria de Shneidman retrata a explicação acerca do ato suicida com características impulsivas, de modo que contribui apenas na compreensão de uma parcela pequena do fenômeno do suicídio (CRAMER; KAPUSTA, 2017) e, ademais, é criticada por ser derivada de uma teorização *post hoc*, ou seja, que não foi testada *a priori* (ROGERS, 2001).

3.2 Modelo Diátese-Estresse-Desesperança do Comportamento Suicida

Schotte e Clum (1982) desenvolveram o Modelo de diátese-estresse-desesperança do comportamento suicida (*Diathesis-stress-hopelessness model of suicidal behavior*) que destaca o papel da rigidez cognitiva no suicídio. Esse modelo postula que indivíduos com rigidez cognitiva, quando se encontram em situações de elevado estresse, estão despreparados cognitivamente para conseguirem lidar com essas situações por meio de soluções alternativas, em outras palavras, sua capacidade de resolução de problemas se encontra prejudicada. A desesperança surge então como resultado direto desse processo (SCHOTTE; CLUM, 1982).

Dentro do escopo da teoria, a tentativa de suicídio e a ideação suicida são baseadas em explicações similares. De acordo com Schotte e Clum (1982), essa relação é plausível visto que a ideação suicida está ligada a uma maior probabilidade de ocorrência da tentativa de suicídio. Os autores testaram empiricamente o modelo proposto e não encontraram evidências de relação entre a ideação suicida, a intenção suicida e a rigidez cognitiva, mas a baixa capacidade de resolução de problemas em situações de elevado estresse apresentou correlação significativa com níveis altos de ideação suicida. Rudd, Rajab

e Dahm (1994) também encontraram suporte empírico somente para a relação existente entre a resolução de problemas em prever a desesperança e a ideação suicida.

3.3 O suicídio como um Escapar de Si Mesmo

Baumeister (1990) descreveu o suicídio como o ato de escapar de um estado mental aversivo (autoconsciência dolorosa) no artigo “Suicídio como um escape do *self*” (*Suicide as an escape from Self*). O autor propõe uma sequência de acontecimentos, que teriam origem em eventos da vida que não suprem expectativas e cujo fracasso é atribuído ao indivíduo, de modo que o ‘eu’ torna-se ligado a vários afetos negativos e a pessoa começa a tentar escapar da consciência do ‘eu’ inadequado. O autor ressalta ainda que sua proposta tem foco nas tentativas de suicídio e não no suicídio completo (*completed suicide*), o fator mais relevante de sua análise é a força do impulso autodestrutivo.

Dentro dessa proposta, o suicídio é colocado como o passo último do esforço para escapar do ‘eu’ e do mundo e o seu maior apelo seria justamente a possibilidade do esquecimento do estado mental aversivo. Antes desse, no entanto, a pessoa tenta atingir um estado de desconstrução cognitiva para prevenir entrar em contato com a autoconsciência e as emoções. Esse estado de desconstrução abrange pensamentos concretos, rigidez cognitiva, objetivos imediatistas, entre outros e traz consigo irracionalidade e desinibição, de forma que a pessoa se torna mais propensa a crer que medidas drásticas podem ser consideradas aceitáveis (BAUMEISTER, 1990).

Dean e Range (1999), ao testarem a teoria, encontraram que somente uma parte obteve suporte empírico, especificamente, a vulnerabilidade para pensamentos suicidas se relacionou com a depressão, a desesperança, as razões para viver e a ideação suicida. No entanto, o perfeccionismo social, o fato de a pessoa ser voltada ao ‘eu’ e o papel dos eventos de vida de grande importância não apresentaram interações válidas. A partir dos resultados, os autores concluíram que não eram os eventos externos ou o perfeccionismo que tornava os participantes suicidas e sim a desesperança com a qual os eventos negativos de vida eram interpretados, sua depressão e suas (fracas) razões para viver.

3.4 Modelo Clínico do Comportamento Suicida

Mann *et al.* (1999) também criaram um modelo de diátese-estresse, que afirma que o suicídio é causado por um estressor e por uma diátese. No modelo, o estressor seriam as doenças psiquiátricas prévias e a diátese, cuja definição é uma maior propensão do organismo para adquirir alguma doença, no caso do suicídio seria, por exemplo, uma tendência de experienciar mais ideação suicida ou ter mais impulsividade. Nesse modelo, devem ser levados em consideração tanto as doenças psiquiátricas prévias (estressores), que somadas a um histórico de maior agressividade na história de vida pregressa e características subjetivas, como atividade serotoninérgica diminuída, abuso de álcool, cigarros, etc., levam a componentes centrais – que ocasionam o ato suicida, a saber: impulsividade, desesperança, ideação suicida, percepção da depressão e planejamento suicida.

Mann *et al.* (1999) encontraram que mesmo quando as taxas objetivas de depressão eram as mesmas, o que diferenciava as pessoas que haviam tentado suicídio eram uma percepção mais severa da depressão, ao que os autores denominaram percepção da depressão. Outros fatores centrais foram os níveis de ideação suicida e de desesperança, que se apresentaram mais altos somente naqueles que já haviam tentado o suicídio. Na pesquisa, os autores demonstraram correlações que podem oferecer suporte às hipóteses levantadas, como o histórico de abuso de substância se relacionar com a agressividade e a impulsividade. Por fim, afirmaram que encontraram evidências de que as razões para viver foram um fator protetivo ao comportamento suicida, ou seja, quanto maior a pontuação nessa medida, menores as chances de uma tentativa ocorrer.

Mann (2002) reforça a ideia de explicação proporcionada por esse modelo. O autor confirma que o estressor comumente é uma doença psiquiátrica, mas em alguns casos, pode ser de outros tipos, como uma crise psicossocial; e a diátese inclui uma combinação de fatores, como sexo, religião, idade, componentes genéticos e familiares, nível de colesterol, experiências na infância, sistema de suporte psicossocial, disponibilidade de métodos letais, entre outros. O modelo traz uma perspectiva mais neurobiológica, mesmo que consiga contemplar aspectos psicossociais e uma das limitações é a grande quantidade de variáveis que apresenta.

3.5 Teoria dos Modos Suicidas

Rudd (2000) propuseram a Teoria dos Modos Suicidas (*Suicidal mode: a cognitive behavioural model of suicidality*), a qual adota uma perspectiva cognitivo

comportamental para o suicídio. Os autores apresentam a fundamentação teórica e as possíveis aplicações clínicas da teoria, vale ressaltar que essa proposta apresenta um viés clínico claro. Em suma, a proposta é fundamentada na Teoria dos Modos de Aaron Beck e tem por base os dez princípios da teoria cognitiva, de forma que descreve as características dos sistemas cognitivo, afetivo, fisiológico e comportamental que contribuem para o desenvolvimento de risco suicidário (O'CONNOR; NOCK, 2014; RUDD, 2000).

Cabe aqui exemplificar os princípios da teoria cognitiva comportamental, aplicados para a suicidalidade por Rudd (2000), que são: o caminho central para o suicídio é a cognição, ou seja, o significado privado dado a esse pelo indivíduo advém de significados desadaptativos atribuídos ao *self*, ao contexto e ao futuro (tríade cognitiva); há uma relação interativa e interdependente entre o modo suicida e os demais sistemas psicológicos, biológicos, afetivos e fisiológicos; a predisposição para a suicidalidade ocorre em função de vulnerabilidades cognitivas, entre outros.

Beck (1996 *apud* RUDD, 2000) traz o conceito de *modo*, de forma a ampliar o conceito de processamento cognitivo simples, os modos são subunidades estruturais da personalidade, que incorporam componentes básicos e relevantes, como os esquemas cognitivos, emocionais, comportamentais e motivacionais. Em relação ao modo suicida, Rudd (2000) traz a configuração desse modo considerando os esquemas envolvidos no mesmo, por exemplo, vulnerabilidade, traumas, histórico de abuso ou negligência e psicopatologias da personalidade podem aumentar o risco suicidário.

Além da vulnerabilidade, todos os demais componentes do sistema cognitivo são contemplados. Os esquemas cognitivos do modo suicida incorporam crenças desadaptativas nos três níveis de cognição, como “Eu não mereço viver” e/ou “Eu não posso resolver isso”. Os esquemas afetivos se caracterizam por grande disforia (um *mix* de emoções negativas), que inclui emoções como tristeza, ansiedade, raiva, culpa, etc. Os esquemas comportamentais/motivacionais são os responsáveis pelo impulso para o ato suicida e podem abranger diferentes modos facilitadores até os modos suicidas, no caso desse último o comportamento se dá pelo suicídio ou por atos que denotam verdadeira intenção suicida, no entanto, no caso dos modos facilitadores, podem ocorrer comportamentos de automutilação ou comportamentos de risco (como uso de drogas ilícitas), entre outros.

Uma das contribuições inovadoras trazidas por Rudd (2000) é a diferenciação entre modos facilitadores para o suicídio e modos suicidas. A ativação de um desses modos depende do tipo de estressor e das interações traço-estado que ocorrem, assim como possuem

motivações diferentes associadas. Os modos facilitadores aumentam o potencial de ocorrer um episódio suicida no futuro, ao passo que os modos suicidas ativado ocasionam tentativas de suicídio ou comportamentos com verdadeira intenção suicida. Cabe ainda ressaltar o papel da desesperança atribuído por Rudd, que a coloca como a principal ativadora dos modos suicidas.

3.6 Hipótese do Choro de Dor

Williams e Pollock (2000) apresentaram a hipótese do choro de dor ou CoP (*Cry of pain hypothesis*) que afirma que o risco de suicídio aumenta quando sentimentos de derrota e aprisionamento são graves e o potencial de resgate daquela pessoa (como a presença de suporte social e pensamentos positivos voltados para o futuro) é baixo. Essa teoria tem por base a teoria de Baumeister (1990 - *Suicide as an escape from Self*) e o Modelo *Arrested Flight* (GILBERT; ALLAN, 1998).

Baumeister (1990) afirmou que o suicídio era um ato para se afastar do contato com a autoconsciência dolorosa. Gilbert e Allan (1998) não criaram uma teoria para o suicídio, mas destacaram o papel da derrota e do aprisionamento na depressão, com suporte na observação de comportamentos do reino animal, fornecendo suporte teórico para a hipótese explicativa do comportamento suicida em questão.

Na CoP, o suicídio é visto como a vontade de escapar de uma situação intolerável. Williams (2001) afirma que o comportamento suicida é uma resposta comportamental a uma situação de estresse e tem três componentes, os quais trabalham juntos para aumentar o risco de suicídio: (1) presença da derrota; (2) percepção de não ter como escapar; e (3) percepção de não haver resgate. Aqui, o aprisionamento teria um efeito mediador entre a derrota e a ideação suicida, assim como os fatores de resgate (suporte social e pensamentos positivos voltados ao futuro) também seriam mediadores na relação entre o aprisionamento e a ideação suicida (RASMUSSEN *et al.*, 2010; WILLIAMS; POLLOCK, 2000).

Johnson, Gooding e Tarrier (2008), ao analisarem esse modelo, encontraram limitações no que se refere à falta de clareza nas definições de derrota, aprisionamento e potencial de resgate. Frente a isso, os autores afirmaram que tal problema nas definições limitavam a aplicabilidade teórica e clínica dessa teoria. Não obstante, estudos sobre a

hipótese (O'CONNOR, 2003; RASMUSSEN *et al.*, 2010) comprovam a grande relevância dos conceitos propostos no estudo do comportamento suicida.

3.7 Modelo de Avaliação Esquemática do Suicídio

O modelo de avaliação esquemática do suicídio (*Schematic appraisal model of suicide* - SAMS) foi proposto em 2008 por Johnson, Gooding e Tarrrier e afirma que o risco de suicídio é causado pela interrelação entre o viés no processamento de informações, os esquemas e os sistemas de avaliação (O'CONNOR; NOCK, 2014). Johnson, Gooding e Tarrrier (2008) inicialmente buscaram avaliar a Hipótese do choro da dor, como resultado das limitações encontradas no modelo, os autores sugeriram o SAMS como uma alternativa viável.

Johnson, Gooding e Tarrrier (2008) sugerem que existem quatro sistemas de avaliação que devem ser levados em consideração, cada um desses envolve julgamentos valorativos que requerem atenção, interpretação e inferência. Os sistemas de avaliação são: avaliação da situação atual, que versa sobre a percepção de estressores no momento atual; avaliação de fatores e padrões históricos, que fala sobre o efeito cumulativo de eventos negativos nos comportamentos suicidas; avaliação do futuro, que inclui fatores como resolução de problemas e fatores de resgate, como o apoio social; e, por fim, avaliação de atributos pessoais, que dispõe acerca de construtos como autoestima, autocrítica, autoimagem negativa, entre outros.

Além dos sistemas de avaliação, nos quais pessoas com pensamentos e comportamentos suicidas tendem a apresentar vieses, de forma que fazem avaliações negativas e distorcidas nas avaliações acima citadas, o SAMS traz também o papel dos esquemas e dos vieses no processamento de informações. De modo geral, o modelo postula que ocorrem vieses no processamento de informação, que incluem memória, atenção e racionalização dos eventos do cotidiano, especificamente, as pessoas tendem a se manter em estados emocionais negativos a partir de distorções de pensamento, como catastrofização, inferência incorreta ou atenção seletiva. A partir desses vieses, surgem esquemas relacionados com o suicídio, que incluem uma cadeia de cognições e comportamentos, que podem se agravar com a avaliação tendenciosa nos quatro sistemas avaliativos. Os esquemas de suicídio também podem ser influenciados por fatores de proteção, como fatores de

resgate, autoestima, habilidades cognitivas, dentre outros (JOHNSON; GOODING; TARRIER, 2008).

Johnson *et al.* (2010) encontraram que autoavaliações positivas eram importantes para diminuir o efeito dos pensamentos e comportamentos suicida, de modo que concluíram que a resiliência frente a situações de vida traumáticas ou estressantes se apresenta como um importante construto no estudo do suicídio. Os autores ressaltam que o modelo SAMS coloca os sistemas de avaliação, e principalmente, a avaliação positiva nos quatro âmbitos propostos, num papel de destaque ao estudar o comportamento suicida. Contudo, os autores ressaltam que é necessário realizar mais pesquisas para entender os mecanismos que envolvem a autoavaliação e a avaliação de eventos externos.

3.8 Modelo Cognitivo do Comportamento Suicida

Wenzel e Beck (2008) propuseram o modelo no artigo “*A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment*” e deram como justificativa de sua proposta o fato de que a maioria dos modelos que visavam explicar o comportamento suicida, até o momento da publicação, havia sido proposta em uma perspectiva ateuórica e carecia de testes empíricos e experimentais rigorosos. O modelo apresentado foi pautado na literatura empírica existente sobre os correlatos e fatores de risco do comportamento suicida.

Os autores propuseram um modelo de diátese e estresse, similar ao Modelo diátese-estresse-desesperança do Comportamento Suicida de Schotte e Clum. No entanto, os autores utilizam nesse caso três construtos principais: fatores de vulnerabilidade disposicional, processos cognitivos associados com perturbações psiquiátricas e processos cognitivos associados com atos suicidas (O’CONNOR; NOCK, 2014) e denominaram-no de Modelo Cognitivo do Comportamento Suicida (*Cognitive model of suicidal behavior*).

Assim como os demais modelos de diátese-estresse, os autores reconhecem que o comportamento suicida apresenta similaridades com as perturbações psicológicas de forma geral. No entanto, a partir dos construtos propostos, entendem que pessoas com poucos fatores de vulnerabilidade disposicional (como a capacidade de resolução de problemas) e com poucas experiências prévias de perturbação psiquiátricas requerem um nível de estresse na vida muito grande para ativar processos cognitivos relevantes para o suicídio (desesperança traço e estado, ideação suicida, etc.), ao passo que pessoas com muitas vulnerabilidades disposicionais e experiências de perturbações psiquiátricas severas

precisam apenas de uma pequena quantidade de estresse para ativar tais processos cognitivos (WENZEL; BECK, 2008).

Um ponto importante desse modelo são os fatores de vulnerabilidade, no qual se aponta que cinco principais devem ser observados, a saber: déficits na resolução de problemas, um vieses no estilo de memorização, traços de estilo de cognição desadaptativo, impulsividade e agressão e, finalmente, variáveis relacionadas a traços de personalidade específicos, como perfeccionismo e neuroticismo. Os tipos de esquemas de suicídio também merecem atenção, visto que na teoria existem os esquemas não impulsivos de tentativas, que são caracterizados pela desesperança crônica, e os esquemas impulsivos, que podem ser definidos por meio da percepção de intolerância, em outras palavras, a pessoa já não é ou não se considera mais capaz de aguentar a vida.

Por fim, destaca-se que a teoria apresenta avanços na compreensão do comportamento suicida por meio da utilização de construtos que têm suporte empírico (BARZILAY; APTER, 2014). Em especial, Aaron Beck recebe destaque - não somente pela teoria proposta, mas principalmente pela proposição do construto desesperança, incluso no modelo apresentado; de fato, Abramson e colaboradores (ABRAMSON *et al.*, 2000; BECK; KOVACS; WEISSMAN, 1975) destacaram o papel da desesperança, o que já era apontado por autores clássicos como Schotte e Clum (1982), frisando que este se configura como um melhor preditor da intenção suicida do que a depressão.

Beck *et al.* (1974) define a desesperança como a dimensão do pessimismo ou a extensão de atitudes negativas frente ao futuro apresentadas por uma pessoa. Com o passar do tempo, a desesperança tornou-se um dos principais preditores da ideação suicida e hoje, figura na grande maioria das pesquisas atuais sobre o tema. Tucker *et al.* (2018), por exemplo, avaliam o papel que a desesperança interpessoal tem na ideação suicida e demonstram que esse construto, especificamente quando voltado para ‘a percepção de ser um fardo’ e o ‘sentimento de não-pertença’ parece prever o desenvolvimento do desejo suicida; assim como Steeg *et al.* (2016), que investigam como a desesperança impacta em diversos fatores de risco já conhecidos e confirmam que tal construto intensifica o impacto causado por esses fatores de risco e aumentam a probabilidade da ocorrência de comportamentos autolesivos. Sendo assim, a proposição desse construto parece figurar como a maior contribuição alcançada pela teoria exposta.

3.9 Teoria de Ativação Diferencial da Suicidalidade

A Teoria de Ativação Diferencial da Suicidalidade (*Differential activation theory of suicidality*) foi proposta por Williams *et al.* (2008) e é um modelo de *network* associativo. Nesse modelo, entende-se que ter experiências prévias de ideação suicida ou comportamentos suicidas, durante um episódio depressivo, aumenta as chances de reaparecimento desses sintomas em outros momentos da vida (O'CONNOR; NOCK, 2014).

Ao estudar pacientes depressivos, autores como Mitchell *et al.* (2003) observaram que episódios de depressão tardios precisavam de menos ativação quando comparados aos primeiros episódios depressivos. Com base no exposto, Williams *et al.* (2008) questionaram se o mesmo princípio aplicado ao comportamento depressivo também poderia ser generalizado para a desesperança e a suicidalidade, de modo que a estabilidade da desesperança e dos pensamentos suicidas ao longo dos anos é posta em questão. O modelo da ativação diferencial da reatividade cognitiva sugere que a desesperança e a ideação suicida surgem a partir de pensamentos negativos em um episódio depressivo, daí em diante é formada uma associação entre o humor depressivo e tais reações, de forma que episódios depressivos futuros tenderão a ativar essas mesmas reações. O principal foco desse modelo é a facilidade com que esses padrões de pensamento podem ser ativados.

Ao testar a teoria proposta, os autores encontraram que em casos nos quais ideação suicida e desesperança já ocorreram no passado, até as menores flutuações de humor podem ativar novamente esses sintomas. Desse modo, entenderam que esse processo pode estar envolvido na escalada de uma disforia leve para um episódio depressivo severo. Tais achados contribuem na compreensão da pouca eficácia apresentada pelas intervenções nos comportamentos suicidas, visto que deve ser dada uma maior importância para a possibilidade de reaparecimento desses sintomas e não para o estado do sintoma atual, ou seja, o nível atual de desesperança pode ser baixo, mas se a desesperança for facilmente reativada, ainda há risco alto para comportamentos suicidas.

Em suma, a teoria demonstrou que desesperança e suicidalidade podem vir a desaparecer por completo quando o paciente está eutímico, ou seja, quando ele apresenta humor estável. Contudo, podem permanecer prontos para serem ativados quando o paciente tornar a deprimir. Portanto, sugere-se que o tratamento e as intervenções sejam direcionados para a vulnerabilidade da ativação desses sintomas.

3.10 Conclusão acerca das teorias contemporâneas

Não obstante os avanços proporcionados por cada uma das teorias referenciadas, o fenômeno do suicídio continuou a apresentar índices cada vez mais altos ao redor do mundo. É interessante perceber que as teorias do suicídio, de modo geral, e, especialmente, as mais recentes vêm dando ênfase aos fatores de risco psicológicos do comportamento suicida (O'CONNOR; NOCK, 2014). No entanto, uma das características dessas teorias que possivelmente limitou o progresso em compreendê-lo é a falha dessas teorias em diferenciar as explicações oferecidas para os pensamentos e o comportamento suicida (KLONSKY; MAY, 2015; NOCK *et al.*, 2008).

Considerando que a maioria das pessoas que pensam sobre suicídio, normalmente não age em prol desse fim, algumas teorias recentes começam a surgir, dentro de um recorte da ideação para a ação (*ideation-to-action framework*). Esse recorte (*framework*) propõe que o processo de desenvolvimento da ideação suicida deve ser visto como sendo um processo distinto da passagem da ideação para a tentativa de suicídio, pois ambos teriam preditores e explicações distintas, o que será melhor explorado a seguir.

4 TEORIAS DO RECORTE DA IDEAÇÃO PARA A AÇÃO

Pesquisas recentes começam a apontar fatores passíveis de diferenciar pessoas apenas com níveis de ideação suicida daquelas que já tentaram, realmente, o suicídio (*suicide attempters from suicide ideators*). Honings *et al.* (2016), por exemplo, encontraram que experiências psicóticas aumentavam as chances de uma tentativa de suicídio ocorrer em 8,9 vezes, mas estavam pouco relacionadas com a ideação suicida – ainda, concluem que estados de maior sofrimento mental parecem ser um preditor importante desses comportamentos autolesivos.

Outros estudos no mesmo sentido apontam outras variáveis que apresentam essa mesma característica. McFeeters, Boyda e Siobhan (2015) encontraram que os eventos de vida estressantes (*stressfull life events*) parecem predizer o risco de transição para o comportamento suicida entre aqueles que possuem ideação, podendo ser uma das variáveis que sinaliza o risco imediato de suicídio nesse grupo de risco de pessoas com ideação. Fujita *et al.* (2015) apontaram que a depressão não conseguia diferenciar tais grupos, mas alucinações auditivas e verbais conseguiam aumentar as chances de uma tentativa de suicídio ocorrer em 3,4 vezes.

A essas produções juntam-se outras diversas, como Bryan, Theriault e Bryan (2015), Khazem e Anestis (2016), de Araújo e Lara (2016), os quais apontam evidências que diversas variáveis se comportam de modo distinto entre pessoas com ideação e pessoas com histórico de tentativas. Especificamente, os estudos contemplam as variáveis: perdão direcionado para si (*self-forgiveness*), regulação emocional, sintomas depressivos, sentimento de pertença (*thwarted belongingness*), sentir-se um fardo (*perceived burdensomeness*) e abuso emocional na infância.

Nesse âmbito, May e Klonsky (2016) realizaram uma metanálise com o objetivo de pontuar os avanços da literatura em diferenciar pessoas com ideação daquelas que tentaram o suicídio. Na publicação, foram compilados 27 estudos e as variáveis que se destacaram foram: para a ideação suicida (*ideators*), diagnóstico de depressão, severidade da depressão e transtorno de estresse pós-traumático; e, para aqueles que tentaram suicídio (*attempters*) os maiores efeitos vieram das variáveis: transtornos de ansiedade, transtornos relacionados ao uso de drogas, transtorno de estresse pós-traumático e abuso sexual.

É importante pontuar que os efeitos encontrados variaram de fracos a moderados para diferenciar pessoas com ideação de pessoas que já tentaram o suicídio, de modo que os

autores concluíram que, apesar da grande quantidade de estudos, ainda não foram identificados fortes correlatos das tentativas de suicídio. E, tendo em vista que os pensamentos suicidas são um pré-requisito das tentativas, mas a maioria das pessoas com ideação nunca age em prol desses pensamentos, a hipótese de que existem fatores de risco diferentes para o pensamento suicida e a ação suicida se mantém e, portanto, pontua-se que a utilidade do conhecimento atual é limitada.

O recorte de ideação para a ação, apesar de ainda ser um campo de estudo recente, já acumula um expressivo volume de publicações e marcos de avanços científicos nesse campo já podem ser pontuados. Primeiramente, o avanço mais significativo ocorreu em 2005, quando Thomas Joiner propôs a Teoria Interpessoal do suicídio, na qual a ideação suicida e a progressão da ideação para tentativas eram tratadas como processos diferentes com explicações distintas. Klonsky e May (2014) apontam que o recorte (*framework*) deve ser visto como a contribuição mais importante do autor e acrescentam que esse recorte deve guiar todas as pesquisas e teorias relacionadas à temática do suicídio daqui para a frente.

May e Klonsky (2016) afirmam que o primeiro passo para explicar a transição de pensamentos suicidas para comportamentos é isolar as variáveis pertencentes a cada etapa do fenômeno, desse modo, modelos compreensivos da suicidalidade poderão ser propostos. De fato, na literatura atual ainda é necessário identificar as variáveis que estejam fortemente relacionadas com as tentativas de suicídio, partindo do princípio que a atuação sobre estas variáveis possa ser mais efetiva em prevenir o suicídio.

Por exemplo, Klonsky, Qiu e Saffer (2017) encontraram que a depressão e a desesperança eram bons preditores da ideação suicida, enquanto a capacidade para o suicídio e, principalmente, a interação entre estimulação (*arousal*) e capacidade para o suicídio prediziam melhor as tentativas e a morte por suicídio. Tais resultados comprovam a premissa de que os fatores que tornam um indivíduo mais propenso a cometer o suicídio, diferem daqueles que facilitariam a progressão de pensar sobre o suicídio para tentá-lo e, potencialmente, vir a morrer por essa causa. Em suma, a ideação e a progressão para a tentativa de suicídio devem passar a ser vistas como processos distintos e que, por sua vez, possuem explicações diferentes.

Dentro das premissas apresentadas, algumas teorias foram desenvolvidas com foco na propensão para a tentativa ou da passagem da ideação para a tentativa de suicídio, a saber: Teoria do Suicídio Interpessoal-Psicológica (ITPS – JOINER, 2005), Modelo Integrado Motivacional e Volitivo (IMV – O’CONNOR, 2011a, 2011b), Teoria de três

passos do suicídio (3ST – KLONSKY; MAY, 2015). De acordo com Klonsky, Qiu e Saffer (2017) as teorias supracitadas oferecem ideias testáveis e promissoras acerca da ideação suicida e da transição da ideação para a ação.

A teoria de vulnerabilidade fluida (*Fluid vulnerability theory* - FVT), proposta em 2006 por Rudd, concorda com as premissas do *framework* da ideação para a ação e, atualmente, vem sendo estudada com o propósito de contribuir com a explicação da não linearidade do curso da ideação para a tentativa de suicídio. Essa teoria pode ser vista como uma extensão da Teoria dos modos suicidas, resumida anteriormente (ver tópico 3.5) e da psicopatologia de Aaron Beck. A partir da FVT, a estabilidade e o nível de dinamicidade dos construtos relacionados a ideação suicida e as tentativas de suicídio passam a ser explorados; eventualmente, espera-se poder esclarecer com mais clareza aspectos da transição da ideação para a tentativa, no entanto, mais estudos ainda são necessários (KLONSKY; SAFFER; BRYAN, 2018).

Na presente dissertação, será dada ênfase na Teoria de Três Passos (*The three step theory* – 3ST). No entanto, considera-se necessária uma breve apresentação das teorias predecessoras (ITPS e IMV), com foco nas contribuições que deram ao estudo do suicídio e em seus princípios básicos, de forma a contextualizar melhor o campo teórico e oferecer suporte na apresentação da teoria de escolha.

4.1 Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio (ITPS)

A Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio (*Interpersonal-Psychological Theory of Suicide* - ITPS), proposta por Joiner (2005), postula que as pessoas são biológica e evolutivamente programadas para temer a dor, os ferimentos e a morte; de forma que, para tentar o suicídio a pessoa deve superar esses medos; e, o faz, por meio das experiências que o habitua a tais conceitos, por exemplo: trauma, exposição à violência, entre outros. Essa teoria introduz o conceito de capacidade para o suicídio, se configurando como a primeira teoria que enfatizou a necessidade de explicações distintas para ideação/ação suicida.

Com efeito, essa teoria recebeu muita atenção, devendo-se destacar que a separação da ideação suicida da propensão para a ação suicida pode ser considerada a sua maior contribuição (KLONSKY; MAY; SAFFER, 2016). É dado a essa teoria o título de primeira teoria do recorte de ideação para ação (*ideation-to-action framework*) e o crédito

por ter dado início a uma nova geração de teorias dentro desse enquadramento (KLONSKY; QIU; SAFFER, 2017).

Os construtos propostos pela ITPS são definidos a seguir, no entanto, para uma revisão completa acerca destes, ver Van Orden *et al.* (2010):

O sentimento de não-pertença tem relação com o isolamento social, interação social, solidão, etc., e principalmente, com a necessidade básica do ser humano de “pertencer”. A variável nesse modelo é vista como multidimensional, tendo dois fatores, o primeiro “solidão”, que pode ser definido como alguém que se sente desconectado dos outros e inclui: morar sozinho, ter baixo suporte social, família desestruturada, casamento, filhos, amigos, entre outros; o segundo fator “ausência de cuidado recíproco” é traduzido como não ter ninguém com quem contar ou não ter suporte de ninguém e inclui: isolamento social, violência doméstica, abuso na infância, conflitos familiares, perdas (como mortes ou divórcio), entre outros.

A percepção de ser um fardo mantém relação com fatores de risco do sentimento de não-pertença, como os conflitos familiares, desemprego e doenças físicas. Acontecimentos negativos como esses citados podem levar o indivíduo a desenvolver uma percepção de si mesmo como sendo um fardo para a família ou para as pessoas próximas. Na teoria proposta, esse construto é multidimensional e passa a ser definido por dois fatores, o primeiro “*liability*”, que significa uma pessoa que tende a causar vergonha ou desvantagens aos outros e agrupa variáveis como angústia relacionada ao desemprego, a não ter onde morar, crença de ser um fardo para a família ou pessoas próximas, entre outros; o segundo fator “*self-hate*” é definido como um ódio direcionado a si mesmo e contempla características como baixa autoestima, vergonha, culpa, agitação, entre outros.

Por fim, a capacidade adquirida para o suicídio advém da premissa de que morrer por suicídio não é algo fácil e, portanto, o desejo de morrer por esse meio não é o suficiente para explicar o ato. Portanto, a capacidade de cometer suicídio seria composta pela tolerância de suportar a dor física e a redução do medo de morrer, e a forma de se adquirir essas características seria pela habituação a esses estímulos por meio de experiências dolorosas e indutoras de medo, como violência na infância, tentativas de suicídio anteriores, exposição ao combate, impulsividade, entre outros.

Van Orden *et al.* (2010) apontam que a forma mais perigosa de desejo suicida é causada pela presença simultânea de dois construtos – pertencimento frustrado ou baixo pertencimento (*thwarted belongingness*) e percepção de ser um fardo (*perceived*

burdensomeness), ou seja, sugere que o baixo pertencimento e o sentimento de ser um fardo causam o desejo pelo suicídio, ao passo que a capacidade adquirida para o suicídio determina se o desejo suicida pode levar a uma possível tentativa letal. A representação esquemática dessa teoria pode ser observada na Figura 1.

Em resumo, a teoria se constrói com base em três construtos: sentimento de não-pertença (*thwarted belongingness*), percepção de ser um fardo (*perceived burdensomeness*) e capacidade adquirida para o suicídio (*acquired capability for suicide*). As relações entre esses construtos são definidas por meio de quatro hipóteses, como segue: (1) Sentimento de não-pertença e percepção de ser um fardo são causas próximas e suficientes da ideação suicida passiva; (2) A presença simultânea do sentimento de não-pertença e da percepção de ser um fardo, quando percebidas como estáveis e imutáveis (ex. desesperança em relação a esses estados) são uma causa próxima e suficiente da ativação do desejo suicida; (3) A presença simultânea do desejo suicida e um baixo medo da morte servem como condição sob a qual o desejo suicida se transforma em intenção suicida; (4) O resultado de comportamentos suicidas graves (como tentativas letais ou quase letais) é mais provável de ocorrer no contexto de sentimento de não-pertença, percepção de ser um fardo (e desesperança em relação a ambos), medo reduzido do suicídio e tolerância elevada à dor física (VAN ORDEN *et al.*, 2010).

Figura 1. Modelo da Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio



Fonte: VAN ORDEN, K. A., *et al.* (2010, tradução nossa).

O modelo foi testado em algumas ocasiões e os resultados são interessantes de serem observados. Bryan *et al.* (2010) encontraram que, em uma amostra de 88 militares, a interação entre a percepção de ser um fardo e a capacidade adquirida para o suicídio conseguiram prever significativamente o histórico suicida, mas a percepção de ser um fardo, isoladamente, não se mostrou um bom preditor. Grossman, Park e Russell (2016) avaliaram 129 jovens transgêneros e encontraram suporte para a ITPS, visto que na amostra a percepção de ser um fardo e o sentimento de não-pertença foram significativamente relacionados à ideação suicida e, ainda, ter tido histórico de eventos de vida dolorosos e provocativos e a capacidade adquirida para o suicídio conseguiram prever tentativas e comportamentos autolesivos.

Ma *et al.* (2016) realizaram uma revisão sistemática para reunir evidências empíricas de suporte da ITPS e encontraram, por meio de 66 artigos, que foram localizadas evidências tanto contrárias como favoráveis às proposições da teoria. O efeito com maior suporte era aquele entre a percepção de ser um fardo e a ideação suicida e, as demais propostas, não apresentavam forte suporte da literatura. No mesmo sentido, Cero *et al.* (2015) apontam algumas limitações da teoria, como o fato de não considerar os efeitos quadráticos que podem influenciar os construtos ‘percepção de ser um fardo’ e ‘sentimento de não-pertença’.

4.2 Modelo Motivacional-Volitivo Integrado do Comportamento Suicida (IMV)

O Modelo Integrado Motivacional e Volitivo do Comportamento Suicida (*The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour* - IMV), também se configura como uma teoria da *ideation-to-action framework*. Foi proposto por O’Connor (2011a, 2011b; NOCK; O’CONNOR, 2014; O’CONNOR; KIRTLEY, 2018) e postula que os fatores motivacionais, especificamente a derrota e o aprisionamento, causam a ideação suicida; e um conjunto de fatores volitivos (por exemplo, capacidade adquirida para o suicídio, acesso a meios letais, planejamento, impulsividade) prediz e explica a progressão da ideação para a tentativa.

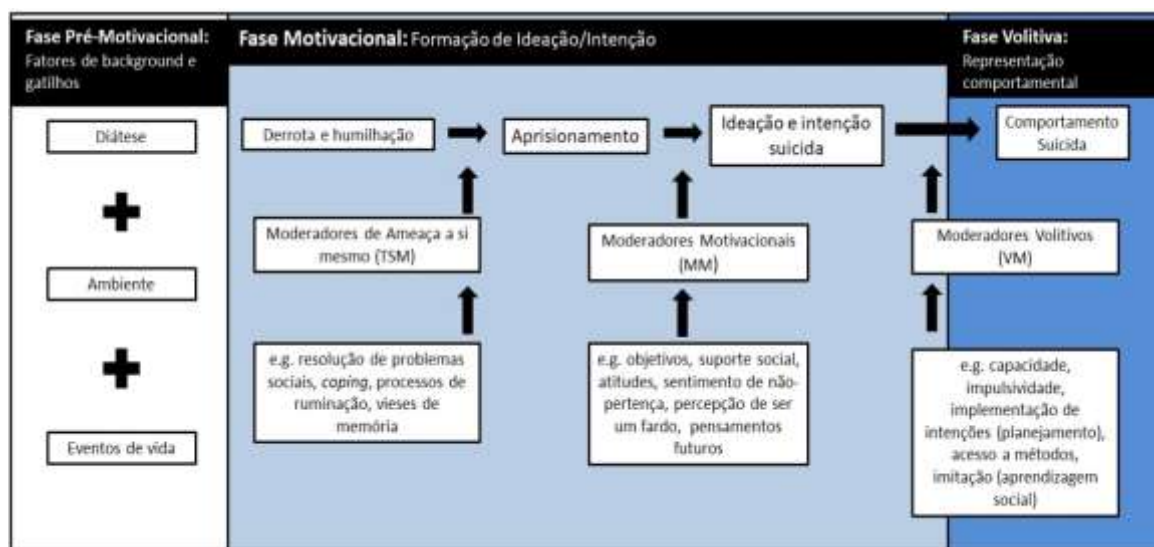
Esse modelo trabalha principalmente com os determinantes psicológicos do comportamento suicida e busca integrar os principais componentes, baseados em evidências, dos modelos anteriores de explicação do comportamento suicida. O IMV é um modelo

integrado de três fases que pretende distinguir pessoas com ideação (*ideators*) daquelas com tentativas de suicídio (*attempters*).

Inicialmente, é proposto que o preditor do comportamento suicida seria a intenção comportamental de se engajar nesse tipo de comportamentos. Essa intenção é determinada por sentimentos de aprisionamento, nos quais o suicídio é percebido como a única solução possível e, tal sentimento de aprisionamento tem como gatilho avaliações de derrota e de humilhação. A transição das avaliações de derrota e de humilhação para o aprisionamento (fase 1), do aprisionamento para a intenção comportamental suicida (fase 2), e da intenção para o ato suicida (fase 3) é facilitada ou dificultada por moderadores motivacionais específicos de cada fase. A representação esquemática do modelo pode ser vista na Figura 2.

Anteriormente a essas três fases, que configuram as fases motivacionais e volitivas do IMV, o autor também propôs a existência de uma *fase pré-motivacional*, composta pelo ambiente e pelos eventos de vida, que fornecem o contexto biossocial para o suicídio e, em geral, contam com variáveis como privação, fatores de vulnerabilidade, crises de relacionamento, características de personalidade – como o perfeccionismo, entre outros. A fase pré-motivacional é importante, dado que o modelo não opera em um “vácuo social” e sim, recebe influência da diátese-ambiente-eventos de vida, ou seja, de fatores genéticos ou contextuais que aumentam a predisposição de certas características ocorrerem na presença do estresse.

Figura 2. Modelo Motivacional-Volitivo Integrado do Comportamento Suicida



Fonte: O'CONNOR, R.C. (2011a, tradução nossa).

A fase motivacional do modelo contempla as duas primeiras transições, ou seja, a transição das avaliações de derrota e de humilhação para o aprisionamento (fase 1) e do aprisionamento para a intenção comportamental suicida (fase 2). A sensibilidade para avaliar as situações como de derrota ou humilhação são determinadas pelos fatores da fase pré-motivacional, no entanto os eventos de vida negativos/estressantes também operam um papel fundamental. A transição da derrota/humilhação para o aprisionamento não é algo que ocorrerá de modo inevitável, pois os moderadores motivacionais podem atuar nessa transição. Em geral, os moderadores motivacionais que atuam nessa primeira fase são: resolução de problemas sociais, estratégias de *coping*, processos de ruminação e vieses de memória.

Já a transição do aprisionamento para a intenção comportamental suicida pode ser facilitada ou impedida pela atuação de moderadores motivacionais ou fatores motivacionais distintos dos presentes na fase anterior. Aqui, os fatores motivacionais que terão maior influência, são: presença de suporte social, ausência de pensamentos positivos relacionados ao futuro, baixo reengajamento em metas/objetivos, sentimento de não-pertença e percepção de ser um fardo.

Por fim, pode ocorrer a transição da intenção para o ato suicida (fase 3), o que representa a última fase do modelo, que é a fase volitiva. Na fase volitiva, os moderadores volitivos são uma série de fatores que se propõe a explicar o alto risco de engajamento em comportamentos suicidas. Alguns dos moderadores volitivos são: ter acesso aos meios para cometer suicídio, ter a capacidade adquirida para o suicídio, conhecer outras pessoas que já se engajaram em comportamentos suicidas e impulsividade. Tais variáveis são advindas de teorias como a ITPS (JOINER, 2005) e o Modelo *Arrested Flight* (WILLIAMS; POLLOCK, 2000).

Outros pesquisadores, desde a proposição desse modelo, já o colocaram a teste e vêm encontrando evidências de sua adequação e propondo alterações com base nos seus resultados. Wetherall, Robb e O'Connor (2018) encontraram suporte às propostas do modelo IMV por meio de resultados como: derrota foi um mediador entre comparações sociais negativas e o aprisionamento, enquanto o aprisionamento mediou a relação entre derrota e intenção suicida.

A pesquisa de Dhingra, Boduszek e O'Connor (2016) realizada no Reino Unido com uma grande amostra de estudantes universitários, também oferece suporte aos principais princípios da IMV. Os autores encontraram que somente os fatores volitivos (não temer a

morte, impulsividade e exposição a comportamentos suicidas) conseguiram diferenciar, de modo confiável, as pessoas com ideação suicida daqueles que tentaram suicídio, enquanto que esses grupos não se diferenciaram nos fatores motivacionais (derrota, aprisionamento, percepção de ser um fardo e sentimento de não-pertença). Ainda, aqueles que já haviam tentado suicídio possuíam na sua história de vida mais exposição a machucados; autolesões; e tentativas de suicídio prévias ou de pessoas próximas.

4.4 Teoria de Três Passos do Suicídio (3ST)

Klonsky e May (2015; DHINGRA; KLONSKY; TAPOLA, 2018) propuseram a Teoria de três passos do suicídio, tal proposta foi lançada no ano de 2015, no artigo “Teoria de três Passos (3ST): Nova teoria do suicídio baseada no recorte da ideação para a ação” (*The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework*) por E. David Klonsky e Alexis M. May. Essa teoria é vista como a terceira teoria da *ideation-to-action framework*.

Em resumo, a 3ST propõe que: 1) a ideação suicida resulta da combinação da dor emocional com a desesperança; 2) a ideação se torna forte ou ativa quando a dor excede a conectividade; e 3) a progressão da ideação para a tentativa é facilitada por meio de contribuintes disposicionais, aprendidos e práticos para a capacidade de tentar suicídio. A representação esquemática do modelo pode ser vista na Figura 3.

Alguns pontos importantes acerca desta é que adiciona ao escopo teórico da ITPS os fatores biológicos (como a sensibilidade à dor) e os fatores práticos (conhecimento e acesso aos meios letais), os quais também passam a ser levados em consideração. Ainda, se configura como uma alternativa parcimoniosa, visto que ideação e tentativas são explicadas por meio de quatro fatores: dor emocional, desesperança, conectividade e capacidade para o suicídio. Nesse cenário, a ideação suicida é caracterizada por pensamentos sobre o desejo suicida, ou seja, a intenção séria de acabar com a própria vida; ao passo que a tentativa de suicídio constitui o engajamento em comportamentos autolesivos com a intenção de acabar com a própria vida (KLONSKY; MAY, 2015). Tais conceitos serão assumidos em todo escopo desta dissertação.

O modelo se distribui em três passos, cujo primeiro (1) se caracteriza pelo desenvolvimento da ideação suicida; o segundo (2), pela transição da ideação moderada/leve para grave; e o terceiro (3), pela progressão da ideação para as tentativas de suicídio. O

primeiro passo para o desenvolvimento da ideação suicida é a dor, seja ela física ou psicológica – o segundo tipo, configura-se como o mais comum; os autores propõem que, se o dia a dia da pessoa é permeado por dor, essencialmente, é como se ela estivesse sendo punida por viver e, portanto, a ideia de morte começa a surgir (DHINGRA; KLONSKY; TAPOLA, 2018; KLONSKY; MAY, 2015).

As fontes e os tipos de dor podem ser diversos e incluem: isolamento social, derrota, aprisionamento, sentimento de não-pertença, percepção de ser um fardo, dores físicas, auto percepções negativas, etc. Comumente, a mais avaliada e associada com a ideação suicida é a dor emocional ou dor mental. Contudo, somente a dor não é o suficiente para dar início aos pensamentos suicidas, pois se a pessoa, mesmo com a dor, compreende a possibilidade de que a situação pode melhorar, os pensamentos de dar fim à própria vida tendem a não surgir. Por tal motivo, a desesperança também é um construto chave nesse primeiro passo da 3ST.

O segundo passo em direção a comportamentos letais envolve o construto conectividade. Esse construto é definido pelos autores como a conexão a outras pessoas, a um emprego, projeto, papel, interesse ou qualquer senso de propósito ou significado que possa manter uma pessoa investida no ato de viver. Parte-se da premissa que, em casos onde houver desesperança e dor, a ideação suicida se manterá moderada, contanto que a conectividade supere os níveis de dor. No momento em que a dor se torna superior a conectividade, a ideação suicida passa a ser grave.

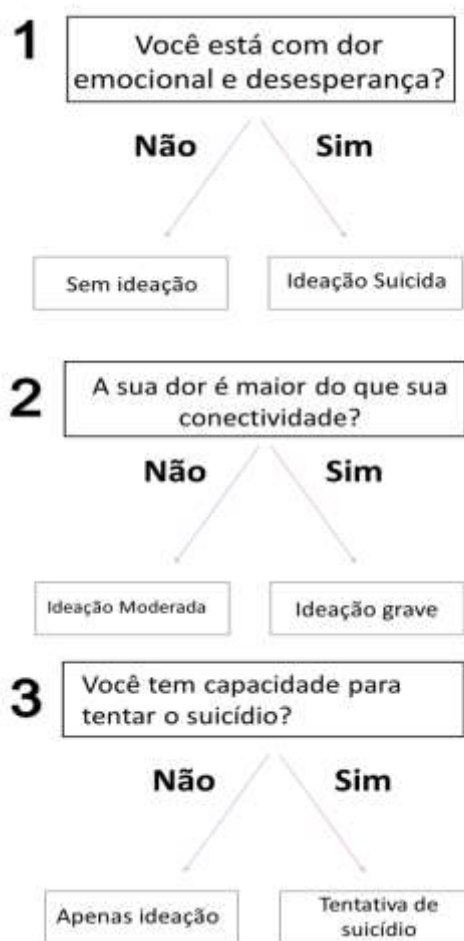
Um ponto importante a ser destacado, é que, apesar da definição de conectividade lembrar a proposta da ITPS (em relação aos construtos sentimento de não-pertença e percepção de ser um fardo), aqui é vista como um fator protetivo frente ao desenvolvimento da ideação suicida grave e, mesmo podendo contribuir para o desenvolvimento da dor e da desesperança, ela não é vista como necessária para o surgimento da ideação suicida (dor + desesperança). De forma que a pessoa pode ter baixa conectividade sem apresentar nenhuma ideação suicida ou apresentar ideação suicida e não ter níveis baixos em conectividade.

Finalmente, o terceiro e último passo teorizado pela 3ST se refere à transição da ideação suicida para o ato de tentar acabar com a própria vida. Nesse momento, o conceito-chave (conforme proposto por Joiner, 2005) é a capacidade para o suicídio. Klonsky e May (2015) expandem o conceito da ITPS (de capacidade adquirida para o suicídio) propondo

três categorias específicas de variáveis que contribuem para a capacidade suicida: variáveis disposicionais, adquiridas e práticas.

As variáveis disposicionais se referem a aspectos genéticos que se relacionam com a capacidade para o suicídio, como o caso de pessoas que nascem com maior tolerância à dor – que teriam uma maior probabilidade de realizar uma tentativa ou pessoas que nascem com fobia a sangue – que teriam menor probabilidade. As variáveis adquiridas se referem ao conceito proposto por Joiner (2005) e são definidas como a habituação a experiências associadas à dor, machucados, medo e morte; e tal habituação aumentaria a probabilidade de ocorrer uma tentativa de suicídio. Finalmente, as variáveis práticas se referem a fatores concretos que tornam a tentativa mais fácil, por exemplo, acesso a meios letais, conhecimento de como dar fim à vida, etc. (DHINGRA; KLONSKY; TAPOLA, 2018; KLONSKY; MAY, 2015).

Figura 3. Modelo da Teoria de Três Passos do Suicídio (3ST)



Fonte: KLONSKY, E.D.; MAY, A.M. (2015, tradução nossa).

As premissas apresentadas pela 3ST encontram suporte em diversos estudos empíricos. De fato, May e Klonsky (2013) encontraram que a dor psíquica/emocional e a desesperança eram as duas principais motivações para as tentativas de suicídio, tendo por base a resposta de aproximadamente 65% da amostra participante, a qual foi composta por 66 estudantes com histórico de tentativas de suicídio prévias nos últimos três anos. Estudos com adultos e adolescentes demonstram que a ideação se encontra mais ligada à dor e a desesperança do que a outros fatores como choro de dor, impulsividade, sentimento de não-pertença e percepção de ser um fardo (MAY; KLONSKY, 2013; MAY *et al.*, 2016).

Quanto à capacidade para o suicídio, várias pesquisas (como KLONSKY; QIU; SAFFER, 2017; e, de forma geral, as publicações referentes ao *framework*) apontam que pessoas com mais capacidade de aguentar a dor e o estresse possuem uma conexão mais próxima entre a ideação suicida e a tentativa de suicídio. Com efeito, os contribuintes disposicionais, adquiridos e práticos para a capacidade do suicídio conseguiram prever o histórico de tentativa de suicídio melhor do que quando comparados ao histórico de ideação suicida ou ao nível de ideação suicida do momento da coleta de dados (KLONSKY; MAY, 2015).

A teoria também foi testada em uma amostra chinesa, composta por 1097 estudantes. Os resultados confirmaram as hipóteses da 3ST, mas os valores obtidos pelas análises estatísticas foram baixos quando comparados aos resultados dos estudos americanos. É importante pontuar que a amostra contou com um baixo número de pessoas com ideação (somente 21,42% da amostra) e com histórico de tentativas de suicídio (3,83%). Nesse estudo, conduzido por Yang *et al.* (2018) o modelo final da regressão hierárquica explicou 13% da ideação suicida, tendo como preditores a interação entre dor psicológica e desesperança.

Uma ANOVA *one-way* também foi realizada e atestou que o subgrupo ‘alta desesperança e alta dor psicológica’ apresentava médias significativamente mais altas do que os demais – níveis médios e baixos de pontuação nas variáveis analisadas. A variável ‘conectividade’ foi subtraída da ‘dor psicológica’, de modo que valores positivos nesse cálculo representavam que a dor psicológica excedia a conectividade e, portanto, deveria estar ligada à maiores níveis de desesperança. De fato, no subgrupo de ‘alta desesperança e alta dor psicológica’ encontrou-se uma maior correlação ($r= 0,34$) com a variável calculada do que quando comparado aos valores obtidos na correlação com os demais participantes ($r=0,12$).

Finalmente, ao avaliar as tentativas de suicídio, os autores encontraram que somente os fatores práticos (medidos pela *Suicide Capacity Scale – SCS-3*) conseguiram diferenciar pessoas somente com ideação daquelas com histórico de tentativas. Yang *et al.* (2018) afirmaram que nem o ‘não temer a morte’ (*fearlessness about death*) e nem os fatores disposicionais e adquiridos (que compõe os demais fatores da SCS-3) conseguiram diferenciar tais grupos. Os resultados do estudo comprovaram que as variáveis propostas pela 3ST possuem poder preditivo tanto para a ideação suicida (dor e desesperança), quanto para as tentativas de suicídio (fatores práticos; YANG *et al.*, 2018).

Dhingra, Klonsky e Tapola (2018) também testaram a teoria, porém dessa vez, a amostra utilizada era composta por estudantes britânicos. Nesse estudo, a interação entre dor e desesperança explicou 56% da variância para a ideação suicida; e os fatores disposicionais ($d = 0,29, p < 0,005$), adquiridos ($d = 0,48, p < 0,001$) e práticos ($d = 0,87, p < 0,001$) distinguiram pessoas somente com ideação daquelas com histórico de tentativas – como demonstrado por meio de correlações ponto bisseriais.

Tanto no estudo de Dhingra, Klonsky e Tapola (2018), quanto no de Yang *et al.* (2018) os resultados encontrados foram testados quanto a sua estabilidade em diferentes grupos, a saber: homens e mulheres, pessoas acima/abaixo de 35 anos. É importante ressaltar que não houveram modificações nos resultados, corroborando assim com a estabilidade dos resultados encontrados.

Com base no exposto, pode-se perceber que a 3ST tem um grande potencial em contribuir com o avanço científico acerca do suicídio e de sua prevenção (KLONSKY; MAY; SAFFER, 2016). Em termos clínicos, os autores sugerem quatro alvos de intervenção, no que tange a prevenção do suicídio, que são: redução da dor, aumento da esperança, melhora das conexões sociais e redução da capacidade para o suicídio (KLONSKY; MAY, 2015). Nos próximos capítulos, as premissas básicas da teoria foram testadas, dessa vez, em contexto brasileiro.

5 ESTUDO 1: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS

Esse estudo tem por objetivo principal a validação das medidas necessárias para testar as proposições da 3ST em contexto brasileiro. De forma específica, serão analisados indicadores de validade e precisão dos instrumentos utilizados; além da realização dos procedimentos requeridos para a tradução e adaptação de instrumentos psicológicos com vistas a utilizá-los em um contexto distinto daqueles para os quais foram criados. A seguir, descrevem-se: o método utilizado para alcançar os objetivos propostos e os principais resultados encontrados.

5.1 Método

5.1.1 Participantes

Contou-se com uma amostra de 288 participantes da população geral do estado do Ceará – CE. Os participantes, majoritariamente, eram do sexo feminino (62,8%), heterossexuais (79,4%), solteiros (87,4%), católicos (53,2%) e com idades variando entre 18 e 68 anos ($M = 24,02$; $DP = 8,87$). Ainda, a maioria declarou possuir ensino superior incompleto (68,6%) e renda familiar acima de quatro salários mínimos (21%). Na ocasião da pesquisa, 13,8% dos participantes afirmaram ter histórico de tentativas de suicídio e 10,6% afirmou estar ter ideação suicida.

5.1.2 Instrumentos

Os participantes foram convidados a responder uma bateria de instrumentos, como segue:

Perguntas sociodemográficas. Foram realizadas perguntas de caráter sociodemográfico com fins de caracterização da amostra, como: idade, sexo, religião, orientação sexual, renda familiar, entre outros.

Questionário de Necessidades Interpessoais (Interpersonal Needs Questionnaire – INQ; ANEXO B). Originalmente, a escala apresentava 25 itens que avaliavam os níveis de conectividade e de pertencimento do indivíduo, por meio de dois fatores: percepção de ser um fardo e sentimento de não-pertença - em outras palavras, o

questionário mensura quanto a pessoa se percebe conectado aos outros e o quanto se percebe como um fardo para estes (VAN ORDEN *et al.*, 2008). No entanto, Hill *et al.* (2014) analisaram diferentes versões encontradas na literatura, de 10, 12, 15, 18 e 25 itens e concluíram que somente as versões de 10 e 15 itens mostraram-se adequadas nas análises fatoriais confirmatórias realizadas, especificamente, a versão de 10 itens obteve os melhores resultados. No presente estudo, será utilizada a escala de 10 itens, cuja metade deles mensura o fator ‘percepção de ser um fardo’ e a outra metade o ‘sentimento de não-pertença’. A escala de resposta é em formato *likert* de 7 pontos, variando entre (1) *Não é verdade para mim de forma alguma* e (7) *Muito verdadeiro para mim* e o escore final é calculado de forma que reflete altos níveis de pontuações nos fatores. No estudo de validação original da escala, os alfas dos fatores variaram entre 0,80 e 0,90 em diferentes amostras, demonstrando a confiabilidade do instrumento.

Escala de dor psicológica (Scale of Psychache - PAS; ANEXO C). É composta por 13 itens que medem a dor emocional/mental atual. A escala foi criada com base na teoria de Shneidman (1993); proposta e validada, em contexto americano, no estudo de Holden *et al.* (2001), na ocasião a estrutura fatorial que melhor se adequou foi a unifatorial. Os itens são respondidos em uma escala de cinco pontos, variando de (1) *Nunca* a (5) *Sempre*, e formando um escore total que pode variar entre 13 e 65. As propriedades psicométricas da escala foram atestadas, no estudo de Dhingra, Klonsky e Tapola (2018) e o coeficiente de confiabilidade (Alpha de Cronbach) foi de 0,96.

Escala de Capacidade adquirida para o suicídio (Acquired capability for Suicide Scale – ACSS; ANEXO D). É uma medida de 20 itens, utilizada para mensurar a capacidade para o suicídio, proposta por Van Orden *et al.* (2008). Mede, especificamente, o quanto as pessoas sentem-se aptas a realizarem tarefas perigosas e o quanto se sentem confortáveis em situações potencialmente perigosas, desse modo, a medida seria eficiente em mensurar dois aspectos cruciais da capacidade suicida: a tolerância à dor e o não temor em relação à morte (*pain tolerance; fearlessness about death*). Os itens devem ser respondidos em uma escala *likert* de 5 pontos (1 = Não se parece em nada comigo; 5 = Parece muito comigo), com escore total variando entre 0 e 80. Em alguns estudos, as propriedades psicométricas mostraram-se com valores inferiores aos desejáveis e, como alternativa, a literatura propõe o uso da escala em uma versão reduzida de 7 itens retidos da versão original com base no conteúdo e nos resultados psicométricos, que mensura especificamente o não temer a morte (Ribeiro *et al.*, 2014). A versão reduzida é denominada de *ACSS-Fearlessness about Death (ACSS-FAD)* e

mantém a mesma escala de resposta da versão original. Em estudos anteriores, a ACSS original obteve índices de confiabilidade (alpha de Cronbach) entre 0,81 e 0,88, ainda entre 0,63 e 0,72; a ACSS-FAD apresentou valores entre 0,77 e 0,83 (Ribeiro *et al.*, 2014).

Escala de Capacidade Suicida (Suicide capacity Scale – SCS-3; ANEXO E). Desenvolvida por Klonsky e May (2015), visa a avaliar três aspectos que contribuem para a capacidade suicida: capacidade disposicional (e.g. padrão longo de não temer a dor ou a morte), capacidade adquirida (e.g. medo da dor ou da morte que decresceu com o tempo) e capacidade prática (e.g. acesso a conhecimento e métodos para o suicídio). É formada por seis itens, que se adequam à uma estrutura unifatorial e devem ser respondidos em uma escala *likert* de 7 pontos de 0 – discordo fortemente a 6 – concordo fortemente, com escore total variando entre 0 e 36. Em estudos anteriores, a confiabilidade da escala (alpha de Cronbach) foi de 0,72 (DHINGRA; KLONSKY; TAPOLA, 2018).

5.1.3 Procedimento

As escalas passaram por um processo de tradução, conforme descrito em Borsa e Bandeira (2014), contemplando etapas com o objetivo de assegurar a qualidade do procedimento, a saber: 1) tradução do instrumento do idioma de origem para o idioma-alvo; 2) síntese das versões traduzidas; 3) avaliação por juízes experts; 4) avaliação pelo público-alvo; 5) tradução reversa ou *backtranslation*; e, por fim, 6) realização do estudo piloto. A seguir são descritas as etapas em maiores detalhes.

Inicialmente, os instrumentos originais foram solicitados aos autores via e-mail, assim como a permissão para a realização do estudo de adaptação transcultural das escalas. Em seguida, a tradução dos instrumentos do idioma de origem (inglês) para o idioma-alvo (português) foi realizada por dois professores e pesquisadores, com titulação de mestres em Psicologia e, atualmente, doutorandos na área, que também possuíam familiaridade com o tema do estudo. As versões providas por eles foram aglutinadas em um instrumento piloto.

O instrumento piloto advindo da tradução foi analisado por três juízes distintos dos primeiros: todos professores universitários, dos quais um possuía o título de mestre em Psicologia e os outros dois com titulação de especialistas em Psicologia; ainda, todos possuíam proximidade com o tema. As instruções de análise dos itens fornecidas foram as seguintes:

- *Análise semântica*: análise referente ao vocabulário utilizado nos itens e na compreensão dos mesmos;

- *Análise da validade aparente*: averiguar se algum item parece estranho ou pode causar algum mau entendimento ou sensação de algo ridículo/ sem relevância para o respondente;

- *Análise da adequação para a população*: pelo critério da idade, o menor estrato da população será composto por pessoas de 18 anos e, pelo critério da escolaridade, pessoas de ensino fundamental incompleto; portanto, o instrumento deve ser adequado para tal população.

Após a análise semântica dos experts, foram realizadas pequenas modificações de vocabulário nas instruções das escalas, por exemplo, a troca da expressão “crenças” pela expressão “a partir do que você acredita”. O item “A melhor parte dos jogos de futebol são as brigas” da Escala de Capacidade Adquirida para o Suicídio (ACSS) foi questionado quanto à sua adequação cultural ao contexto; no entanto, tendo em vista que não há outro esporte com mais similaridade do hockey (item original: *the best part about hockey games are the fights*), optou-se por deixar o item como mencionado. Além desse, somente um outro item apresentou problema de adequação, o item “Esses dias, eu sinto como se fizesse parte de algo maior” (item original: *these days, I feel like I belong*), por ter uma possível conotação religiosa no contexto brasileiro, o que difere do sentido de pertencimento atribuído pelo item original. Ambos os itens foram verificados com mais atenção, em termos de sua adequação nos experimentos analíticos posteriores, como a análise de componentes principais.

Depois de realizadas as modificações sugeridas, o instrumento foi avaliado por um estudante de 18 anos, aluno do curso de psicologia e, ainda, por duas pessoas de nível de escolaridade ‘ensino fundamental incompleto’. O *feedback* dos respondentes foi positivo, de modo que afirmaram compreender todas as afirmações (itens). Por sugestão dos avaliadores, foram realizadas somente modificações de alguns tempos verbais, a exemplo do item “Esses dias, eu senti como se eu fizesse parte de algo maior” que foi modificado para “Esses dias, eu **sinto** como se eu fizesse parte de algo maior”.

Como parte do quinto e penúltimo procedimento de adaptação transcultural, os instrumentos foram enviados para três voluntários, com as seguintes titulações: mestres em psicologia, com graduação na mesma área e experiência profissional como professores universitários e/ou na saúde pública e, portanto, com conhecimento a respeito do tema. A estes profissionais foi pedido que realizassem a tradução reversa (*backtranslation*). Após a

entrega das traduções na língua original dos instrumentos (inglês) foi realizada uma síntese dessas traduções, a qual foi comparada com os itens originais da escala.

A comparação teve como prioridade identificar se os itens da tradução reversa ainda possuíam, em sua essência, a mesma ideia conceitual contida nos instrumentos originais. A partir de um único juiz, com titulação de mestre em Psicologia, as versões das quatro escalas foram comparadas. Os ajustes realizados nos itens foram mínimos, incluindo mudanças de tempo verbal para o presente em um item (“tenho me sentido” para “eu sinto”) e adição de um advérbio de tempo em outro (como “com frequência”).

Figura 4. Síntese dos procedimentos teóricos de adaptação transcultural das escalas



Fonte: Elaboração da autora.

De maneira geral, os itens da tradução reversa foram idênticos aos presentes nos instrumentos originais, os que apresentaram diferenças além dos citados, foram compostos por sinônimos, por exemplo, em vários itens a palavra *dark* (item original em inglês) foi traduzida para *bleak* (que significa sombrio, frio, miserável, desagradável), mas contém um significado mais próximo do português do que *dark* em sua tradução literal (escuro). A

similaridade encontrada entre as escalas originais e àquelas advindas da *backtranslation* comprovam que foi mantida a ideia central nos itens. Desse modo, foram finalizados os procedimentos teóricos de adaptação dos instrumentos que compõe o questionário da presente pesquisa. Os itens originais acompanhados de suas respectivas traduções que vieram a compor o instrumento piloto podem ser observados no ANEXO F.

Finalmente, foi realizado o estudo piloto a partir de uma coleta de dados com procedimentos éticos e de padronização que necessitam ser destacados. A aplicação dos questionários ocorreu por meio de questionários impressos, após a submissão da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Na ocasião, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado concomitantemente ao início da participação. Todos os direitos foram assegurados e foi dada a opção de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum ônus para o respondente. A coleta dos dados foi realizada por pesquisadores treinados, os quais passaram por uma capacitação a respeito do tema da pesquisa, de possíveis complicações e demandas com as quais deveriam estar aptos a lidar, e, principalmente, a respeito da aplicação com ênfase nos procedimentos éticos e técnicos.

Adicionalmente, tendo em vista a temática do estudo, foram fornecidos direcionamentos no TCLE (ver ANEXO A) de possibilidades de suporte para pessoas que estejam passando por momentos difíceis em sua vida, como a indicação do Centro de Valorização da Vida (CVV) e do Projeto PRAVIDA (localizado em Fortaleza - CE, que oferece atendimento psicológico gratuito para pessoas em risco suicidário), assim como outras possibilidades de acesso à suporte psicológico. Finalmente, atendendo ao disposto na resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, destaca-se que a execução desta pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (CAAE nº 04828918.8.0000.5054).

5.1.4 Análise de dados

Para a validação em contexto brasileiro, serão realizadas análises de confiabilidade (Alfa de Cronbach) e análises de componentes principais para atestar a estrutura fatorial das escalas e questionários utilizados, assim como análises de comparação de média (Teste *t* de *Student* para amostras independentes) para avaliar o poder discriminativo dos itens. Para atestar as validades discriminante, preditiva e convergente das medidas, foram realizadas análises de correlação *r* de Pearson, teste *t* de *Student* para

amostras independentes e regressões logísticas binárias. Ademais, serão realizadas análises descritivas para caracterização da amostra. Todas as análises serão realizadas por meio do software SPSS (versão 21.0).

5.2 Resultados e discussão parcial

Considera-se uma escala psicométrica como um instrumento de medida adequado quando essa apresenta evidências de validade e precisão dentro dos pontos de corte estabelecidos. Tais parâmetros de adequabilidade são apresentados a seguir, de acordo com o livro ‘Análise Multivariada de Dados’ de autoria de Hair *et al.* (2009). Enquanto parâmetros de precisão, para os instrumentos analisados, será calculado o Alfa de Cronbach que avalia a consistência interna da escala – seus valores variam entre 0 e 1 e é considerado adequado valor acima de 0,70, apesar de poder diminuir para 0,60 em pesquisa exploratória.

Quanto à validade, será realizada a análise de componentes principais, a qual é considerada uma evidência de validade baseada na estrutura interna. Nessa análise, devem ser observados diversos aspectos, como a estrutura fatorial do instrumento, as cargas fatoriais e a quantidade de variância explicada. A estrutura fatorial será indicada por meio dos critérios de extração de fator: Kaiser, *Screeplot* e Análise Paralela; o valor das cargas fatoriais dos itens variam de 0 a 1 e o ponto de corte mínimo é de 0,30, o qual representa uma comunalidade de 9% entre o item e o fator; por fim, a variância explicada (que indica quanto do construto o instrumento, de fato, consegue medir) é considerada ótima quando acima de 60% e adequada entre 30 e 60%.

Para analisar os itens, será a análise de poder discriminativo do item, por meio do teste *t* de *Student* para amostras independentes. Para uma medida ser considerada adequada, ela precisa ser composta por bons itens. De modo geral, diz-se que um item é bom quando, além de sua carga fatorial adequada, ele apresenta poder discriminativo – ou seja, consegue discriminar pontuações próximas com eficácia. No caso, o resultado significativo do teste *t* indica essa adequação. Como procedimento para realização dessa análise, será realizada a divisão da amostra em grupo critério inferior e grupo critério superior – a partir da mediana empírica de cada escala. Para divisão da amostra, a mediana calculada será a da variável calculada a partir da média da pontuação total das escalas.

Dado que o presente estudo trata da validação de quatro instrumentos, os resultados obtidos e a discussão da adequabilidade dos parâmetros psicométricos das escalas

serão realizadas em três tópicos como segue: 1) Questionário de Necessidades Interpessoais; 2) Escala de dor psicológica; e 3) Escalas de capacidade para o suicídio (ACSS e SCS-3). Em cada tópico, será avaliada a adequação psicométrica do instrumento dentro dos parâmetros indicados por Hair *et al.* (2009) e conforme a(s) versão(ões) citada na descrição de cada instrumento anteriormente. No mais, ao final de cada tópico, será indicada a versão a ser utilizada, de cada instrumento, no Estudo 2.

5.2.1 Questionário de Necessidades Interpessoais

A baixa conectividade, é apontada como um dos principais preditores da ideação suicida em estudos recentes. De modo resumido, pode-se definir a conectividade como o quanto alguém se sente ligado a algo, alguém ou alguma coisa em sua vida. Diversas teorias e pesquisas recentes utilizam-se desse construto para explicar o suicídio. Stone *et al.* (2015), por exemplo, encontraram que a conectividade advinda da família conferiu uma proteção mais consistente para comportamentos suicidas em jovens. Assim como Arango *et al.* (2016) que demonstraram a associação da baixa conectividade e da vitimização por *bullying* com a ideação suicida e tentativas de suicídio.

Desse modo, parece consenso na literatura que a conectividade, seja por meio da família, da escola ou de outros grupos, possui impacto na ideação suicida (STONE *et al.*, 2015). Nesse cenário, um instrumento amplamente utilizado para mensurar esse construto é o Questionário de Necessidades Interpessoais (INQ). Tal instrumento mede a conectividade por meio de dois fatores, a saber: percepção de ser um fardo e sentimento de não-pertença. Nessa pesquisa, foi realizada a tradução e adaptação transcultural desse instrumento – originalmente utilizado no contexto americano (VAN ORDEN *et al.*, 2008) para o contexto brasileiro. Após esse procedimento, houve a aplicação do instrumento piloto com vistas a atestar a validade e a precisão da medida. Os resultados das análises conduzidas são apresentados a seguir.

Inicialmente, verificou-se a adequação da matriz de dados para a realização das análises, por meio do KMO e do Teste de Esfericidade de Bartlett ($KMO = 0,85$; $\chi^2 (45) = 1075,43$, $p < 0,001$). Foi realizada uma análise de componentes principais, com rotação *oblimin* e sem fixar o número de fatores. Os critérios de extração de fatores (critério de Kaiser ou do *eigenvalue* superior a 1, *screeplot* e análise paralela) concordaram com a solução de três fatores. Em seguida, foi realizada uma nova análise de componentes

principais, fixando três fatores, com rotação *oblimin*. A verificação do poder discriminativo dos itens, por meio do teste *t* de *Student* para amostras independentes, pode ser observada na Tabela 1, assim como o resultado da análise de componentes principais.

A análise de componentes principais atestou que os itens 1,3,5,9 e 10 saturaram no primeiro fator; os itens 2,4,7 e 8 saturaram no fator 2; e os itens 6 e 7 saturaram no fator 3, todos com cargas acima de 0,60. O poder discriminativo dos itens demonstrou que todos os itens apresentaram poder discriminativo, com exceção dos itens 2 e 7. Os resultados podem ser observados na Tabela 1. Baseado nesses resultados, os itens 2 e 7 foram retirados da versão final da escala. Como o item 7 foi retirado, o fator 3 passou a ser composto somente pelo item 6 (**original:** *These days, I feel like I belong*), o qual havia sido questionado em uma das etapas de tradução dos instrumentos, desse modo, optou-se por também retirá-lo do instrumento.

Tabela 1. Propriedades psicométricas do INQ

Itens	Grupo Inferior		Grupo Superior		Poder discriminativo			Fator 1	Fator 2	Fator 3	h ²
	M	DP	M	DP	<i>t</i>	df	<i>p</i>				
INQ_01	1,26	0,58	2,46	1,47	-7,99	130,11	0,000	0,81	-0,34	-0,06	0,65
INQ_02	4,99	1,45	4,98	1,48	0,06	255	0,948	-0,18	0,71	0,33	0,51
INQ_03	1,09	0,42	1,91	1,16	-6,92	126,22	0,001	0,81	-0,24	-0,18	0,66
INQ_04	2,54	1,47	4,56	1,69	-9,93	208,52	0,001	0,47	-0,75	0,08	0,56
INQ_05	1,62	1,04	3,47	1,63	-10,30	166,37	0,001	0,68	-0,58	0,04	0,46
INQ_06	4,13	2,02	4,82	1,82	-2,84	255	0,005	-0,20	0,13	0,84	0,71
INQ_07	5,29	1,59	5,53	1,52	-1,21	255	0,229	-0,11	0,58	0,66	0,44
INQ_08	2,35	1,33	3,79	1,61	-7,83	255	0,000	0,46	-0,84	-0,04	0,71
INQ_09	1,13	0,44	2,38	1,36	-9,14	122,10	0,000	0,82	-0,44	-0,02	0,67
INQ_10	1,13	0,43	2,31	1,38	-8,50	120,59	0,000	0,86	-0,28	-0,02	0,73

Fonte: elaborada pelo autor.

Nota: os itens completos da escala podem ser encontrados no ANEXO F.

Novamente, foi realizada uma análise de componentes principais fixando dois fatores, com rotação *oblimin*. Dessa análise não fizeram parte os itens 2, 6 e 7. A matriz permitiu a realização da análise (KMO = 0,86; Teste de Esfericidade de Bartlett χ^2 (21) = 913,78, $p < 0,001$). Os itens que saturaram em mais de um fator foram alocados naquele fator com o qual apresentaram maior comunalidade. Os resultados da versão final da escala adaptada para o contexto brasileiro podem ser vistos na Tabela 2.

Tabela 2. Versão final do Questionário de Necessidades Interpessoais

INQ - Versão de 7 itens	Fator 1	Fator 2	h ²
-------------------------	---------	---------	----------------

INQ_01	0,81	0,46	0,66
INQ_03	0,83	0,31	0,69
INQ_04	0,41	0,88	0,77
INQ_05	0,66	0,70	0,49
INQ_08	0,43	0,88	0,77
INQ_09	0,82	0,53	0,67
INQ_10	0,86	0,38	0,74
Variância explicada	56,20%	14,92%	
Alfa de Cronbach	0,85	0,78	

Fonte: elaborada pelo autor.

Dessa forma, a versão final da escala contou com dois fatores, assim como no estudo de validação do instrumento para o contexto americano realizado por Hill *et al.* (2014). O primeiro fator mensura a percepção de ser um fardo e é composto por quatro itens, enquanto o segundo mede o sentimento de não-pertença e conta com três itens. Conjuntamente, os dois fatores explicam 71,12% da variância e possuem, respectivamente, alfas no valor de 0,85 e 0,78. Finalmente, a escala final, composta por sete itens que medem a conectividade, foi considerada como tendo parâmetros psicométricos adequados (HAIR *et al.*, 2009) e será utilizada no Estudo 2 dessa dissertação.

5.2.2 Escala de dor psicológica

Na Suicidologia, a dor psicológica ou dor mental é definida como uma experiência subjetiva, tão real quanto outros tipos de sofrimento, que se caracteriza pela presença de sentimentos negativos em relação ao ‘eu’ (*self*) e ao seu funcionamento. Uma revisão sistemática de literatura conduzida em 2016 demonstrou que a dor psicológica aparecia como um preditor mais relevante para o risco de suicídio do que a depressão e a presença de diagnóstico psiquiátrico prévio (VERROCCHIO *et al.*, 2016).

Montemarano *et al.* (2018) realizaram um estudo longitudinal, por um período de quatro anos, que contou com a participação de 82 pessoas com risco suicidário elevado. Na pesquisa, encontrou-se que somente a dor psicológica conseguiu predizer – de forma estatisticamente significativa, a ideação suicida; enquanto que a depressão e a desesperança não contribuíram efetivamente para tal predição. Tanto no início do estudo, quanto após os quatro anos, os resultados encontrados foram os mesmos.

Nesse cenário, o PAS ou *Psychache Scale*, traduzido aqui como Escala de Dor Psicológica, é um instrumento amplamente utilizado e que, em geral, apresenta propriedades psicométricas classificadas de boas a ótimas em pesquisas. O instrumento, considerado unifatorial, mensura a dor psicológica por meio de 13 itens (HOLDEN *et al.*, 2001). Nesse

estudo, buscou-se avaliar a adequação dessa medida para o contexto brasileiro. Para tanto, após a tradução e adaptação transcultural realizada, foi realizada a aplicação do instrumento piloto e a seguir são apresentados os parâmetros de validade e precisão da escala em contexto brasileiro.

Inicialmente, a adequabilidade da matriz foi atestada (KMO = 0,96; Teste de esfericidade de Bartlett $\chi^2 (78) = 2808,68$, $p < 0,001$). Em seguida, foi realizada uma análise de componentes principais sem fixar o número de fatores e com rotação *oblímin*, na qual os três critérios de extração de fatores (Kaiser, *screeplot* e análise paralela) concordaram com a solução unifatorial para a escala. Uma nova análise de componentes principais foi realizada fixando um único fator. Nessa análise, todos os itens saturaram com cargas fatoriais acima de 0,70. Na comparação de médias, realizada por meio do teste *t* de *Student* para amostras independentes, observou-se que todos os itens apresentaram poder discriminativo adequado. Tais resultados podem ser observados na Tabela 3.

Tabela 3. Propriedades psicométricas e versão final da Escala de Dor Psicológica

Itens	Grupo Superior		Grupo Inferior		Poder discriminativo			Fator 1	h ²
	M	DP	M	DP	<i>t</i>	df	<i>p</i>		
PAS_01	1,82	0,54	3,18	1,08	-13,38	211,85	0,000	0,83	0,69
PAS_02	1,51	0,54	2,96	1,13	-13,68	206,62	0,000	0,84	0,70
PAS_03	1,39	0,57	2,95	1,23	-13,65	202,64	0,000	0,80	0,64
PAS_04	1,23	0,44	2,62	1,34	-11,76	173,57	0,000	0,78	0,60
PAS_05	1,11	0,34	2,39	1,09	-13,35	169,97	0,000	0,83	0,69
PAS_06	1,41	0,62	2,73	1,24	-11,29	211,88	0,000	0,66	0,43
PAS_07	1,37	0,51	2,76	1,12	-13,40	201,30	0,000	0,78	0,61
PAS_08	1,23	0,45	2,61	1,30	-11,90	177,52	0,000	0,73	0,53
PAS_09	1,13	0,33	2,43	1,12	-13,34	167,79	0,000	0,86	0,74
PAS_10	1,12	0,34	2,36	1,11	-12,78	170,52	0,000	0,87	0,76
PAS_11	1,07	0,33	1,96	1,02	-9,93	172,17	0,000	0,79	0,62
PAS_12	1,07	0,33	2,20	1,19	-10,99	164,30	0,000	0,84	0,70
PAS_13	1,37	0,54	2,71	1,28	-11,45	193,11	0,000	0,76	0,58
Variância explicada								64,03%	
Número de itens								13	
Alfa de Cronbach								0,95	

Fonte: elaborada pelo autor.

Nota: os itens completos da escala podem ser encontrados no ANEXO F.

Desse modo, a versão final da escala contou com os 13 itens originais e foi responsável por 64,03% da variância explicada, assim como conta com um alfa de 0,95. Conclui-se que, para mensurar a dor psicológica, esse instrumento configura-se enquanto ótimo dentro dos padrões estabelecidos pela literatura (HAIR *et al.*, 2009) e, portanto, será utilizada no Estudo 2 dessa dissertação.

5.2.3 Escalas de capacidade para o suicídio

A capacidade adquirida para o suicídio ou capacidade suicida é uma variável que vem adquirindo grande importância nas pesquisas sobre o suicídio. Na pesquisa conduzida por Smith *et al.* (2016), por exemplo, foram encontradas evidências que suportam o papel da capacidade para o suicídio na transição da ideação ativa para a tentativa de suicídio. A pesquisa contou com dois estudos empíricos, dos quais participaram uma soma de mais de 900 pessoas e os resultados demonstraram, por meio de medidas de auto relato, que aqueles indivíduos que afirmaram ter ideação ativa tinham maior probabilidade de reportar terem tentado suicídio apenas quando também reportavam não temer a dor envolvida no ato de morrer.

May e Victor (2018) revisaram os avanços ocorridos na última década no estudo desse construto e afirmam que a capacidade suicida parece, de fato, influenciar nas tentativas de suicídio por meio de mecanismos como o medo da morte, alta tolerância à dor e familiaridade aos métodos de suicídio. No entanto, a capacidade suicida ainda se configura enquanto uma proposta recente e estudos futuros são necessários para compreender melhor tal variável, assim como para definir sua melhor forma de mensuração. De fato, os autores ressaltam que as medidas de auto relato atualmente disponíveis têm apresentado resultados mistos e indicam o desenvolvimento de medidas comportamentais da capacidade suicida.

Não obstante, duas medidas são comumente utilizadas nos estudos desenvolvidos até o momento dentro dessa perspectiva: a SCS-3 ou Escala de Capacidade Suicida, que foi proposta em 2015 por Klonsky e May; e a Escala de Capacidade Adquirida para o Suicídio (ACSS) em sua versão original, proposta por Van Orden *et al.* em 2008 e em versões reduzidas, como a ACSS-FAD (RIBEIRO *et al.*, 2014). A partir do exposto, nesse estudo, serão avaliados os parâmetros psicométricos das duas escalas originais mencionadas e da versão reduzida ACSS-FAD da Escala de Capacidade Adquirida para o Suicídio. A partir disso, a(s) medida(s) que apresentar(em) os melhores parâmetros será(ão) utilizada no Estudo 2.

5.2.3.1 Escala de Capacidade Suicida (SCS-3)

Inicialmente, foi avaliada a medida SCS-3. Para confirmar a validade, atestou-se a adequabilidade da matriz para realizar uma análise de componentes principais ($KMO = 0,52$; Teste de esfericidade de Bartlett $\chi^2(15) = 480,46$, $p < 0,001$). Os critérios de extração de

fatores (Kaiser, *screeplot* e análise paralela) concordaram com a possibilidade de extrair até dois fatores da matriz de dados. Com base nesse resultado, foi realizada uma nova análise de componentes principais, fixando a solução de dois fatores e com rotação *oblimin*.

Como pode ser observado na Tabela 4, todos os itens apresentaram bom poder discriminativo e saturaram nos fatores com cargas fatoriais acima de 0,40. Desse modo, a solução final contou com seis itens distribuídos em dois fatores: o primeiro ‘Fatores práticos’ e o segundo ‘Fatores disposicionais e adquiridos’, os fatores apresentaram alfa de 0,92 e 0,52, respectivamente e, conjuntamente, explicaram 59,28% da variância. O alfa da escala total foi de 0,56.

Tabela 4. Propriedades psicométricas e versão final da Escala de Capacidade Suicida

Itens	Grupo Inferior		Grupo Superior		Poder discriminativo			Fator 1	Fator 2	h ²
	M	DP	M	DP	t	df	p			
SCS_01	2,54	1,58	3,50	1,63	-5,03	283	0,000	-0,19	0,40	0,16
SCS_02	1,23	1,41	2,45	1,85	-6,31	278,88	0,000	-0,02	0,78	0,61
SCS_03	2,46	1,58	3,65	1,59	-6,32	283	0,000	0,13	0,53	0,28
SCS_04	2,02	1,76	3,80	1,79	-8,41	283	0,000	0,12	0,78	0,61
SCS_05	1,41	1,76	4,45	1,79	-	283	0,000	0,95	0,07	0,90
SCS_06	1,61	1,93	4,19	1,93	-	283	0,000	0,96	-0,01	0,92
Variância explicada								32,88%	26,40%	
Número de itens								2	4	
Alfa de Cronbach								0,92	0,52	

Fonte: elaborada pelo autor.

Nota: os itens completos da escala podem ser encontrados no ANEXO F.

De acordo com a teoria que embasa a escala, a solução fatorial mais esperada seria a unifatorial ou a de três fatores, visto que a capacidade suicida pode ser vista como um construto unifatorial composto por mecanismos disposicionais, adquiridos e práticos ou pode ser dividida nesses três componentes, não sendo ideal a solução de dois fatores encontrada (KLONSKY; MAY, 2015). No mais, a confiabilidade da medida apresentou valores abaixo do mínimo esperado; no contexto original, os estudos costumam apresentar somente o alfa total da escala que, em geral, tem sido acima de 0,70, como no estudo de Dhingra, Klonsky e Tapola (2018).

A partir do exposto, para o contexto brasileiro, o instrumento foi considerado adequado para mensurar a capacidade suicida. No entanto, apresentou problemas teóricos como o apresentado acima e baixa confiabilidade no fator 1 e na escala total. De modo geral,

indica-se a realização de estudos futuros, ainda que, para compor uma pesquisa exploratória, o instrumento possa ser considerado satisfatório (HAIR *et al.*, 2009). Vale ressaltar que a medida foi considerada ótima para mensurar os fatores práticos da capacidade suicida (fator 1), tendo apresentado problemas somente no que tange aos fatores disposicionais e adquiridos (fator 2). Portanto, no Estudo 2, será utilizada somente para medir somente os fatores práticos da capacidade suicida ao testar o modelo 3ST.

5.2.3.2 Escala de Capacidade Adquirida para o Suicídio (ACSS)

A Escala de Capacidade Adquirida para o Suicídio (ACSS), como mencionado anteriormente, será avaliada em duas versões: a versão original composta por 20 itens e a versão reduzida de 7 itens, conhecida como ACSS-FAD. Para a avaliação da versão de 20 itens, observou-se que a matriz de dados era adequada para prosseguir com a análise de componentes principais (KMO = 0,79; Teste de esfericidade de Bartlett $\chi^2(190) = 1250,19$, $p < 0,001$). Na primeira análise de componentes principais não foi fixado o número de fatores a extrair e utilizou-se rotação *oblimin*, os resultados demonstraram a possibilidade de extrair até seis fatores da matriz (critério de Kaiser), enquanto o *screeplot* e a análise paralela apontaram adequada a extração de até quatro fatores.

Desse modo, foi feita uma nova análise de componentes principais, com rotação *oblimin*, fixando quatro fatores, considerando que a Análise Paralela apresenta-se como um parâmetro mais robusto. A partir da observação das cargas fatoriais e do poder discriminativo dos itens (Tabela 5), optou-se por utilizar como ponto de corte para as cargas fatoriais o valor de 0,40 e retirar da escala os itens 2, 3, 6, 9, 17 e 20. O item 3 por não saturar em nenhum fator com carga acima de 0,40; o item 6 por ter saturado em todos os fatores; o 9 por não ter saturado em nenhum fator e nem ter apresentado bom poder discriminativo; e o itens 2, 17 e 20 por não apresentarem poder discriminativo.

Devido a retirada dos itens, fez-se necessária a realização de uma nova análise de componentes principais para atestar a versão final da escala, visto que o fator 4 foi excluído por não ter item que saturaram com as maiores cargas fatoriais nele. Vale ressaltar que muitos itens saturaram em mais de um fator, para esses casos, foram avaliados os valores da carga fatorial (alocando o item naquele fator com o qual apresentava maior comunalidade) e o conteúdo semântico dos itens (alocando os itens naquele fator com o qual fazia maior sentido teórico, nos casos em que as cargas fatoriais eram idênticas ou muito próximas).

Tabela 5. Propriedades psicométricas da ACSS - 20 itens

Itens*	Grupo Superior		Grupo Inferior		Poder discriminativo			Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
	M	DP	M	DP	t	df	p				
ACSS_01	2,60	1,50	3,90	1,83	-6,35	263	0,000	0,59	0,22	0,08	-0,01
ACSS_02	3,85	2,26	3,63	2,20	0,79	263	0,428	0,56	-0,09	-0,24	-0,37
ACSS_03	2,04	1,49	2,94	2,06	-4,02	232,48	0,000	-0,06	0,36	0,10	-0,33
ACSS_04	2,38	1,47	3,37	1,57	-5,33	263	0,000	0,45	0,45	0,04	-0,11
ACSS_05	2,48	1,61	3,50	1,72	-4,97	263	0,000	0,49	0,38	0,07	0,09
ACSS_06	2,50	1,72	3,74	2,20	-5,10	242,54	0,000	-0,42	0,46	0,34	0,39
ACSS_07	2,36	1,57	3,81	1,99	-6,52	243,41	0,000	0,59	0,04	0,38	0,12
ACSS_08	3,97	1,97	4,81	1,81	-3,62	263	0,000	-0,26	0,60	0,03	-0,09
ACSS_09	1,99	1,75	2,09	1,74	-0,43	263	0,666	0,28	0,03	-0,09	0,06
ACSS_10	1,98	1,32	3,51	2,04	-7,22	217,89	0,000	0,68	-0,02	0,38	0,09
ACSS_11	3,07	1,77	4,58	1,96	-6,56	263	0,000	0,69	0,09	0,15	0,09
ACSS_12	3,55	1,96	4,36	1,95	-3,37	263	0,001	-0,46	0,43	0,24	0,10
ACSS_13	3,01	1,80	3,84	2,04	-3,51	263	0,001	-0,23	0,54	-0,06	-0,55
ACSS_14	2,76	1,82	4,06	2,07	-5,45	263	0,000	0,56	0,01	0,29	-0,23
ACSS_15	2,63	1,88	2,02	1,51	2,91	256,35	0,004	0,37	0,23	-0,55	0,31
ACSS_16	1,65	1,27	1,30	0,74	2,71	220,51	0,007	0,28	0,33	-0,56	0,24
ACSS_17	2,84	1,95	2,47	1,80	1,58	263	0,115	0,32	0,22	-0,44	0,30
ACSS_18	2,88	1,89	3,67	2,21	-3,13	252,19	0,002	-0,43	0,21	0,36	0,25
ACSS_19	2,57	1,47	3,82	1,94	-5,92	238,39	0,000	0,66	-0,10	0,38	0,14
ACSS_20	3,21	2,25	3,55	2,27	-1,25	262	0,212	0,40	0,13	-0,11	-0,24
Variância explicada								22,17%	9,46%	8,86%	-
Número de itens								8	3	3	-
Alfa de Cronbach								0,73	0,55	0,58	-

Fonte: elaborada pelo autor.

Nota: *itálico* = itens retirados; *os itens completos da escala podem ser encontrados no ANEXO F.

A nova análise de componentes principais realizada fixou a solução fatorial de três fatores (que foi confirmada, para a nova matriz, por meio da análise paralela), com rotação *oblimin*. A matriz foi adequada para realização da análise (KMO = 0,80; Teste de esfericidade de Bartlett $\chi^2(91) = 888,42$, $p < 0,001$) e todos os itens saturaram, em pelo menos um fator, com carga acima de 0,40.

Enfim, a versão final do instrumento ficou com 14 itens, distribuídos em três fatores, como segue: 1) Fator 1 “Não temer a morte” (*Fearlessness about death*) formado pelos itens 1, 4, 5, 7, 10, 11, 14 e 19; Fator 2 “Temer a morte” composto pelos itens 8, 12, 13; e Fator 3 “Interesse por assistir brigas” contando com os itens 15, 16 e 18. Conjuntamente, os três fatores explicam 49,94% da variância e possuem alfas de 0,81; 0,55; 0,45, respectivamente. Tais resultados podem ser observados na Tabela 6.

Tabela 6. Versão final da Escala de Capacidade Adquirida para o Suicídio (ACSS)

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	h ²
-------	---------	---------	---------	----------------

ACSS_01	0,62	0,04	-0,36	0,38
ACSS_04	0,51	0,30	-0,38	0,26
ACSS_05	0,55	0,19	-0,40	0,30
ACSS_07	0,69	-0,16	-0,03	0,48
ACSS_08	-0,13	0,71	0,01	0,50
ACSS_10	0,76	-0,26	-0,05	0,58
ACSS_11	0,72	-0,14	-0,30	0,52
ACSS_12	-0,26	0,61	0,30	0,37
ACSS_13	-0,16	0,68	-0,04	0,46
ACSS_14	0,61	-0,15	-0,03	0,37
ACSS_15	0,15	-0,07	-0,79	0,62
ACSS_16	0,09	0,03	-0,73	0,53
ACSS_18	-0,22	0,37	0,42	0,18
ACSS_19	0,73	-0,30	0,03	0,53
Variância explicada	27,26%	11,88%	10,80%	
Número de itens	8	3	3	
Alfa de Cronbach	0,81	0,55	0,45	

Fonte: elaborada pelo autor.

A partir dos resultados obtidos, devem ser realizadas algumas ponderações. O fator 3 reúne itens que envolvem o interesse em assistir brigas ou desgostar de ver cenas violentas na televisão – portanto, a partir do conteúdo semântico desses itens, presume-se que esse fator possa estar mensurando algum aspecto próximo do que se conhece como ‘atração por eventos mórbidos’. Zuckerman (2007) define a curiosidade por eventos mórbidos como uma necessidade por experiências despertadoras de modo geral, que implica no desejo de presenciar ou ler sobre eventos que promovam altos níveis de sensação, como consumir conteúdos midiáticos de caráter violento.

Desse modo, compreende-se que o Fator 3 – ainda que possa ser um correlato da capacidade suicida, não parece ser um de seus componentes. O Fator 2, por sua vez, mede o oposto do Fator 1. Enquanto o Fator 1 mede o ‘não temer a morte’ (*fearlessness about death*), o Fator 2 reúne itens acerca do medo da morte ou da dor envolvida no ato de morrer. No entanto, os itens do Fator 2 possuem baixa confiabilidade. Dessa maneira, parece coerente concluir que as propriedades psicométricas da escala, em resumo, mostraram adequados somente para o fator 1 (Não temer a morte), de acordo com os parâmetros descritos em Hair *et al.* (2009). Baseado nesses resultados, a ACSS não será utilizada no Estudo 2. Adicionalmente, tal resultado parece suportar a versão reduzida da escala “*Acquired Capability Suicide Scale -Fearlessness about death*” (SPANGENBERG *et al.*, 2016), cujo teste das propriedades psicométricas será realizado a seguir.

5.2.3.3 Versão reduzida da Escala de Capacidade Adquirida para o Suicídio (ACSS-FAD)

Apesar de todos os procedimentos realizados para atestar a validade a precisão da ACSS (20 itens) foi possível concluir, no tópico acima, que os índices de validade e precisão obtidos não se encontram dentro dos parâmetros desejados. Nesse contexto, a ACSS-FAD é uma versão reduzida da ACSS, composta por sete itens que visa mensurar somente o ‘não temer ou ter medo da morte’, mais especificamente, avalia o quanto as pessoas não temem a dor envolvida em morrer (SPANGENBERG *et al.*, 2016).

Ao testar essa versão da escala, ressalta-se que o teste do poder discriminativo dos itens já havia sido realizado para a versão de 20 itens, não sendo necessário verificar novamente esses dados. Ressalta-se ainda que todos os itens que compõe a versão reduzida obtiveram bom poder discriminativo, são eles: itens 7, 8, 10, 11, 13, 14 e 19 (Tabela 5). Para validar a ACSS-FAD foi realizada, então, uma nova análise de componentes principais, cujo resultado pode ser observado na Tabela 7.

Tabela 7. Estrutura fatorial e confiabilidade da versão reduzida da Escala de Capacidade Adquirida para o Suicídio (ACSS-FAD)

Itens	Fator 1	h ²
ACSS_07	0,73	0,53
ACSS_08	-0,31	0,10
ACSS_10	0,81	0,66
ACSS_11	0,71	0,50
ACSS_13	-0,34	0,11
ACSS_14	0,63	0,40
ACSS_19	0,78	0,61
Variância explicada	41,56%	
Número de itens	7	
Alfa de Cronbach	0,74	

Fonte: elaborada pelo autor.

Nota: os itens completos da escala podem ser encontrados no ANEXO F.

Inicialmente, a matriz de dados para a ACSS-FAD foi verificada e considerada adequada para proceder com uma análise de componentes principais (KMO = 0,80; Teste de esfericidade de Bartlett $\chi^2 (21) = 462,03$, $p < 0,001$). Na primeira análise de componentes principais foram verificados os critérios de extração de fatores e, de acordo com o critério de Kaiser é possível de extrair até dois fatores da matriz, ao passo que o *screeplot* e a análise paralela demonstraram ser adequada a extração de somente um fator. Em seguida, foi realizada uma nova análise de componentes principais, com rotação *oblimin* e fixando a extração de um único fator.

De acordo com os resultados obtidos, todos os itens saturaram no fator 1 “Não temer a morte/*Fearlessness about death*” com cargas fatoriais acima de 0,30 – além de, como já mencionado, apresentarem bom poder discriminativo. A solução unifatorial explicou 41,56% da variância explicada e apresentou Alfa de Cronbach de 0,74. Os resultados encontrados suportam o que vem sendo visto em pesquisas no exterior, de que a ACSS-FAD é uma medida unidimensional, com validade convergente e discriminante adequada e apresenta propriedades psicométricas mais consistentes do que a versão original da escala (ANESTIS *et al.*, 2015; RIBEIRO *et al.*, 2014; SPANGENBERG *et al.*, 2016). Com base nos resultados aqui expostos e discutidos, no Estudo 2 a ACSS-FAD será utilizada para medir o construto ‘não temer a morte’ (*fearlessness about death*).

5.2.4 Evidências adicionais de validade de construto das medidas

Tendo em vista também que as variáveis mensuradas pelos instrumentos validados serão utilizadas no Estudo 2 – que irá testar as premissas da 3ST, a existência de associação entre elas, além de ser um pré-requisito para o próximo estudo, também constitui uma etapa de validação dessas medidas. De modo específico, serão feitas análises para demonstrar evidências de validade convergente-discriminante e de construto, de modo geral – conforme descritas a seguir.

A literatura aponta a existência de associação entre as variáveis que compõe esse estudo: dor emocional, conectividade e capacidade para o suicídio (KLONSKY; MAY, 2015). A validade convergente foi avaliada a partir da associação entre as variáveis: dor emocional, conectividade e capacidade suicida. Para realizar essa análise, utilizaram-se as versões finais dos instrumentos acima descritas e que deverão compor o segundo estudo dessa dissertação, a saber: ACSS-FAD (7 itens), INQ (versão 7 itens), SCS-3 (Versão 6 itens e somente o fator 2 – fatores práticos) e PAS (13 itens). As correlações obtidas encontram-se descritas na Tabela 8.

Tabela 8. Correlação entre os construtos da 3ST (Estudo 01)

Variável	M	DP	1	2	3	4	5	6
1. Percepção de ser um fardo	1,59	0,89						
2. Sentimento de não-pertença	2,87	1,39	0,59*					
3. INQ_Total (conectividade)	2,14	0,99	0,87*	0,91*				
4. ACSS_FAD (<i>fearlessness</i>)	3,45	1,04	0,27*	0,28*	0,30*			

5. Fatores práticos (SCS-3)	3,00	2,24	0,29*	0,25*	0,30*	0,22*		
6. SCS-3_Total (Capacidade)	2,84	1,11	0,17¹	0,12²	0,16³	0,41*	0,73*	
7. Dor psicológica	1,97	0,88	0,58*	0,63*	0,68*	0,29*	0,28*	0,17¹

Fonte: elaborada pelo autor.

Nota: *p=0,000; ¹p=0,004; ²p=0,045; ³p=0,007.

Todas as variáveis de interesse apresentaram correlações significativas entre si. Em estudos anteriores, a validação convergente entre a ACSS e a SCS-3 haviam obtido correlação de 0,69 entre as escalas totais e 0,39 entre a ACSS e os fatores práticos da SCS-3 (KLONSKY; MAY, 2015). Nesse estudo, a correlação encontrada entre a escala total da SCS-3 e a versão reduzida da ACSS (ACSS-FAD) foi de 0,41, enquanto a correlação entre a ACSS-FAD e os fatores práticos foi de 0,22 – evidência de validade convergente.

Em relação ao INQ e à PAS foi utilizada a validade convergente-discriminante, visto que não havia disponível outro instrumento que medisse esses mesmos construtos. De acordo com estudos anteriores (DHINGRA; KLONSKY; TAPOLA, 2018) foram encontradas correlações significativas entre a dor psicológica e a conectividade (0,65 e 0,58 para os fatores do INQ), assim como entre a SCS-3 e as medidas de dor psicológica (0,33) e de conectividade (0,26; e 0,33, para os fatores do INQ). Em comparação a esses resultados, as associações encontradas aqui (ver Tabela 8) confirmam a validade convergente-discriminante dessas medidas.

Após atestada a validade convergente dos instrumentos, dado que a literatura aponta que pessoas com ideação e tentativas pontuariam mais nos construtos estudados (KLONSKY; MAY, 2015), buscou-se reunir evidências de validade de construto por meio de uma análise de comparação de médias. Anteriormente à essa análise, os grupos foram divididos com o objetivo de torna-los homogêneos para as variáveis sociodemográficas, visto que estudos como o de Batista, Araújo e Figueiredo (2016) que constroem perfil relacionados ao suicídio, apontam que esse fenômeno pode sofrer influência das variáveis sociobiodemográficas. Como o objetivo é identificar o efeito dos instrumentos somente na ideação suicida e nas tentativas de suicídio, a amostra foi dividida conforme o procedimento descrito a seguir:

Para as tentativas de suicídio (Amostra tentativas) – Nesse estudo, a ideação foi medida por meio da seguinte pergunta: “Atualmente, você tem ideação suicida (pensamentos e sentimentos relacionados com a intenção de acabar com a própria vida)?”, cuja resposta era dicotômica e a pessoa deveria assinalar ‘sim’ ou ‘não’. Desse modo, foram

selecionadas as 30 pessoas que afirmaram ter ideação no momento da pesquisa e, da amostra restante, foram selecionadas 30 pessoas sem ideação, controlando para as variáveis idade, sexo, estado civil, religião e escolaridade. Assim, a amostra final contou com 60 pessoas e foi homogênea em todas as variáveis citadas. Em sua maioria, a amostra foi de mulheres (58,3%), com idades variando entre 18 e 24 anos ($M=20,45$; $DP=1,65$), heterossexual (40%), solteira (90%), com religião ‘outra’ (41,7%) e de escolaridade ensino superior incompleto (80%).

Seguido à separação da amostra, para verificar a homogeneidade do grupo, foram realizadas análises de qui-quadrado (*chi square*) e de comparação de médias. A partir dos resultados, obteve-se que a ‘amostra tentativas’ não apresentou diferenças no que se refere às variáveis sociodemográficas controladas. Para a idade [$t(75)=0,14$, $p=0,891$], a diferença de média entre os dois grupos criados (pessoas com histórico de tentativas/pessoas sem esse histórico) não foi significativa, assim como para as categorias das variáveis: sexo [$\chi^2(0) = 0,00$, $p=1,000$], orientação sexual [$\chi^2(2) = 0,51$, $p=0,775$], estado civil [$\chi^2(1) = 1,06$, $p=0,304$], escolaridade [$\chi^2(4) = 4,12$, $p=0,390$] e religião [$\chi^2(3) = 3,42$, $p=0,331$].

Para a ideação suicida (Amostra ideação) – O procedimento foi similar ao adotado para as tentativas de suicídio, de modo que foram controladas as mesmas variáveis. Selecionou-se as 39 pessoas que afirmaram histórico de tentativas de suicídio e, do restante da amostra, foram escolhidos 39 casos sem histórico de tentativas de suicídio. A amostra final foi homogênea para as variáveis mencionadas e contou com 60 pessoas, cuja maioria foi do sexo feminino (64,1%), com idades variando entre 18 e 32 anos ($M=22,38$; $DP=3,80$), heterossexual (62,8%), solteira (92,3%), de religião católica (37,2%) ou ‘outra’ (37,2%) e de ensino superior incompleto (70,5%).

Novamente, em seguida à separação da amostra, para verificar a homogeneidade do grupo, foram realizadas análises de qui-quadrado (*chi square*) e de comparação de médias. Para a ‘amostra ideação’ não foram encontradas diferenças significativas de médias em relação às idades dos participantes [$t(58)=0,23$, $p=0,817$], do mesmo modo para as variáveis categóricas sexo [$\chi^2(1) = 0,07$, $p=0,793$], escolaridade [$\chi^2(4) = 4,08$, $p=0,395$], orientação sexual [$\chi^2(3) = 0,81$, $p=0,847$], estado civil [$\chi^2(2) = 2,06$, $p=0,357$] e religião [$\chi^2(3) = 3,07$, $p=0,380$], as diferenças encontradas também não foram significativas – comprovando a homogeneidade dos grupos que compõe a ‘amostra ideação’.

A partir dos resultados, conclui-se que as duas amostras não apresentaram diferenças no que se refere às variáveis sociodemográficas controladas, ou seja, em relação

a esses parâmetros podem ser consideradas homogêneas. A divisão das sub-amostras nas variáveis mencionadas podem ser vistas com maiores detalhes na Tabela 9.

Tabela 9. Divisão das sub-amostras por variáveis sociodemográficas

	Ideação Suicida (n=60)		Tentativa de suicídio (n=78)	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
<i>Sexo</i>				
Feminino	18	17	25	25
Masculino	12	13	14	14
<i>Idade</i>	M=20,40; DP=1,67	M=20,50; DP=1,65	M=22,32; DP=3,81	M=22,44; DP=3,86
<i>Orientação Sexual</i>				
heterossexual	11	13	23	26
homossexual	8	9	7	6
bissexual	9	7	9	7
outra	2	1	0	0
<i>Estado Civil</i>				
casado/união estável	3	1	1	3
solteiro	26	29	37	35
<i>Escolaridade</i>				
fundamental completo	1	0	0	1
médio incompleto	1	0	1	5
médio completo	2	6	0	0
superior incompleto	25	23	30	25
superior completo	1	1	6	6
pós-graduado	0	0	2	2
<i>Religião</i>				
católica	10	12	13	16
espírita	1	0	3	0
protestante	3	7	7	6
outra	14	11	14	15

Fonte: elaborada pelo autor.

Em seguida, foram realizadas análises de comparação de média (teste *t* de Student para amostras independentes) para verificar se os instrumentos ACSS-FAD, PAS, SCS-3 (fator 2) e INQ conseguiam diferenciar, de forma significativa, aquelas pessoas com ideação/tentativas daquelas sem tais condições. Na análise de comparação de médias, verificou-se, tanto para a amostra de pessoas com ideação suicida (n=60), quanto para aquelas com histórico de tentativas (n=78) se as medidas conseguiam discriminar a pontuação dos dois grupos.

De acordo com Klosnky e May (2015) que propuseram a 3ST, as variáveis conectividade (INQ) e dor psicológica (PAS) devem estar fortemente relacionadas ao surgimento e agravamento da ideação suicida, enquanto que as variáveis ‘*fearlessness about death*’ (ACSS-FAD) e fatores práticos (SCS-3, fator 2), que compõe o construto capacidade

para o suicídio, devem se relacionar com as tentativas de suicídio. Como resultado (Tabela 10), tem-se a confirmação do proposto pela teoria. Os instrumentos INQ e PAS conseguiram discriminar as pontuações nos grupos *com* e *sem* ideação suicida. Enquanto os instrumentos ACSS-FAD e SCS-3 (fator 2) discriminaram as pontuações somente do grupo *com* e *sem* histórico de tentativas de suicídio.

Tabela 10. Evidências de validade de construto das medidas adaptadas

	Ideação Suicida				<i>t</i>	df	<i>p</i>
	<i>Sim</i>		<i>Não</i>				
	M	DP	M	DP			
ACSS-FAD	4,22	1,10	3,85	0,85	-1,44	58	0,15
Fatores práticos (SCS-3)	4,37	2,12	3,35	1,98	-1,92	58	0,060
INQ	3,52	1,19	2,14	0,81	-5,22	51,12	0,000
PAS	3,25	0,97	1,95	0,70	-5,87	50,75	0,000
	Tentativa de suicídio				<i>t</i>	df	<i>p</i>
	<i>Sim</i>		<i>Não</i>				
	M	DP	M	DP			
ACSS-FAD	4,30	1,06	3,68	1,02	-2,59	76	0,012
Fatores práticos (SCS-3)	4,20	2,13	3,11	2,29	-2,17	76	0,033
INQ	2,87	1,10	2,27	1,17	-2,35	76	0,022
PAS	2,78	1,11	2,06	0,89	-3,10	74	0,003

Fonte: elaborada pelo autor.

Ainda na análise de comparação de médias, teve-se que os instrumentos INQ e PAS também conseguiram discriminar os grupos da variável tentativa de suicídio. Conjectura-se que tal resultado possa estar relacionado com características sociodemográficas da amostra (n=78), como o fato de dentre as 39 pessoas com histórico de tentativas, 12 terem afirmado possuir ideação atual – provavelmente elevando a média desse grupo nas variáveis PAS e INQ.

Em termos de evidências de validade, por meio das análises realizadas, foi possível atestar a validade convergente de todas as medidas e, ainda, por meio de procedimentos experimentais, acumular evidências de validade de construto.

6 ESTUDO 2: A 3ST EM CONTEXTO BRASILEIRO

Esse estudo tem por objetivo principal testar a 3ST em contexto brasileiro. Para tanto, serão analisadas as hipóteses e premissas propostas pela teoria; e, por fim, será verificado o grau de ajuste do modelo 3ST aos dados coletados— tanto para a ideação suicida, quanto para as tentativas de suicídio.

6.1 Método

6.1.1 Delineamento e Hipóteses

O estudo se pauta em delineamento correlacional, de natureza *ex post facto*, considerando, para a variável consequente ideação suicida, as variáveis antecedentes desesperança, dor emocional e conectividade; e, para a variável consequente tentativa de suicídio, a antecedente capacidade para o suicídio.

Para a testagem da teoria de três passos do suicídio em contexto brasileiro, algumas premissas serão colocadas em teste, para tanto, foram elaboradas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: A desesperança terá maior poder preditivo do que a depressão no que tange aos níveis de ideação suicida;

Hipótese 2: A dor emocional e a desesperança predirão os níveis atuais de ideação suicida dos participantes;

Hipótese 3: A combinação da dor emocional com a desesperança irá predizer a ideação suicida;

Hipótese 4: Pessoas com ideação suicida grave apresentarão médias significativamente maiores em dor emocional, desesperança e baixa conectividade quando comparadas com pessoas com ideação baixa;

Hipótese 5: Pessoas com ideação suicida grave apresentarão médias significativamente maiores em dor emocional, desesperança e baixa conectividade quando comparadas com pessoas com ideação moderada;

Hipótese 6: Pontuações altas em baixa conectividade estarão associadas com níveis altos de ideação suicida;

Hipótese 7: Quando a dor emocional excede a conectividade os níveis de ideação suicida aumentam;

Hipótese 8: A capacidade para o suicídio ('não temer a morte', fatores práticos) apresentará maior poder preditivo em relação às tentativas de suicídio, quando comparados às variáveis: dor emocional, desesperança e conectividade.

E, finalmente, **Hipótese 9:** A capacidade para o suicídio ('não temer a morte', fatores práticos) conseguirá diferenciar pessoas somente com ideação (*ideators*) daquelas com histórico de tentativas de suicídio (*attempters*).

6.1.2 Participantes

Participaram desse estudo 318 pessoas de diferentes regiões do país, sendo a grande maioria do estado do Ceará (68,2%). Na ocasião da pesquisa, 26,7% da amostra (85 pessoas) afirmou ter tido pelo menos uma tentativa de suicídio prévia e 78,9% da amostra apresentou algum nível de ideação suicida atual (250 pessoas, das quais 95 pontuaram acima de 10 na Escala Beck de Ideação Suicida, representando um grupo com 'ideação suicida ativa').

Em termos de dados sociobiodemográficos, a maioria da amostra foi feminina (72,3%), heterossexual (69,8%) e católica (62,4%). Declaram possuir renda familiar acima de 4 salários mínimos (46,9%) e possuíam idades variando entre 18 e 76 anos de idade ($M = 27,81$; $DP = 8,87$).

6.1.3 Instrumentos

Nessa etapa da pesquisa, serão utilizados novamente os instrumentos validados no Estudo 1, a saber:

a) *Questionário de Necessidades Interpessoais (INQ)* – medida composta por sete itens, que será utilizada para mensurar a conectividade por meio dos fatores 'percepção de ser um fardo' (fator 1) e 'sentimento de não-pertença' (fator 2) – nessa amostra, o alfa dos fatores foi de 0,93 e 0,86 e o da escala total foi de 0,93;

b) *Escala de Dor Psicológica (PAS)* – versão original de 13 itens, que mede a dor psicológica ou dor mental – e, na presente amostra o alfa foi de 0,97;

c) *Escala de Capacidade Adquirida para o Suicídio - Versão reduzida (ACSS-FAD)*, de sete itens, que avalia o quanto a pessoa não tem medo da dor envolvida em morrer/da morte em si – e obteve alfa, nessa amostra, de 0,67;

d) *Escala de Capacidade Suicida (SCS-3)* – versão original de seis itens, que será utilizada somente para avaliar os fatores práticos da capacidade suicida. Nessa amostra, o alfa do fator ‘fatores práticos’ (formado pelos itens 5 e 6 da escala original) foi de 0,93 e o da escala total de 0,67.

Além desses, outros instrumentos irão compor esse estudo, portanto, acrescidos aos instrumentos validados no Estudo 1, os participantes serão convidados a responder também os instrumentos descritos a seguir:

Escala Beck para ideação suicida (Beck suicide scale – BSS; BECK; STEER, 1991). Será utilizada com a finalidade de avaliar a ideação suicida atual dos participantes. É um instrumento de autorrelato, composto por 19 itens, que contemplam a ideação passiva e a ativa, assim como planos e preparação. Cada item deve ser respondido em uma escala de resposta *Thurstone* com respostas escalonadas em 3 pontos, de forma que a pontuação varia de 0 a 2 para cada item, e o escore total reflete o nível de ideação suicida, podendo assumir o valor máximo de 38. Dada a natureza do construto, pontos de corte não são sugeridos à nível de manual, de modo que a pontuação 1 já sinaliza a presença da ideação suicida. Para o presente estudo, serão considerados os seguintes pontos de corte, criados de modo arbitrário a partir da distribuição da pontuação da amostra no instrumento: 1 a 10 – ideação leve; 11 a 20 – ideação moderada; e, finalmente, 21 a 38 – ideação ativa. Nessa amostra, o alfa da escala foi de 0,95.

Escala Beck de desesperança (Beck hopelessness scale - BHS). Proposta por Beck *et al.* (1974), a escala se propõe a avaliar o nível de desesperança com base na última semana. É formada por 20 itens, aos quais se deve responder de forma dicotômica entre as opções *verdadeiro* e *falso*, pontuando-se um escore final entre 0 e 20. Em estudos anteriores, a estrutura fatorial e as propriedades psicométricas da escala mostraram-se adequadas (HANNA *et al.*, 2011; DHINGRA; KLONSKY; TAPOLA, 2018). Na presente amostra o Kuder-Richardson para a escala foi de 0,91.

Escala de Depressão - CES-D. Elaborada originalmente pelo *National Institute of Mental Health* (RADLOFF, 1977). É uma medida validada para o contexto brasileiro (SILVEIRA; JORGE, 1998) e pode ser considerada válida para avaliar a sintomatologia depressiva em diversas faixas etárias. Seus itens incluem a avaliação de aspectos

relacionados ao humor deprimido, sintomas psicossomáticos, sintomas ligados às interações sociais e sintomas relacionados à iniciativa motora. A escala de resposta é *likert* de quatro pontos, variando de 0 = ‘Raramente ou nunca’ a 3 = ‘Durante a maior parte do tempo’. A pontuação final da escala – que consiste na soma de todas as respostas dadas aos itens, pode ir até 60 pontos, com a observação de que os itens 4, 8, 12 e 16 são invertidos. A CES-D, nessa amostra, apresentou alfa de Cronbach de 0,87.

Perguntas sociodemográficas. Foram realizadas perguntas de caráter sociodemográfico com fins de caracterização da amostra, tais como: idade, sexo, escolaridade, entre outros. Também feita em formato de pergunta foi a mensuração de tentativas suicidas anteriores, conforme realizado por Dhingra, Klonsky e Tapola (2018) e YANG *et al.* (2018) que mediram a variável por meio de uma única pergunta. Aqui, será utilizada a pergunta “Você já realizou uma tentativa de se matar na qual você teve, pelo menos, alguma intenção de morrer?” (pergunta retirada do *The Self-Injurious Thoughts and Behaviours Interview* – NOCK *et al.*, 2007).

6.1.4 Procedimento

A aplicação dos questionários ocorreu por meio de plataforma *online*. A divulgação da pesquisa foi realizada por meio de diversas redes sociais, como *whatsapp*, *facebook* e *instagram*. As pessoas foram convidadas a participar por meio de um link enviado *online*, ao clicar no link a pessoa tinha acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - ANEXO A), no qual constavam, além dos aspectos éticos envolvidos, as devidas indicações de lugares nos quais há a possibilidade de buscar atendimento psicológico gratuito ou com preços populares. Ao clicar confirmando a participação voluntária, a pessoa era direcionada para o questionário composto pelos instrumentos previamente citados.

Em seguida, os questionários deveriam ser respondidos – atividade que requereu um tempo médio de 15 minutos. Todos os direitos foram assegurados, como a garantia da confidencialidade das respostas, da análise dos dados em conjunto e foi dada a opção de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum ônus para o respondente. Em acordo com a resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, destaca-se que a presente pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (CAAE nº 04828918.8.0000.5054).

6.1.5 Análise de dados

Para a verificação das hipóteses, foi utilizado o *software* de análises estatísticas SPSS 21. Especificamente, foram realizadas análises descritivas (medidas de dispersão e tendência central) para caracterização da amostra; análises de regressão linear (simples e múltipla) e análises de comparação de médias (teste *t* de *Student* para amostras independentes) para testar as hipóteses propostas, as quais refletem modelos explicativos da ideação suicida e do comportamento suicida.

6.2 Resultados e discussão parcial

Esse estudo consiste, basicamente, no teste de diversas hipóteses com vistas a avaliar o quanto as proposições da Teoria de Três Passos do Suicídio (3ST) se adequam ao contexto brasileiro e, se as variáveis propostas podem contribuir com a compreensão, a intervenção e até a prevenção do suicídio no país. Como pré-requisito ao teste de hipóteses, os níveis de associação entre as variáveis foram testados (Tabela 11).

Tabela 11. Correlação entre as variáveis da 3ST (Estudo 2)

Variável	M	DP	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Percepção de ser um fardo	2,19	1,60								
2. Sentimento de não-pertença	3,38	1,80	0,74*							
3. INQ_Total (conectividade)	18,89	11,02	0,94*	0,92*						
4. ACSS_FAD (<i>fearlessness</i>)	3,90	1,23	0,47*	0,47*	0,51*					
5. Fatores práticos (SCS-3)	4,68	2,19	0,37*	0,42*	0,42*	0,39*				
6. Dor psicológica	29,67	14,52	0,75*	0,79*	0,82*	0,51*	0,46*			
7. Desesperança (BHS)	6,72	5,57	0,74*	0,75*	0,80*	0,48*	0,36*	0,77*		
8. Depressão	22,95	8,96	0,46*	0,50*	0,55*	0,30¹	0,46²	0,51*	0,37³	
9. Ideação	8,11	9,35	0,74*	0,67*	0,76*	0,56*	0,46*	0,79*	0,76*	0,46*

Fonte: elaborada pelo autor.

Nota: *p=0,000; ¹p=0,045; ²p=0,002; ³p=0,013.

Em sequência, visto que a associação entre todas as variáveis foi significativa ($p < 0,05$), as hipóteses da 3ST serão apresentadas e testadas uma a uma. O teste de hipóteses

tomou por base estudos que avaliaram as proposições da 3ST em outros contextos (DHINGRA; KLONSKY; TAPOLA, 2018; KLONSKY; MAY, 2015; YANG *et al.*, 2018).

6.2.1 Quem explica melhor a ideação suicida: a depressão ou a desesperança?

A primeira hipótese consiste em confirmar que a desesperança possui um maior poder preditivo – em relação à ideação suicida do que a depressão. Félix *et al.* (2016) ao revisarem o que vem sendo produzido de literatura brasileira acerca da temática do suicídio identificaram que a depressão é o transtorno que se associa ao suicídio com maior frequência e figura como um importante fator de risco. Na mencionada publicação, a desesperança não é sequer citada. Moreira e Bastos (2015) também realizaram uma revisão de literatura para identificar, no Brasil, quais os fatores de risco para o suicídio em adolescentes, os autores destacam como principais:

depressão, desesperança, solidão, tristeza, preocupação, ansiedade, baixa autoestima, agressão por parte de pais e amigos, pouca comunicação com os pais, ser abusado fisicamente na escola, uso de substâncias, pessoa conhecida com tentativa de suicídio, e, pertencer ao sexo feminino (p.450).

Conclui-se que, na literatura brasileira, de um modo geral, a depressão ainda ocupa um lugar de destaque – enquanto no contexto americano, as novas propostas apontam a desesperança como um melhor preditor para a ideação suicida. Especificamente, quando consideradas as teorias da ideação para a ação, o maior objetivo é identificar variáveis que prevejam 1) a ideação suicida; 2) a transição da ideação para as tentativas; ou 3) as tentativas de suicídio. Ribeiro *et al.* (2018) conduziram uma metanálise para avaliar, no contexto americano, o efeito que a depressão e a desesperança possuem na ideação suicida, nas tentativas de suicídio e nas mortes por suicídio.

Como resultado, teve-se que a desesperança previu melhor a ideação suicida, mas não obteve resultados consistentes para tentativas e mortes; e os sintomas da depressão mostraram-se correlacionados com os três fenômenos. Desse modo, os autores concluem que a depressão aparece, de modo consistente, como um correlato do suicídio em todas as suas etapas – enquanto a desesperança parece predizer somente a ideação e apresenta fraca correlação com tentativas e mortes por suicídio.

O primeiro passo para o suicídio, de acordo com a 3ST, é o desenvolvimento da ideação suicida, o qual tem como preditores a desesperança e a dor emocional (KLONSKY;

MAY, 2015). Nesse sentido, a **Hipótese 1** dessa dissertação, afirma que **a desesperança terá mais poder preditivo do que a depressão no que tange aos níveis de ideação suicida.**

Os níveis de ideação suicida foram medidos a partir do escore total BSS (*Beck Suicide Scale*), assim como a depressão e a desesperança, que foram calculadas a partir da soma do escore total da CES-D e da BHS. Correlação r de Pearson mostram que os níveis de ideação se correlacionaram moderadamente com a depressão ($r=0,46$, $p=0,002$) e fortemente com a desesperança ($r=0,76$, $p=0,000$).

Em seguida, dois modelos foram testados a partir de duas análises de regressão linear, com método de entrada *inserir*. No primeiro modelo, a depressão ($\beta= 0,46$; $t = 3,34$, $p=0,002$) conseguiu explicar satisfatoriamente os níveis de ideação suicida [$F(1) =11,19$, $p=0,002$; $R = 0,45$, $R^2_{\text{Ajustado}} = 0,19$], sendo responsável por 21% da variância total ($R^2=0,21$). O segundo modelo, teve a desesperança ($\beta= 0,76$; $t = 20,81$, $p=0,000$) como preditor e explicou melhor os níveis de ideação do que o modelo anterior [$F(1)=433,01$, $p=0,000$; $R = 0,76$, $R^2_{\text{Ajustado}} = 0,57$], explicando 58% da variância ($R^2=0,58$).

Os resultados apresentados corroboram a ideia que a ideação suicida é melhor prevista pela desesperança, visto que o modelo com a desesperança como preditor explicou um adicional de 37% da variância total. Tal resultado condiz com a literatura atual (RIBEIRO *et al.*, 2018) e corrobora o proposto pela 3ST (KLONSKY; MAY, 2015).

6.2.2 A dor emocional e a desesperança explicam a ideação suicida?

O primeiro passo proposto pela 3ST é o de que a dor emocional e a desesperança combinadas predirão o desenvolvimento da ideação suicida. Para avaliar essa proposição inicial foram elaboradas duas hipóteses, que serão testadas e discutidas a seguir. Inicialmente, a **Hipótese 2** afirma que **a dor emocional e a desesperança predirão os níveis atuais de ideação suicida dos participantes.** Para averiguar tal hipótese, foi conduzida uma análise de regressão linear múltipla, com método de entrada *por etapa*.

Como esperado, a dor emocional ($r=0,79$, $p=0,000$) e a desesperança ($r=0,76$, $p=0,000$) apresentaram correlações robustas com a ideação e, ainda, foram fortemente correlacionadas entre si ($r=0,77$, $p=0,000$). A análise de regressão múltipla demonstrou a adequabilidade de dois modelos aos dados. O primeiro, constituído somente pela dor emocional enquanto preditora ($\beta=0,79$; $t =22,88$, $p=0,000$), explicou 62% da variância dos níveis de ideação suicida [$F(1)=523,67$, $p=0,000$; $R = 0,79$, $R^2_{\text{Ajustado}} = 0,62$, $R^2=0,62$]. O

segundo, que contou com a desesperança ($\beta=0,37$; $t =7,55$, $p=0,000$) e a dor emocional ($\beta=0,50$; $t =10,10$, $p=0,000$) como preditores, explicou um adicional de 6%, sendo responsável por 68% da variância total [$F(2) =336,77$, $p=0,000$; $R = 0,82$, $R^2_{\text{Ajustado}} = 0,68$, $R^2 = 0,68$].

No tópico anterior, havia sido testado um modelo de regressão linear simples com a desesperança explicando os níveis de ideação suicida e tal variável foi responsável por 58% da variância. Desse modo, a **H2** foi confirmada, visto que nessa amostra, tanto a dor emocional quanto a desesperança foram excelentes preditores da ideação suicida e, quando juntas, o modelo explicou um adicional de 6% - resultado similar e até superior aqueles resultados que vem sendo demonstrados no exterior (DHINGRA; KLONSKY; TAPOLA, 2018).

A **Hipótese 3** objetivou verificar se **a combinação da dor emocional com a desesperança irá predizer o desencadeamento da ideação suicida**. Essa análise, como algumas subsequentes, requereu a criação de alguns grupos específicos. Para avaliar a **H3**, foi realizada uma regressão logística binária, visando observar se a interação entre a desesperança e a dor emocional conseguia predizer a condição ‘ter ideação suicida’.

A priori, a amostra foi dividida a partir da variável ‘ideação suicida’ em quatro grupos de referência, como segue: 1) sem ideação suicida, que reuniu as 67 pessoas que pontuaram 0 na BSS; 2) ideação suicida leve, que reuniu as 109 pessoas que pontuaram de 1 a 5 na BSS; 3) ideação suicida moderada, que reuniu 74 pessoas com pontuações de 6 a 13 na BSS; e 4) ideação suicida grave, que reuniu as 68 pessoas que pontuaram de 14 a 40 na BSS.

Com vistas a testar a H3, por meio de uma regressão logística binária, a ideação suicida foi transformada em uma variável *dummy*. A ideação (variável dependente) foi codificada em 0 – não possui a condição/não possui ideação suicida e 1 – possui a condição/possui ideação. Os participantes do grupo 0 foram as 176 pessoas que pontuaram no intervalo de 0 a 5 na BSS; enquanto o grupo 1 reuniu as 142 pessoas que pontuaram de 6 a 40 nesse mesmo instrumento.

A regressão logística binária foi realizada com método de entrada *enter* para avaliar se a interação entre a desesperança e a dor emocional conseguia predizer o pertencimento aos grupos. A adequabilidade do modelo foi atestada pelos indicadores, Cox and Snell (0,42), Nagelkerke (0,56), pelo qui-quadrado do modelo ($p=0,68$), assim como pela análise de resíduos do diagrama de classificação. A estatística de Wald para a variável

‘interação’ foi significativa ($p < 0,001$), demonstrando que a variável contribui de forma significativa para o modelo. O exp b (ou *odds ratio*) foi de 1,01 para a interação, de modo que a combinação entre a dor emocional e a desesperança aumentaram as chances do surgimento da ideação suicida em cerca de 1,01 vezes (Tabela 12).

As hipóteses 2 e 3 foram corroboradas. Destarte, o primeiro passo da 3ST foi confirmado. A desesperança e a dor emocional se configuram enquanto ótimos preditores dos níveis de ideação suicida e a interação entre as duas variáveis conseguiu predizer significativamente o pertencimento ao grupo de pessoas ‘com ideação suicida’. Na literatura atual, diversos estudos vêm encontrando resultados similares (YANG *et al.*, 2018).

Tabela 12. Regressão logística binária avaliando o pertencimento ao grupo com ideação

Preditores	B(EP)	Exp b	Intervalo de confiança de 95%	
			Inferior	Superior
Constante	-2,06* (0,23)	0,12		
Interação entre dor emocional e desesperança	0,01* (0,001)	1,01	1,07	1,01

Fonte: elaborada pelo autor.

Nota: $R^2 = 0,42$ (Cox and Snell), $0,56$ (Nagelkerke). Modelo $\chi^2(8) = 5,70$, $p = 0,68$. * $p = 0,000$.

A literatura clássica já aponta a desesperança enquanto um forte preditor da ideação suicida. Beck *et al.* (1985) realizaram um estudo longitudinal, por um período de dez anos, e atestaram que somente a BSS (escala de desesperança) conseguiu predizer de forma eficaz os eventuais suicídios que ocorreram nos 207 pacientes estudados, os quais haviam sido hospitalizados por ideação suicida. Os autores concluem que o grau de desesperança é um importante indicador do risco suicidário em pacientes hospitalizados por depressão. Desde então, resultados similares são consistentes em diversas pesquisas (RIBEIRO *et al.*, 2018).

A dor emocional ou psicológica (*mental pain, psychache, psychological pain*) vem sendo estudada com afinco desde a proposição do modelo cúbico do suicídio em 1993 e, antes disso, já era relacionada com o suicídio. Assim como a desesperança, os resultados de diversas pesquisas apresentam dados consistentes acerca da relevância desse construto; de fato, uma revisão de literatura recente aponta que a dor mental pode ser descrita como um fator preditivo significativo do risco de suicídio, representando uma maior vulnerabilidade ao risco do que a depressão (VERROCCHIO *et al.*, 2016).

Recentemente, com a proposição das teorias de ideação para a ação, o suicídio passou a ser estudado como fenômenos distintos: a) o desenvolvimento da ideação suicida; b) a transição da ideação para a tentativa; e c) a tentativa de suicídio (KLONSKY; SAFFER; BRYAN, 2018). Nesse cenário, a desesperança e a dor psicológica tem se mostrado variáveis relevantes na explicação do primeiro fenômeno citado, conseguindo predizer o desenvolvimento da ideação suicida em diversos contextos, faixas etárias e independentemente do gênero (DHINGRA; KLONSKY; TAPOLA, 2018; QIU; KLONSKY; KLEIN, 2017).

6.2.3 A conectividade torna a ideação ativa e/ou é um fator de proteção contra a escalada da ideação para a tentativa?

Uma outra forma de fazer a pergunta título é indagar se a conectividade protege contra a escalada da ideação suicida entre aqueles que apresentam pontuações altas em dor emocional e desesperança. O primeiro passo da 3ST é o desenvolvimento da ideação, explicado pela desesperança e pela dor mental. O segundo passo da teoria consiste na proposição de que, quando a dor mental excede a conectividade a ideação torna-se forte ou ativa; do mesmo modo, quando a conectividade excede a dor, ela “impede” essa escalada da ideação (KLONSKY; MAY, 2015).

Para avaliar o segundo passo da 3ST foram elaboradas quatro hipóteses (**H4, H5, H6 e H7**). A **Hipótese 4** afirma que **peças com ideação suicida grave apresentarão médias significativamente maiores em dor emocional, desesperança e baixa conectividade quando comparadas com peças com ideação baixa**; similarmente, a **Hipótese 5** afirma que **peças com ideação suicida grave apresentarão médias significativamente maiores em dor emocional, desesperança e baixa conectividade quando comparadas com peças com ideação moderada**.

Para avaliar as duas hipóteses foi realizada uma ANOVA *one-way* (teste *post hoc* de *Bonferroni*), somente para as peças que apresentaram algum nível de ideação suicida (n=251), ou seja, para os grupos: *ideação suicida leve* (109 peças que pontuaram de 1 a 5 na BSS); *ideação suicida moderada* (74 peças com pontuações de 6 a 13); e *ideação suicida grave* (68 peças que pontuaram de 14 a 40), anteriormente descritos. As médias obtidas pelos grupos foram comparadas, a partir da pontuação total obtida nas escalas INQ, PAS e BHS (Tabela 13).

Tabela 13. ANOVA em grupos de diferentes níveis de ideação suicida e construtos da 3ST

Grupos	Desesperança		Dor emocional		Baixa conectividade	
	M	DP	M	DP	M	DP
Ideação leve	4,01	2,97	22,25	7,75	13,68	5,87
Ideação Moderada	7,57	4,83	32,47	11,17	21,62	9,27
Ideação Grave	13,79	5,03	49,27	11,53	32,47	10,24
	F(2,248)=114,186, p = 0,000		F(2,248)=154,62, p = 0,000		F(2,248)= 107,86, p = 0,000	

Fonte: elaborada pelo autor.

As hipóteses 4 e 5 foram confirmadas, uma vez que as diferenças de médias foram todas significativas ($p=0,000$) entre todos os três grupos e nas três variáveis analisadas: desesperança, dor emocional e baixa conectividade. Para todos os construtos, o grupo que obteve as maiores médias foi o ‘ideação suicida grave’, ao passo que as menores médias ficaram com o grupo ‘ideação suicida leve’, e as médias medianas com o grupo ‘ideação suicida mediana’. As médias de cada grupo nas respectivas variáveis, acompanhadas dos desvios padrões e o resultado da anova com a significância encontram-se detalhados na Tabela 9.

A **Hipótese 6** afirma que **pontuações altas em baixa conectividade estarão associadas com níveis altos de ideação suicida**. A confirmação das hipóteses 4 e 5 implica em dizer que o subgrupo ‘ideação suicida grave’ é formado por aquelas pessoas com maiores médias em dor psicológica e desesperança. Portanto, é esperado que esse subgrupo também obtenha as maiores pontuações em baixa conectividade (DHINGRA; KLONSKY; TAPOLA, 2018). A partir disso, avaliou-se se a relação apresentada entre a baixa conectividade e a ideação suicida no subgrupo ideação grave ($n=68$, $r=0,42$, $p=0,000$), comparando-a aos demais grupos, a saber: ideação suicida leve ($n=109$, $r=0,22$, $p=0,023$) e moderada ($n=74$, $r=0,36$, $p=0,002$). As relações encontradas demonstram que a ideação grave se encontra relacionada de modo mais forte com a baixa conectividade, enquanto a ideação leve e a moderada apresentam apenas correlações fracas com esse construto – corroborando a **H6**.

Finalmente, a **Hipótese 7** afirma que **quando a dor emocional excede a conectividade os níveis de ideação suicida aumentam**. É dito que, quando a conectividade excede a dor emocional, a escalada da ideação suicida para um nível ativo ou grave é amenizada pela conectividade. Do mesmo modo, quando a dor excede a conectividade, a ideação progride para níveis altos ou ativos (KLONSKY; MAY, 2015). Para testar essa

hipótese, os escores das variáveis dor emocional e conectividade foram normalizados a partir das modificações do Escore Z³ e do escore T⁴.

Sequencialmente, foi calculada a variável ‘Dor excede conectividade’, na qual o escore normalizado da variável ‘Dor psicológica’ foi subtraído daquele da variável ‘Baixa Conectividade’. Os escores positivos passaram a representar o cenário no qual a dor não excede a conectividade e os valores negativos representavam casos no qual a dor excede a conectividade. Então, foram criados dois grupos: 1) Dor excede a conectividade, que reuniu todas as pontuações negativas; e 2) Dor não excede a conectividade, que reuniu todas as pontuações positivas. Verificou-se, então, se a diferença de médias entre os grupos de diferentes níveis de ideação distinguia-se na diferença observada entre dor e conectividade (Tabela 14).

Tabela 14. Comparação de médias de ideação suicida entre grupos no quais a dor excede (ou não) a conectividade

Grupos	Ideação Suicida	
	M	DP
Dor não excede a conectividade	41,41	45,38
Dor excede a conectividade	-44,10	37,94
	$t(316)=-18,27,$ $p = 0,000$	

Fonte: elaborada pelo autor.

Como resultado (Tabela 10), obteve-se que a diferença de médias entre o grupo ‘dor excede a conectividade’ e o grupo ‘dor não excede a conectividade’ foi significativa, tendo a maior média sido pertencente ao grupo no qual a dor excedeu a conectividade. Em outras palavras, quando a dor excede a conectividade, os níveis de ideação suicida encontrados na amostra foram significativamente maiores do que no cenário oposto. Tais resultados confirmam o proposto pela **H7**.

O segundo passo da 3ST trata, especialmente, acerca do construto conectividade. De modo específico, avalia o papel da conectividade enquanto fator de risco – no contexto em que a dor excede o nível de conectividade e elicia o surgimento da ideação ativa; e enquanto fator de proteção contra a escala da ideação leve para a ativa (KLONSKY; MAY, 2015). Essa seção contemplou as hipóteses de 4 a 7, que avaliaram as proposições do

³ O escore Z é calculado a partir da diminuição do escore bruto da média da distribuição dividido pelo desvio padrão, $Z = EB - M/DP$.

⁴ O escore T é calculado pela multiplicação do escore Z por uma constante (a) e pela soma do resultado a outra constante (b), nesse caso: $T = Z.100+500$

segundo passo da 3ST. Em suma, os resultados apontam que pessoas com níveis maiores de ideação suicida pontuam mais nas variáveis dor emocional, desesperança e baixa conectividade; a correlação entre os níveis de ideação suicida e a baixa conectividade aumentaram proporcionalmente e associação foi mais robusta conforme eram maiores níveis de ideação em questão; e, por fim, o grupo de pessoas no qual a dor excedeu a conectividade apresentou as maiores médias em ideação suicida.

Com base nesses resultados, pode-se afirmar que o segundo passo da 3ST adequou-se ao contexto brasileiro. Historicamente, o conceito de conectividade pode ser ligado a pelo menos nove distintas teorias e modelos que contribuíram com a compreensão do suicídio – grandes nomes da ciência, como Durkheim em 1897, já argumentavam que o suicídio resultava da falta de conexão social com os outros e baixo controle comportamental. Atualmente, os resultados de pesquisas que associam a conectividade com comportamentos suicidas têm sido consistentes (WHITLOCK; WYMAN; MOORE, 2014).

As teorias do recorte de ideação para a ação começam a propor um papel mais específico para a conectividade, o de prever a transição da ideação suicida leve para a ativa – funcionando como fator de atenuação para essa escalada; e sendo “vencida” somente quando a dor psicológica ultrapassa os níveis de conectividade. Os resultados encontrados no contexto brasileiro dão suporte ao proposto pela teoria, assim como pesquisas realizadas no contexto chinês e no contexto americano (DHINGRA; KLONSKY; TAPOLA, 2018; YANG *et al.*, 2018).

6.2.4 Quais os melhores preditores das tentativas de suicídio?

Com a proposição das teorias de ideação para a ação, o suicídio passou a ser estudado como fenômenos distintos: a) o desenvolvimento da ideação suicida; b) a transição da ideação para a tentativa; e c) a tentativa de suicídio (KLONSKY; SAFFER; BRYAN, 2018). Nos tópicos anteriores, utilizando por base a 3ST, já foram testadas e discutidas as hipóteses referentes aos dois primeiros passos que levariam ao suicídio. Aqui, por meio de duas hipóteses, o terceiro e último passo, proposto pela 3ST, será testado.

A primeira hipótese a ser testada, é a **Hipótese 8** que afirma que **a capacidade para o suicídio** (nesse estudo, mensurada por meio dos fatores: ‘**não temer a morte**’, **fatores práticos**) **apresentará maior poder preditivo em relação às tentativas de suicídio, quando comparados às variáveis: dor emocional, desesperança e**

conectividade. Para testar tal hipótese, foram conduzidas duas análises de regressão linear múltipla ($n=318$), para as quais a variável dependente eram as tentativas de suicídio. As tentativas foram medidas a partir da pergunta “Você já realizou uma tentativa de se matar na qual você teve, pelo menos, alguma intenção de morrer?”.

No primeiro modelo de regressão, foram inseridos como preditores as variáveis dor emocional, desesperança e baixa conectividade. O método de entrada selecionado foi *por etapa*. Um único modelo foi considerado válido para explicar as tentativas de suicídio, o qual contou somente com o preditor dor emocional ($\beta= 0,46$; $t = 8,14$, $p=0,000$), o qual explicou significativamente 21% da variância total [$F(1) =66,23$, $p=0,000$; $R = 0,46$, $R^2_{\text{Ajustado}} = 0,21$; $R^2=0,21$].

O segundo modelo contou com as variáveis predictoras: ‘não temer a morte’ e ‘fatores práticos’. Novamente, só um modelo foi considerado válido. O preditor ‘não temer a morte’ (*fearlessness about death*; $\beta= 0,28$; $t = 4,58$, $p=0,000$) explicou (9% da variância total das tentativas de suicídio [$F(1) =21,03$, $p=0,000$; $R = 0,28$, $R^2_{\text{Ajustado}} = 0,08$, $R^2=0,09$]. De modo geral, dentre as variáveis que compõe o estudo, a dor emocional foi o melhor preditor das tentativas de suicídio, enquanto ‘não temer a morte’ obteve somente metade do poder explicativo da dor emocional.

A última hipótese ou **Hipótese 9** afirma que **a capacidade para o suicídio (‘não temer a morte’, fatores práticos) conseguirá diferenciar pessoas somente com ideação (*ideators*) daquelas com histórico de tentativas de suicídio (*attempters*)**. Para testar essa hipótese, foram excluídas da análise as pessoas que não apresentavam ideação, de forma que a amostra utilizada contou com os grupos de ideação leve, moderada e grave ($n=251$). Em seguida, foi realizado um teste t de *Student* para amostras independentes, sendo os dois grupos: 1) pessoas com ideação e tentativas; e 2) pessoas com ideação e sem tentativas de suicídio. A variável ‘não temer a morte’ foi mensurada a partir da ACSS-FAD e os ‘fatores práticos’ a partir dos itens 5 e 6 da SCS-3.

A comparação de médias demonstrou que na variável ‘fatores práticos’, as pessoas com ideação e tentativas ($M=5,70$; $DP=1,64$) pontuaram mais do que as pessoas que tinham somente ideação ($M=4,78$; $DP=2,22$), e essa diferença foi estatisticamente significativa [$t(217,52)=-3,70$, $p=0,000$]. Para a variável ‘não temer a morte’, encontrou-se que as pessoas com ideação e tentativas ($M=4,56$; $DP=1,22$) apresentaram médias maiores do que aquelas que tinha somente ideação ($M=3,84$; $DP=1,12$), resultado esse que também foi estatisticamente significativo [$t(249)=-4,58$, $p=0,000$].

A partir do resultado da **H8** e da **H9**, é possível confirmar que – ainda que a capacidade suicida (aqui medida pelos fatores práticos e pelo ‘não temer a morte’) consiga diferenciar, de forma significativa, pessoas somente com ideação daquelas que tentaram o suicídio, tais variáveis não apresentaram um bom poder preditivo das tentativas de suicídio. Pontua-se então, que a proposição de compreender as tentativas como um fenômeno distinto da ideação suicida é recente (JOINER, 2005) e que outros avanços devem acontecer nos próximos anos.

De fato, estudos recentes - lançados após a proposição da 3ST (KLONSKY; MAY, 2015; DHINGRA; BODUSZEK; O’CONNOR, 2015) já começam a testar quais variáveis explicam as tentativas de suicídio. Por exemplo, a revisão de literatura conduzida por Saffer e Klonsky (2018) aponta que algumas habilidades neurocognitivas, como a inibição e a capacidade de tomar decisões, podem contribuir para explicar a transição da ideação para as tentativas de suicídio. Além dessas, May e Klonsky (2016) também observaram que diversas variáveis sociobiodemográficas se diferenciavam em pessoas com ideação daquelas com ideação e tentativas, como transtornos relacionados ao abuso de drogas e história de abuso sexual.

Em 2017, Klonsky, Qiu e Saffer publicaram um artigo intitulado ‘Avanços recentes em diferenciar pessoas com ideação daquelas que tentam suicídio’ (tradução própria). Nesse artigo, os autores resumem os avanços dos últimos dois anos (2015 a 2017) no que tange a diferenciar esses públicos, afirmam que algumas evidências são consistentes até o momento – como a de que as pessoas com ideação e tentativas costumam pontuar mais em capacidade adquirida para o suicídio, experiências dolorosas e provocativas e alta tolerância pra dor e estresse quando comparadas com pessoas somente com ideação. Ressaltam que outras variáveis biológicas e psicossociais foram identificadas, mas ainda requerem um maior número de estudos.

7 DISCUSSÃO FINAL: EVIDÊNCIAS DE ADEQUAÇÃO DA 3ST EM CONTEXTO BRASILEIRO

A presente dissertação buscou testar a Teoria de Três Passos do Suicídio (3ST) no contexto brasileiro. Outras publicações já realizaram estudos similares, como o estudo de Yang *et al.* (2018) na China e o de Dhingra, Klonsky e Tapola (2018) no Reino Unido. A segunda pesquisa citada obteve resultados similares aos encontrados no Brasil. De modo geral, ambas as pesquisas ofereceram suporte parcial às proposições da 3ST e sua adequação em explicar o suicídio nos contextos brasileiro e grã-bretano.

A presente seção visa comparar a adequação da 3ST nesses três contextos, com ênfase nos resultados encontrados no contexto brasileiro e, brevemente, discutir as implicações práticas e teóricas decorrentes de tais empreitadas científicas. É importante ressaltar que na China, a amostra utilizada contou com 1097 estudantes, dos quais 21,42% tinham algum nível de ideação e 3,83% tinha histórico de tentativas; e no Reino Unido, a amostra foi de 665 estudantes, dos quais 24% tinha tentado suicídio pelo menos uma vez e 72,4% reportaram um longo histórico de ideação suicida.

Resumidamente, a 3ST propõe que a ideação suicida se origina da combinação de altos níveis de desesperança e dor psicológica, que a conectividade funciona como um fator de proteção frente a escala da ideação suicida leve para uma ideação ativa, e que a progressão da ideação para a tentativa ocorre quando a pessoa tem níveis altos de capacidade suicida (KLONSKY; MAY, 2015). Até o momento, a teoria tem se mostrado parcialmente correta em suas proposições nos contextos em que foi testada.

O primeiro passo da 3ST obteve suporte empírico nos três contextos mencionados. Nessa pesquisa, o modelo da desesperança e da dor psicológica explicando a ideação suicida explicou 68% da variância total, similar ao encontrado no Reino Unido (56%). Na China, o primeiro passo foi corroborado, mas a variância explicada pelas variáveis foi de 12% - os valores menos robustos encontrados no contexto chinês podem ser justificados pelas especificidades da amostra acima mencionada, como pontuam Yang *et al.* (2018).

O segundo passo propõe que a conectividade “protege” contra a escala da ideação leve para a ideação ativa. Nesse estudo, assim como no Reino Unido foi confirmado que a conectividade, assim como a variável ‘dor excede a conectividade’ encontrou-se relacionada com menores níveis de ideação entre aqueles que possuíam pontuações altas em

desesperança e dor emocional ($t < 0,05$), ou seja, pessoas que pontuaram mais em conectividade, reportaram menores níveis de ideação suicida. Apesar da hipótese ter sido suportada, Dhingra, Klonsky e Tapola (2018) ressaltam que a definição de conectividade proposta por Klonsky e May (2015) é ampla, incluindo conexões com um emprego, projetos, entre outros; desse modo, os autores sugerem que o Questionário de Necessidades Interpessoais (INQ) talvez não seja o instrumento mais adequado, pois só mensura a conectividade interpessoal.

No contexto chinês as evidências de suporte para o segundo passo da 3St foram bem mais consistentes. Yang *et al.* (2018) sugerem que tais resultados podem se justificar pela sociedade chinesa ser mais interdependente e conectada, portanto, a conectividade interpessoal teria apresentado um papel mais importante. Dada essa hipótese, pelo contexto brasileiro ser mais similar ao americano do que ao chinês, considera-se que uma definição mais ampla de conectividade poderia beneficiar pesquisas nesse cenário.

Acerca do terceiro e último passo proposto pela teoria, os resultados variaram entre os diferentes contextos. No contexto americano, o terceiro passo foi comprovado (DHINGRA; KLONSKY; TAPOLA, 2018). No contexto chinês, houve suporte parcial para essa proposição – com a ressalva de que os fatores adquiridos do suicídio não obtiveram bom poder preditivo. Yang *et al.* (2018) especulam que esse resultado pode ser decorrente da disponibilidade de pesticidas nesse contexto, o qual tende a ser o método de escolha nas tentativas de suicídio chinesas.

Nessa pesquisa, os resultados ofereceram suporte parcial para a 3ST. No entanto, somente a ACSS-FAD apresentou bom poder preditivo. E, diferente do esperado, a dor emocional foi o melhor preditor das tentativas de suicídio. Vale ressaltar que a robustez de resultados relacionados com a PAS (escala de dor psicológica) vem sendo consistentemente apontada pela literatura (TROISTER; D'AGATA; HOLDEN, 2015; TROISTER; HOLDEN, 2010). Uma limitação do presente estudo, a qual deve ser apontada, se refere ao instrumental, devido aos fatores adquiridos e situacionais a SCS-3 não terem apresentados bons indicadores, eles não foram utilizados no teste de hipóteses – podendo justificar os resultados.

No que se refere aos fatores práticos não terem sido bons preditores, imagina-se que características culturais do brasileiro possam interferir nessa pontuação. A literatura brasileira acerca desses construtos pesquisados ainda é escassa, não permitindo especular muito acerca das possibilidades de interpretação dos resultados. No entanto, pode ser comum

ao brasileiro a crença de ‘se eu quisesse me matar, eu poderia’, ou seja, a percepção da capacidade para o suicídio nesse contexto pode ser maior do que nos demais contextos estudados. Tal suposição se pauta no fato de que a violência nesse contexto é bem mais presente do que nos demais – de fato, atualmente, o Brasil detém uma marca histórica de 62.517 mortes violentas intencionais, ultrapassando o número de 30 homicídios a cada 100 mil habitantes, o que representa 30 vezes a taxa de assassinatos de toda a Europa (ATLAS DA VIOLÊNCIA, 2018). No entanto, outras pesquisas são necessárias.

Para além dos resultados gerais acerca das três premissas principais da teoria, um outro resultado também merece destaque. Durante muito tempo, a desesperança foi considerada pela literatura como um bom preditor de futuras tentativas de suicídio (BECK, 1986). No entanto, corroborando as premissas da 3ST, nesse estudo, a desesperança não foi um preditor significativo do modelo explicativo para as tentativas – tendo contribuído somente na explicação da ideação suicida.

A partir do exposto, considera-se que as teorias do *framework* da ideação para a ação apresentam um grande potencial de progresso na área da Suicidologia. Os resultados encontrados para o contexto brasileiro oferecem suporte, principalmente, para a afirmação de Klonsky e May (2014) de que esse *framework* deve guiar todas as pesquisas e teorias relacionadas ao suicídio daqui em diante.

8 CONCLUSÃO

O objetivo principal dessa dissertação foi avaliar como o modelo de explicação do suicídio, proposto pela Teoria de Três Passos (3ST), se adequava no contexto brasileiro. Para alcançar esse objetivo, foram realizados dois estudos empíricos com método quantitativo. No primeiro estudo foram validados os instrumentos necessários para dar suporte ao teste das hipóteses vindas da 3ST. No segundo estudo, foram testadas nove hipóteses, que buscaram contemplar os três passos propostos pela teoria.

No que se refere aos instrumentos, foram validadas as seguintes medidas: a) Questionário de Necessidades Interpessoais (INQ); b) Escala de Capacidade Suicida (SCS-3); c) Escala de Capacidade Adquirida para o Suicídio – nas versões completa (ACSS) e reduzida (ACSS-FAD); e d) Escala de dor psicológica (PAS). De modo geral, as escalas apresentaram parâmetros psicométricos adequados, com exceção para a SCS-3, especificamente para os fatores adquiridos e situacionais mensurados a partir dessa escala. A validação desses instrumentos representa um avanço para a área da Suicidologia brasileira, visto que os construtos medidos são considerados preditores importantes do suicídio e, a disponibilidade de instrumentos, permite a realização de mais estudos sobre eles em contexto brasileiro.

Como um todo, a Teoria de Três Passos do Suicídio mostrou-se adequada para o contexto brasileiro, obtendo resultados similares aos do contexto americano – onde foi proposta. Foi encontrado suporte parcial para as premissas da teoria, de modo que a desesperança e a dor emocional foram ótimos preditores da ideação suicida; a combinação entre dor emocional e a conectividade (especificamente, medindo quando a dor ultrapassa os níveis de conectividade) foi mais expressiva em pessoas com maiores níveis de ideação; no entanto, a capacidade suicida (‘não temer a morte’ e ‘fatores práticos’) não foi a melhor preditora das tentativas de suicídio e sim, nesse estudo, a dor emocional.

Conclui-se que as variáveis apresentadas por essa teoria devem ser consideradas na elaboração de intervenções e programas de prevenção. Especificamente, para pessoas com risco de desenvolver ideação suicida, deve-se dar atenção principalmente aos níveis de dor psicológica e desesperança; para pessoas com ideação leve, a intervenção deve ser focada em aumentar os níveis de conectividade e reduzir a desesperança e a dor; e, finalmente, para pessoas com ideação ativa, deve-se atuar intervindo nessas variáveis e manejando/investigando a capacidade suicida.

Como limitações desse estudo, pontua-se a participação somente de pessoas acima de 18 anos – enquanto no país a taxa de suicídios na adolescência é muito alta; e a não utilização de análises mais robustas. Desse modo, indica-se, como direcionamentos futuros, o teste das hipóteses da 3ST em diversos públicos – adolescentes, idosos, homens e mulheres, com fins de averiguar a estabilidade dessa teoria no Brasil. Ainda, a realização de análises estatísticas mais robustas, como modelagem por equação estrutural para testar o modelo como um todo e análises de regressão múltipla com termo de interação para avaliar o papel da conectividade de modo mais robusto.

REFERÊNCIAS

- ABRAMSON, L. Y. *et al.* The hopelessness theory of suicidality. In: JOINER, T.; RUDD, D. **Suicide science**. Boston, MA: Springer, p. 17-32, 2002.
- ANESTIS, M. D. *et al.* Testing the main hypotheses of the interpersonal–psychological theory of suicidal behavior in a large diverse sample of United States military personnel. **Comprehensive Psychiatry**, New York, v. 60, p. 78-85, 2015.
- ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2014**. São Paulo – SP, Brasil: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2014.
- ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2017**. São Paulo – SP, Brasil: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2017.
- ARAGAO, S. R. História do suicídio: aspectos culturais, socioeconômicos e filosóficos. **Bolg Consultoria Estratégica em Psicologia Emocional**, Fortaleza, 2014. Disponível em: <<http://www.consultoriapsi.net/news/historia-do-suicidio-aspectos-culturais-socioeconomicos-e-filosoficos/>>. Acesso em: 28 de maio de 2016.
- ARANGO, A. *et al.* Suicidal ideation and suicide attempts among youth who report bully victimization, bully perpetration and/or low social connectedness. **Journal of Adolescence**, Birmingham, USA, v. 51, p. 19-29, 2016.
- ATLAS DA VIOLÊNCIA. **Atlas da Violência 2018**. Rio de Janeiro - RJ, Brasil: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA] e Fórum Brasileiro de Segurança Pública [FBSP], 2018.
- BARZILAY, S.; APTER, A. Psychological models of suicide. **Archives of Suicide Research**, New York, USA, v. 18, n. 4, p. 295-312, 2014.
- BATISTA, N. O.; ARAUJO, J. R. C. de; FIGUEIREDO, P. H. M. Incidência e perfil epidemiológico de suicídios em crianças e adolescentes ocorridos no Estado do Pará, Brasil, no período de 2010 a 2013. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua, v. 7, n. 4, p. 61-6, 2016.
- BAUMEISTER, R. F. Suicide as escape from self. **Psychological Review**, New York, USA, v. 97, n. 1, p. 90-113, 1990.
- BECK, A. T.; KOVACS, M.; WEISSMAN, A. Hopelessness and suicidal behavior: An overview. **Jama**, Chicago, v. 234, n. 11, p. 1146-1149, 1975.
- BECK, A. T.; STEER, R. A. **Manual for Beck scale for suicide ideation**. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1991.

BECK, A.T. *et al.* Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. **American Journal of Psychiatry**, Washington, DC, v. 1, n. 42, p. 559-563, 1985.

BECK, A.T. *et al.* The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, DC, v. 47, p. 861-863, 1974.

BECK, A. T. Hopelessness as a predictor of eventual suicide. **Annals of the New York Academy of Sciences**, New York, v. 487, n. 1, p. 90-96, 1986.

BERNARDES, S. S.; TURINI, C. A.; MATSUO, T. Perfil das tentativas de suicídio por overdose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 26, n. 7, p. 1366-72, 2010.

BORSA, J. C.; BANDEIRA, D. R. Adaptação transcultural do questionário de comportamentos agressivos e reativos entre pares no Brasil. **PsicoUSF**, Iataiba, v. 19, n. 2, p. 287-296, 2014.

BRAGA, L. de L.; DELL'AGLIO, D. D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, epressão e gênero. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, RS, v. 6, n. 1, p.2-14, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822013000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 de maio de 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Setembro amarelo. Ministério da Saúde lança agenda estratégica de prevenção do suicídio**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

BRYAN, A. O.; THERIAULT, J. L.; BRYAN, C. J. Self-forgiveness, posttraumatic stress, and suicide attempts among military personnel and veterans. **Traumatology**, Thousand Oaks, CA, v. 21, n. 1, p. 40-46, 2015.

BRYAN, C. J. *et al.* A preliminary test of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior in a military sample. **Personality and Individual Differences**, Harlow, UK, v. 48, n. 3, p. 347-350, 2010.

CAEIRO, V. S. R. **Morte voluntária - Sui Caedes**. 2011. Tese (Mestrado em Medicina Legal) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal, 2011. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26902/7/SUI%20CAEDES.pdf>>. Acesso em: 13 de ago. 2018.

CEARÁ. SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL. **SSPDS e PraVida realizam curso sobre prevenção ao suicídio na segurança pública**. Fortaleza (CE), 2017. Disponível em: <<http://www.sspds.ce.gov.br/noticiaDetalhada.do?tipoPortal=1&codNoticia=9216&titulo=Reportagens&action=detail>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

- CERO, I. *et al.* Perceived burdensomeness, thwarted belongingness, and suicide ideation: Re-examination of the Interpersonal-Psychological Theory in two samples. **Psychiatry Research**, Amsterdam, v. 228, n. 3, p. 544-550, 2015.
- CHENG, Q. *et al.* Suicide contagion: a systematic review of definitions and research utility. **PloS one**, San Francisco, USA, v. 9, n. 9, p. 1-9, 2014.
- CRAMER, R. J.; KAPUSTA, N. D. A social-ecological framework of theory, assessment, and prevention of suicide. **Frontiers in Psychology**, Miami, USA, v. 8, p. 1-10, 2017.
- CRISPIM, M. Suicídio: uma perspectiva pastoral reformada. In: PRATA, V.; MILANEZ, N. (Orgs.). **Filosofia do suicídio: quando o corpo tem vez**. Vitória da Conquista: Labedisco, 2016.
- CRUVINEL, M. V. **Rastros virtuais de uma morte (a)enunciada: uma análise dos discursos do suicídio pelas páginas “brasileiras” do Orkut**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), 2008.
- CURTIN, S. C.; WARNER, M.; HEDEGAARD, H. Increase in suicide in the United States, 1999–2014. **NCHS data brief n. 241**. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2016.
- DA ROSA, N. M. *et al.* Mortalidade por suicídio no Estado do Paraná segundo meios utilizados: uma análise epidemiológica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, RJ, v. 66, n. 2, p. 73-82, 2017.
- DE ALMEIDA, A. L. S. *et al.* Isolamento social e ideação suicida em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Cesumar–Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**, São Paulo, SP, v.19, n.1, p.181-195, 2014.
- DE ARAÚJO, R. M. F.; LARA, D. R. More than words: the association of childhood emotional abuse and suicidal behavior. **European psychiatry**, Paris, v. 37, p. 14-21, 2016.
- DEAN, P. J.; RANGE, L. M. Testing the escape theory of suicide in an outpatient clinical population. **Cognitive Therapy and Research**, Philadelphia, USA, v. 23, n. 6, p. 561-572, 1999.
- DHINGRA, K.; BODUSZEK, D.; O’CONNOR, R. C. Differentiating suicide attempters from suicide ideators using the Integrated Motivational-Volitional model of suicidal behaviour. **Journal of Affective Disorders**, New York, USA, v. 186, p. 211–218, 2015.
- DHINGRA, K.; BODUSZEK, D.; O’CONNOR, R. C. A structural test of the Integrated Motivational-Volitional model of suicidal behaviour. **Psychiatry Research**, Amsterdam, v. 239, p. 169-178, 2016.
- DHINGRA, K.; KLONSKY, E. D.; TAPOLA, V. An empirical test of the three-step theory of suicide in UK University Students. **Suicide and Life Threatening Behavior**, Bethesda (USA), v. 49, n.2, p.478-487, 2018.

DURKHEIN, É. **O suicídio**: estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FÉLIX, T. A. *et al.* Fatores de risco para tentativas de suicídio: produção de conhecimento no Brasil. **Revista Contexto & Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 16, n. 31, p. 173-185, 2016.

FUJITA, J. *et al.* Auditory verbal hallucinations increase the risk for suicide attempts in adolescents with suicidal ideation. **Schizophrenia Research**, New York, v.168, p. 209-212, 2015.

GILBERT, P.; ALLAN, S. The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: An exploration of an evolutionary view. **Psychological Medicine**, London, v. 28, p.585-598, 1998.

GONÇALVES, L. R. C.; GONÇALVES, E.; JÚNIOR, L. B. O. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. **Nova Economia**, Belo Horizonte, v.21, n. 2, p. 281-316, 2011.

GROSSMAN, A. H.; PARK, J. Y.; RUSSELL, S. T. Transgender youth and suicidal behaviors: Applying the interpersonal psychological theory of suicide. **Journal of Gay & Lesbian Mental Health**, Binghamton, NY, v. 20, n. 4, p. 329-349, 2016.

GUERREIRO, D. F.; SAMPAIO, D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Coimbra, v. 31, n. 2, p. 204-213, 2013.

HAIR, J. *et al.* **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre : Bookman, 2009.

HANNA, D. *et al.* The structure of the Beck Hopelessness Scale: A confirmatory factor analysis in UK students. **Personality and Individual Differences**, Harlow, v. 51, n. 1, p. 17-22, 2011.

HAW, C. *et al.* Suicide clusters: a review of risk factors and mechanisms. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, Washington, DC, v.43, n.1, p.97-108, 2013.

HAWTON, K.; VAN HEERINGEN, K. (Ed.). **The international handbook of suicide and attempted suicide**. Chichester: John Wiley & Sons, 2006.

HILL, R. M. *et al.* Evaluating the Interpersonal Needs Questionnaire: Comparison of the reliability, factor structure, and predictive validity across five versions. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, Washington, DC, v.45, n.3, p.302-314, 2014.

HOLDEN, R. R. *et al.* Development and preliminary validation of a scale of psychache. **Canadian Journal of Behavioural Science**, Chicago, ILL, v. 33, n. 4, p. 224-232, 2001.

HONINGS, S. *et al.* Psychotic experiences and risk of self-injurious behavior in the general population: A systematic review and meta-analysis. **Psychological Medicine**, London, v. 46, n.2, p.237-251, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE. **Óbitos por causas externas: suicídios** - Taxa de Mortalidade Específica (TME). Brasília, 2017. Séries Históricas e Estatísticas. Disponível em: <<https://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=MS11>>. Acesso em: 06 nov 2017.

JOHNSON, J. *et al.* Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). **Behaviour Research and Therapy**, New York, v. 48, n. 3, p. 179-186, 2010.

JOHNSON, J.; GOODING, P.; TARRIER, N. Suicide risk in schizophrenia: explanatory models and clinical implications, The Schematic Appraisal Model of Suicide (SAMS). **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, Leicester, v. 81, n. 1, p. 55-77, 2008.

JOINER, T. E. The clustering and contagion of suicide. **Current Directions in Psychological Science**, Malden, v. 8, n. 3, p. 89-92, 1999.

JOINER, T. E. **Why people die by suicide**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005.

KESSLER, R. C.; BORGES, G.; WALTERS, E. E. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, ILL, v. 56, p. 617–626, 1999.

KHAZEM, L. R.; ANESTIS, M. D. Thinking or doing? An examination of well-established suicide correlates within the ideation-to-action framework. **Psychiatry Research**, Amsterdam, v. 245, p. 321-326, 2016.

KLONSKY, E. D.; MAY, A. M. Differentiating suicide attempters from suicide ideators: a critical frontier for suicidology research. **Suicide and Life Threatening Behavior**, Washington, DC, v. 44, n. 1, p. 1-5, 2014.

KLONSKY, E. D.; MAY, A. M. The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. **International Journal of Cognitive Therapy**, Houston, v. 8, n. 2, p. 114-129, 2015.

KLONSKY, E. D.; MAY, A. M.; SAFFER, B. Y. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. **Annual Review of Clinical Psychology**, Palo Alto, v.12, p. 307–330, 2016.

KLONSKY, E. D.; QIU, T.; SAFFER, B. Y. Recent advances in differentiating suicide attempters from suicide ideators. **Current Opinion in Psychiatry**, London, v. 30, n. 1, p. 15-20, 2017.

KLONSKY, E. David; SAFFER, Boaz Y.; BRYAN, Craig J. Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. **Current Opinion in Psychology**, Amsterdam, v. 22, p. 38-43, 2018.

- KONG, L.; SAREEN, J.; KATZ, L. Y. School based suicide prevention programs. In: R.C., O'CONNOR; PIRKIS, J. **The international handbook of suicide prevention**. Chichester, UK: John Wiley & Sons. 2016. pp. 725-42.
- LIEBERMAN, L. **Leaving you: the cultural meaning of suicide**. Chicago: Ivan R. Dee, 2003.
- LOVISI, G. M. *et al.* Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.31, Supl. 2, p. 86-94, 2009.
- LUÍS, M. M. C. G. **Dor psicológica e risco suicidário: um estudo longitudinal com indivíduos da comunidade**. 62f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Évora, Évora, 2016.
- MA, J. *et al.* A systematic review of the predictions of the Interpersonal–Psychological Theory of Suicidal Behavior. **Clinical Psychology Review**, New York, v. 46, p. 34-45, 2016.
- MACENTE, L. B.; ZANDONADE, E. Avaliação da completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio na região Sudeste, Brasil, no período de 1996 a 2007. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, RJ, v.59, n.3, p. 173-81, 2010.
- MANN, J. J. A current perspective of suicide and attempted suicide. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 136, n. 4, p. 302-311, 2002.
- MANN, J. J. *et al.* Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. **American Journal of Psychiatry**, Washington, v. 156, n. 2, p. 181-189, 1999.
- MAY, A. M. *et al.* Descriptive and psychometric properties of the inventory of motivations for suicide attempts (IMSA) in an inpatient adolescent sample. **Archives of Suicide Research**, New York, v. 20, p. 476-82, 2016.
- MAY, A. M.; VICTOR, S. E. From ideation to action: recent advances in understanding suicide capability. **Current Opinion in Psychology**, Amsterdam, v. 22, p.1–6, 2018.
- MAY, A. M.; KLONSKY, E. D. Assessing motivations for suicide attempts: development and psychometric properties of the inventory of motivations for suicide attempts. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, Bethesda (USA), v.43, p.532-546, 2013.
- MAY, A. M.; KLONSKY, E. D. “Impulsive” suicide attempts: What do we really mean?. **Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment**, Los Angeles, v. 7, n. 3, p. 293-302, 2016a.
- MAY, A. M.; KLONSKY, E. D. What distinguishes suicide attempters from suicide ideators? A meta-analysis of potential factors. **Clinical Psychology: Science and Practice**, Philadelphia, PA, v. 23, p.5–20, 2016b.

- MCFEETERS, D.; BOYDA, D.; SIOBHAN, O. Patterns of stressful life events: distinguishing suicide ideators from suicide attempters. **Journal of Affective Disorders**, New York, v.175, p. 192-198, 2015.
- MELLO-SANTOS, C.; WANG, Y. P.; BERTOLOTE, J. M. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.27, p.131-4, 2005.
- MITCHELL, P. B. *et al.* Severity of stressful life events in first and subsequent episodes of depression: The relevance of depressive subtype. **Journal of Affective Disorders**, New York, v.73, p.245–252, 2003.
- MONTEMARANO, V. *et al.* A four year longitudinal study examining psychache and suicide ideation in elevated risk undergraduates: a test of Shneidman's model of suicidal behavior. **Journal of Clinical Psychology**, New York, v.43, n. 6, p. 611-20, dec. 2018.
- MOREIRA, L. C. de O.; BASTOS, P. R. H. de O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Psicologia Escolar e Educacional**, Maringá, v.19, n.3, p.445-453, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572015000300445&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 de ago. 2018.
- NETTO, N.B. Capítulo 1. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O suicídio e os desafios para a Psicologia**. Brasília. 2013. 152p.
- NOCK, M. K. *et al.* Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. **PLoS Medicine**, Lawrence, v. 6, n. 8, p. 100-123, 2009.
- NOCK, M. K. *et al.* Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. **British Journal of Psychiatry**, London, v.192, p.98–105, 2008.
- NOCK, M. K. *et al.* Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. **Psychological Assessment**, London, v. 19, n.3, p.309-317, 2007.
- NOCK, M. K.; BORGES, G.; BROMET, E. J. *et al.* Suicide and suicidal behavior. **Epidemiologic Reviews**, Oxford, v. 30, p. 133–154, 2008.
- NOCK, M. K.; BORGES, G.; ONO, Y. (Ed.). **Suicide**: global perspectives from the WHO World Mental Health surveys. Cambridge University Press, 2012.
- O'CONNOR, R. C. Suicidal behavior as a cry of pain: Test of a psychological model. **Archives of Suicide Research**, New York, v. 7, n. 4, p. 297-308, 2003.
- O'CONNOR, R. C. The integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior. **Crisis**, London, v.32, p.295-8, 2011a.

O'CONNOR, R. C. Towards an integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. **International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice**, London, v. 1, p. 181-198, 2011b.

O'CONNOR, R. C.; KIRTLEY, O. J. The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. **Philosophical Transactions of The Royal Society Biological Sciences**, London, v. 373, n. 1754, p.1-10, 2018.

O'CONNOR, R. C.; NOCK, M. K. The psychology of suicidal behavior. **The Lancet Psychiatry**, Philadelphia, Pa, v. 1, n. 1, p. 73-85, 2014.

ORGANIZATION MUNDIAL DE LA SALUD. **Prevención de la conducta suicida**. Washington, DC: OPS, 2016.

PEREIRA, D. A. R. **A experiência subjectiva da ideação suicida em estudantes universitários numa perspectiva fenomenológico-existencial**. 118f. Dissertação (Mestrado) _ Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa, Portugal, 2015.

PINTO, A. P. *et al.* Suicídio em idosos no brasil: uma revisão integrativa. **Revista Univap**, São José dos Campos, SP, v. 22, n. 40, p. 849-859, 2017.

PIRES, M. C. C. *et al.* Risk factors of suicide attempts by poisoning: review. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, Porto Alegre, RS, v. 36, n. 2, p. 63-74, 2014.

PITEIRA, M. M. C. **Necessidades interpessoais e risco de suicídio numa amostra clínica de idosos**. 56f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de Évora, Évora, 2016.

QIU, T.; KLONSKY, E. D.; KLEIN, D. N. Hopelessness predicts suicide ideation but not attempts: A 10 year longitudinal study. **Suicide and Life Threatening Behavior**, New York, v. 47, n. 6, p. 718-722, 2017.

RADLOFF, Lenore Sawyer. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. **Applied Psychological Measurement**, Los Angeles, v. 1, n. 3, p. 385-401, 1977.

RAFAEL, J. Suicídio: um homicídio de si mesmo. **O Portal dos Psicólogos**, 2014. Disponível em: < <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0349.pdf>>. Acesso em: 25 de ago. 2018.

RASMUSSEN, S. A. *et al.* Elaborating the cry of pain model of suicidality: Testing a psychological model in a sample of first-time and repeat self-harm patients. **British Journal of Clinical Psychology**, London, v. 49, n. 1, p. 15-30, 2010.

REIS, A.H. Morrer voluntariamente: da condenação do suicídio à liberdade de pensá-lo. **Ponto Crítico**, São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://pontocritico.org/tag/santo-agostinho-e-o-suicidio/>>. Acesso em: 26 de mar. de 2018.

RIBEIRO, J. D. *et al.* Fearlessness about death: The psychometric properties and construct validity of the revision to the Acquired Capability for Suicide Scale. **Psychological Assessment**, London, v. 26, n. 1, p. 115, 2014.

RIBEIRO, J. D. *et al.* Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: Meta-analysis of longitudinal studies. **The British Journal of Psychiatry**, Cambridge, v. 212, n. 5, p. 279-286, 2018.

RICKELMAN, B. L.; HOUFEK, J. F. Toward an interactional model of suicidal behaviors: Cognitive rigidity, attributional style, stress, hopelessness, and depression. **Archives of Psychiatric Nursing**, Orlando, FL, v. 9, n. 3, p. 158-168, 1995.

RIMKEVICIENE, J. *et al.* Impulsive suicide attempts: a systematic literature review of definitions, characteristics and risk factors. **Journal of Affective Disorders**, New York, v. 171, p. 93-104, 2015.

ROGERS, J. R. Theoretical grounding: The “missing link” in suicide research. **Journal of Counseling & Development**, Hoboken, NJ, v. 79, n. 1, p. 16-25, 2001.

RUDD, M. D. Fluid Vulnerability Theory: A cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. In: ELLIS, T. E. (Ed.), **Cognition and suicide: theory, research, and therapy**. Washington, DC, US: American Psychological Association. 2006. p. 355-368.

RUDD, M. D. The suicidal mode: a cognitive-behavioral model of suicidality. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, New York, v. 30, n. 1, p. 18-33, 2000.

RUDD, M. D.; RAJAB, M. H.; DAHM, P. F. Problem-solving appraisal in suicide ideators and attempters. **American Journal of Orthopsychiatry**, Albany, v. 64, n. 1, p. 136-149, 1994.

SAFFER, B. Y.; KLONSKY, E. D. Do neurocognitive abilities distinguish suicide attempters from suicide ideators? A systematic review of an emerging research area. **Clinical Psychology: Science and Practice**, Philadelphia, v. 25, n. 1, p. 12-27, 2018.

SANTOS, J.H. **Suicídio**: enquadramento da problemática. 2009. Slides. Disponível em: <<https://slideplayer.com.br/slide/10210470/>>. Acesso em: 25 ago. 2018.

SCHOTTE, D. E.; CLUM, G. A. Suicide ideation in a college population: A test of a model. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, DC, v. 50, n. 5, p. 690-696, 1982.

SENA-FERREIRA, N. *et al.* Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por meio de autópsia psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 115-126, 2014.

SHNEIDMAN, E. S. Anodyne psychotherapy for suicide: A psychological view of suicide. In: **Phenomenology of Suicide**. Springer, Cham, 2018. p. 209-217.

SHNEIDMAN, E. S. **Suicide as psychache**: a clinical approach to self-destructive behavior. Northfield, NJ: Jason Aronson. 1993a.

SILVA, G. W. dos S. **Existências dissidentes e apagamentos**: fatores associados à ideação suicida em pessoas transgênero. 95f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

SILVA, R.M. *et al.* Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideações e tentativas de suicídio de pessoas idosas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n. 6, p. 1703-1710, 2015.

SILVEIRA, D. X.; JORGE, M. R. Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínica e não-clínica de adolescentes e adultos jovens. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 251-61, 1998.

SILVERMANN, M. M. *et al.* Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, New York, v. 37, n. 3, p. 248-263, 2007.

SMITH, P. N. *et al.* An aspect of the capability for suicide—Fearlessness of the pain involved in dying—Amplifies the association between suicide ideation and attempts. **Archives of Suicide Research**, New York, v. 20, n. 4, p. 650-662, 2016.

SOUZA, V. dos S. *et al.* Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, RJ, v.60, n.4, p.294-300, 2011.

SPANGENBERG, L. *et al.* Dimensionality, psychometric properties and population-based norms of the German version of the Revised Acquired Capability for Suicide Scale (ACSS-FAD). **Psychiatry Research**, Amsterdam, v. 238, p. 46-52, 2016.

STANLEY, B. *et al.* The construct and measurement of suicide-related coping. **Psychiatry Research**, Amsterdam, v. 258, p. 189-193, 2017.

STEEG, S. *et al.* The exacerbating influence of hopelessness on other known risk factors for repeat self-harm and suicide. **Journal of Affective Disorders**, New York, v. 190, p. 522-528, 2016.

STONE, D. M. *et al.* The role of social connectedness and sexual orientation in the prevention of youth suicide ideation and attempts among sexually active adolescents. **Suicide and Life Threatening Behavior**, New York, v. 45, n. 4, p. 415-430, 2015.

SUICIDE. In: STANFORD ENCYCLOPEDIA OF PHILOSOPHY. Stanford, Calif.: Stanford University, 2004. Disponível em: <<http://plato.stanford.edu/entries/suicide/>>. Acesso em: 12 de mar. 2018.

SURGENOR, P. W. G.; QUINN, P.; HUGHES, C. Ten Recommendations for Effective School-Based, Adolescent, Suicide Prevention Programs. **School Mental Health**, New York, v. 8, n. 4, p. 413-24, 2016.

TROISTER, T.; D'AGATA, M. T.; HOLDEN, R. R. Suicide risk screening: Comparing the Beck Depression Inventory-II, Beck Hopelessness Scale, and Psychache Scale in undergraduates. **Psychological Assessment**, London, v.27, n.4, p.1500-1506, 2015.

TROISTER, T.; HOLDEN, R. R. Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Shneidman's theory of suicide. **Personality and Individual Differences**, Harlow, v. 49, n. 7, p. 689-693, 2010.

TUCKER, R. P. *et al.* Empirical extension of the interpersonal theory of suicide: Investigating the role of interpersonal hopelessness. **Psychiatry Research**, Amsterdam, v. 259, p. 427-432, 2018.

VAN ORDEN, K. A. *et al.* Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the interpersonal psychological theory of suicidal behavior among adults. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, DC, v. 76, p. 72–83, 2008.

VAN ORDEN, K. A., *et al.* The interpersonal theory of suicide. **Psychological Review**, New York, USA, v.117, n.2, p.575-586, 2010.

VERROCCHIO, M. C. *et al.* Mental pain and suicide: a systematic review of the literature. **Frontiers in Psychiatry**, Miami, USA, v. 7, p. 108, 2016.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 175-187, 2013.

VOLPE, F. M.; CORRÊA, H.; BARRERO, S. P. Epidemiologia do suicídio. In: Correa, H., Perez S (Orgs). **Suicídio, uma morte evitável**. São Paulo: Editora Atheneu. pp. 11-27. 2006.

WASELFISZ, J. J. Mapa da violência. **Os jovens do Brasil**. Brasília: Ed. Garamond, 2014.

WENZEL, A.; BECK, A. T. A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. **Applied and preventive psychology**, Amsterdam, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2008.

WETHERALL, K.; ROBB, K. A.; O'CONNOR, R. C. An Examination of Social Comparison and Suicide Ideation Through the Lens of the Integrated Motivational–Volitional Model of Suicidal Behavior. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, New York, 2018. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/sltb.12434>>. Acesso em: 13 de ago. 2018.

WHITLOCK, J.; WYMAN, P. A.; MOORE, S. R. Connectedness and suicide prevention in adolescents: pathways and implications. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, New York, v. 44, n. 3, p. 246-272, 2014.

WILLIAMS, J. M. G. *et al.* Cognitive reactivity, suicidal ideation and future fluency: Preliminary investigation of a differential activation theory of hopelessness/suicidality. **Cognitive Therapy and Research**, Philadelphia, USA, v. 32, n. 1, p. 83-104, 2008.

WILLIAMS, J. M. G.; POLLOCK, L. R. The psychology of suicidal behavior. In: HAWTON, K.; HEERINGEN, K. van. **The international handbook of suicide and attempted suicide**, p. 79-93, 2000.

WILLIAMS, J.M.G. **The cry of pain**. London: Penguin, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders: Global Health Estimates**. Geneva: World Health Organization. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative**. Luxembourg: World Health Organization. 2014.

YANG, L. *et al.* A Test of the Three-Step Theory of Suicide among Chinese People: A Study Based on the Ideation-to-Action Framework. **Archives of Suicide Research**, New York, p.1-28, 2018.

ZALSMAN, G. *et al.* Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper. **European Neuropsychopharmacology**, New York, NY, v. 27, n. 4, p. 418-21, 2017.

ZUCKERMAN, M. The sensation seeking scale V (SSS-V): Still reliable and valid. **Personality and Individual Differences**, Harlow, v.43, n.5, p.1303-1305, 2007.

**ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO (TCLE)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**PESQUISA: DA IDEACÃO PARA A AÇÃO: TESTANDO A TEORIA DE TRÊS
PASSOS DO SUICÍDIO EM CONTEXTO BRASILEIRO**

Pesquisadora responsável: Lia Wagner Plutarco e Prof. Dr. Walberto S. Santos
Prezado(a) colaborador(a),

Você é convidado(a) a participar desta pesquisa, que busca uma maior compreensão acerca do fenômeno do suicídio. Para tanto, a presente pesquisa realizada em locais públicos utiliza como meio o preenchimento de um questionário, o qual leva em torno de 15 minutos para ser respondido, contando com 5 escalas que devem ser respondidas individualmente.

1. PARTICIPANTES DA PESQUISA: Pessoas maiores de 18 anos, de ambos os sexos. Esta será, inevitavelmente, amostra de conveniência, não-probabilística, participarão da pesquisa aqueles participantes que de forma voluntária, quando convidados a colaborar, concordem por meio da assinatura do presente termo.

2. ENVOLVIMENTO NA PESQUISA: Ao participar deste estudo, você deve responder a um questionário envolvendo questões relacionadas ao tema estudado. Lembramos que você tem a liberdade de se recusar a participar e pode ainda deixar de responder em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum prejuízo. Além disso, ainda tem o direito de ficar com uma das vias do termo de consentimento. Sempre que quiser você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa, entrando em contato com o pesquisador responsável.

3. RISCOS E DESCONFORTOS: A participação nesta pesquisa não traz complicações, talvez, apenas, algum constrangimento ou desconforto que algumas pessoas sentem quando estão fornecendo informações sobre si mesmas. Os procedimentos utilizados nesta pesquisa seguem as normas estabelecidas pela Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, e não oferecem risco a sua integridade física, psíquica e moral. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos a sua dignidade. No entanto, devido ao tema ser um assunto delicado, acrescenta-se a este as seguintes informações:

Caso você esteja passando por alguma dificuldade, ligue para **188** ou **(85) 3257-1084** para entrar em contato com o Centro de Valorização da Vida (CVV). Ou **procure atendimento** gratuito no Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) de Sobral (Avenida Lúcia Sabóia, 517 – Centro). Ainda, existem atendimentos especializados aos quais você pode recorrer em casos mais graves, como o Projeto PRAVIDA (Projeto de apoio à vida), que oferece atendimento gratuito, às quintas-feiras a partir das 13 horas, no **Hospital Walter Cantídio** (HUWC; Rua Capitão Francisco Pedro, 1210 - Rodolfo Teófilo, Fortaleza – CE, tel: **(85) 984005672**. Ainda, para mais informações há a possibilidade de entrar em contato com a pesquisadora responsável: liaplutarco@hotmail.com

4. CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Apenas os membros do grupo de pesquisa terão conhecimento das respostas. **Seu nome não será mencionado em nenhum momento.** Todos os dados serão analisados em conjunto, garantindo o caráter anônimo das informações. Os resultados poderão ser utilizados em eventos e publicações científicas.

5. BENEFÍCIOS: Ao participar desta pesquisa você não deverá ter nenhum benefício direto. Entretanto, espera-se que a mesma nos forneça dados importantes acerca dos impactos causados na sociedade pelo suicídio, ajudando a criar programas de prevenção e de assistência à pessoas com ideação suicida ou que tentem o suicídio.

6. PAGAMENTO: Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa. E nada será pago por sua participação. Entretanto, se você desejar, poderá ter acesso a cópias dos relatórios da pesquisa contendo os resultados do estudo. Para tanto, entre em contato com o pesquisador responsável no endereço abaixo.

Endereço do responsável pela pesquisa:

Pesquisadora responsável: Lia Wagner Plutarco (liaplutarco@hotmail.com)
 Instituição: Universidade Federal do Ceará – Depto. de Psicologia
 Endereço: Av. da Universidade 2762 – Benfica – Fortaleza - CE
 Telefones p/contato: 33667723

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ:**
 Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46.
 Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira.
 O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e

Eu, _____, _____ anos,
 RG: _____, E-mail: _____, declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura do participante

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE NECESSIDADES INTERPESSOAIS

Os itens são apresentados conforme os originais em inglês (Hill *et al.*, 2014); e a instrução de preenchimento foi traduzida conforme a original em Van Orden *et al.* (2008).

INSTRUÇÕES. As questões a seguir pedem que você pense sobre você mesmo e as outras pessoas. Por favor, responda usando suas crenças e experiências atuais, NÃO se utilize daquilo que acredita ser verdade de forma geral, ou o que pode ser verdade para as outras pessoas. Por favor, baseei suas respostas naquilo que vem sentindo recentemente. Use a escala de resposta abaixo para encontrar o número que melhor descreve como você se sente e coloque-o no espaço em branco. Não existem respostas certas ou erradas: estamos interessados no que *você* sente e pensa.

1	2	3	4	5	6	7
Não é verdade para mim de forma alguma			Mais ou menos verdade para mim			Muito verdadeiro para mim

01. _____ These days the people in my life would be better off if I were gone
02. _____ These days, I am close to other people
03. _____ These days I think my death would be a relief to the people in my life
04. _____ These days I think the people in my life wish they could be rid of me
05. _____ These days I think I make things worse for the people in my life
06. _____ These days, I feel like I belong
07. _____ These days, I am fortunate to have many caring and supportive friends
08. _____ These days, I feel disconnected from other people
09. _____ These days, I often feel like an outsider in social gatherings
10. _____ These days the people in my life would be happier without me

ANEXO C - ESCALA DE DOR PSICOLÓGICA

Os itens são apresentados conforme os originais em inglês (HOLDEN *et al.*, 2001).

	1	2	3	4	5
	Nunca	As vezes	Frequentemente	Com muita frequência	Sempre
01. I feel psychological pain				1	2 3 4 5
02. I seem to ache inside				1	2 3 4 5
03. My psychological pain seems worse than any physical pain				1	2 3 4 5
04. My pain makes me want to scream				1	2 3 4 5
05. My pain makes my life seem dark				1	2 3 4 5
06. I can't understand why I suffer				1	2 3 4 5
07. Psychologically, I feel terrible				1	2 3 4 5
08. I hurt because I feel empty				1	2 3 4 5
09. My soul aches				1	2 3 4 5
10. I can't take my pain any more				1	2 3 4 5
11. Because of my pain, my situation is impossible				1	2 3 4 5
12. My pain is making me fall apart				1	2 3 4 5
13. My psychological pain affects everything I do				1	2 3 4 5

ANEXO D – ESCALA DE CAPACIDADE ADQUIRIDA PARA O SUICÍDIO

Os itens são apresentados conforme os originais em inglês (SMITH *et al.*, 2016).

1	2	3	4	5	6	7
Não se parece em nada comigo						Parece muito comigo

01. _____ Things that scare most people do not scare me
02. _____ The sight of my own blood does not bother me
03. _____ I avoid certain situations (e.g., certain sports) because of the possibility of injury
04. _____ I can tolerate a lot more pain than most people
05. _____ People describe me as fearless
06. _____ The sight of blood bothers me a great deal
07. _____ The fact that I am going to die does not affect me
08. _____ The pain involved in dying frightens me
09. _____ Killing animals in a science course would not bother me
10. _____ I am very much afraid to die
11. _____ It does not make me nervous when people talk about death
12. _____ The sight of a dead body is horrifying to me
13. _____ The prospect of my own death arouses anxiety in me
14. _____ I am not disturbed by death being the end of life as I know it
15. _____ I like watching the aggressive contact in sports games
16. _____ The best parts of hockey games are the fights
17. _____ When I see a fight, I stop to watch
18. _____ I prefer to shut my eyes during the violent parts of movies
19. _____ I am not at all afraid to die
20. _____ I could kill myself if I wanted to (Even if you have *never* wanted to kill yourself, please answer the question)

ANEXO E - ESCALA DE CAPACIDADE SUICIDA

Os itens e a instrução são apresentados conforme os originais em inglês (KLONSKY; MAY, 2015).

Instrução: Por favor, avalie o quanto você concorda com cada uma dessas afirmações usando a seguinte escala:

Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neither	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree
0	1	2	3	4	5	6

1. I've always been able to handle pain more easily than other people.
2. I've never really been afraid of death.
3. I can handle more physical pain that I used to.
4. Over time, I've gotten less afraid of dying.
5. If I ever wanted to, I'd know how to kill myself.
If I ever wanted to, I'd have access to the method/means I would use to kill myself

ANEXO F – RESULTADO DOS PROCEDIMENTOS TEÓRICOS DE ADAPTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

QUESTIONÁRIO DE NECESSIDADES INTERPESSOAIS	
Itens originais	Itens traduzidos
These days the people in my life would be better off if I were gone	Esses dias, as pessoas na minha vida ficariam melhor se eu fosse embora
These days the people in my life would be happier without me	Esses dias, as pessoas na minha vida ficariam mais felizes sem mim
These days I think my death would be a relief to the people in my life	Esses dias, eu penso que minha morte seria um alívio para as pessoas na minha vida
These days I think the people in my life wish they could be rid of me	Esses dias, eu com frequência me sinto como um estranho em reuniões sociais
These days I think I make things worse for the people in my life	Esses dias, eu penso que eu pioro as coisas para as pessoas que estão na minha vida
These days, I feel like I belong	Esses dias, eu sinto como se eu fizesse parte de algo maior
These days, I am fortunate to have many caring and supportive friends	Esses dias, eu tenho sorte por ter amigos que me dão suporte e cuidam de mim
These days, I feel disconnected from other people	Esses dias, eu me sinto desconectado das outras pessoas
These days, I often feel like an outsider in social gatherings	Esses dias, eu me sinto, com frequência, como um estranho em reuniões sociais
These days, I am close to other people	Esses dias, eu sou próximo das outras pessoas

ESCALA DE DOR PSICOLÓGICA	
Itens originais	Itens traduzidos
I feel psychological pain	Eu sinto dor psicológica
I seem to ache inside	Eu pareço doer por dentro
My psychological pain seems worse than any physical pain	Minha dor psicológica parece pior que qualquer dor física
My pain makes me want to scream	Minha dor me faz querer gritar
My pain makes my life seem dark	Minha dor faz minha vida parecer sombria
I can't understand why I suffer	Eu não consigo entender porque eu sofro
Psychologically, I feel terrible	Psicologicamente, eu me sinto horrível
I hurt because I feel empty	Eu sinto dor porque me sinto vazio
My soul aches	Minha alma dói
I can't take my pain any more	Eu não aguento mais a minha dor psicológica
Because of my pain, my situation is impossible	Minha situação é insuportável por causa da minha dor
My pain is making me fall apart	Minha dor está me fazendo desmoronar
My psychological pain affects everything I do	Minha dor psicológica afeta tudo o que faço

FORMA CURTA DA ESCALA DE DESESPERANÇA	
Itens originais	Itens traduzidos
In the future, I expect to succeed in what concerns me most	No futuro, espero ter sucesso no que mais me preocupa
My future seems dark to me	Meu futuro parece sombrio para mim
I just can not get the breaks, and there's no reason I will in the future	Eu não consigo ter oportunidades, e não há razão para eu conseguir no futuro
I have great faith in the future	Eu tenho muita fé no futuro

ESCALA DE CAPACIDADE ADQUIRIDA PARA O SUICÍDIO

Itens originais	Itens traduzidos
Things that scare most people do not scare me	Coisas que assustam a maioria das pessoas não me assustam
The sight of my own blood does not bother me	Ver meu próprio sangue não me incomoda
I avoid certain situations (e.g., certain sports) because of the possibility of injury	Eu evito algumas situações (como esportes) por causa da possibilidade de me machucar
I can tolerate a lot more pain than most people	Eu posso tolerar muito mais dor do que a maioria das pessoas
People describe me as fearless	As pessoas me descrevem como alguém sem medo
The sight of blood bothers me a great deal	Ver sangue me incomoda muito
The fact that I am going to die does not affect me	O fato de que vou morrer não me afeta
The pain involved in dying frightens me	A dor envolvida em morrer me assusta
Killing animals in a science course would not bother me	Matar animais em uma aula de ciências não me incomodaria
I am very much afraid to die	Eu tenho muito medo de morrer
It does not make me nervous when people talk about death	Eu não fico nervoso quando as pessoas falam sobre a morte
The sight of a dead body is horrifying to me	Ver uma pessoa morta é assustador para mim
The prospect of my own death arouses anxiety in me	A ideia da minha própria morte desperta ansiedade em mim
I am not disturbed by death being the end of life as I know it	Eu não me preocupo com a morte ser o fim da vida como eu conheço
I like watching the aggressive contact in sports games	Eu gosto de assistir esportes que têm situações agressivas
The best parts of hockey games are the fights	A melhor parte dos jogos de futebol são as brigas
When I see a fight, I stop to watch	Quando eu vejo uma briga, eu paro para assistir
I prefer to shut my eyes during the violent parts of movies	Eu prefiro fechar os olhos nas partes violentas de um filme
I am not at all afraid to die	Eu não tenho nenhum medo de morrer
I could kill myself if I wanted to (Even if you have <i>never</i> wanted to kill yourself, please answer the question)	Eu poderia me matar se eu quisesse (mesmo se você <i>nunca</i> quis se matar, por favor, responda a pergunta).

ESCALA DE CAPACIDADE PARA O SUICÍDIO

Itens originais	Itens traduzidos
I've always been able to handle pain more easily than other people	Eu sempre fui capaz de lidar com a dor mais facilmente do que outras pessoas
I've never really been afraid of death	Eu nunca tive medo da morte
I can handle more physical pain that I used to	Eu posso aguentar mais dor física do que costumava aguentar
Over time, I've gotten less afraid of dying	Com o passar do tempo, eu passei a ter menos medo de morrer
If I ever wanted to, I'd know how to kill myself	Se eu quisesse, eu saberia como me matar
If I ever wanted to, I'd have access to the method/means I would use to kill myself	Se eu quisesse, teria acesso ao método / aos meios que usaria para me matar
