



**Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais**

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

**Atitudes dos Alentejanos face ao Suicídio**

Tatiana Carolina Gouveia Vasconcelos

Orientador(es) | Sofia Alexandra da Conceição Tavares

Évora 2020





**Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais**

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

**Atitudes dos Alentejanos face ao Suicídio**

Tatiana Carolina Gouveia Vasconcelos

Orientador(es) | Sofia Alexandra da Conceição Tavares

Évora 2020

---

---

---

---



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

- Presidente | Isabel Maria Marques Mesquita (Universidade de Évora)
- Vogal | Catarina Pires da Rosa (Universidade de Aveiro)
- Vogal-orientador | Sofia Alexandra da Conceição Tavares (Universidade de Évora)

*“A paisagem nua do Alentejo, cheia de pessoas que se mudaram para longe, ou desapareceram para sempre, é também uma memória de afetos que se perderam, um local de encontro com o isolamento, com o sofrimento social, com a solidão e com a doença, uma ponte simbólica que convida as pessoas mais vulneráveis a uma viagem sem retorno.”*

(Quartilho, 2014, p. 27)

## Agradecimentos

Chegado o fim de mais uma etapa, não poderia deixar de agradecer a todos os que comigo caminharam ao longo deste percurso e que contribuíram para a sua conclusão.

À Professora Doutora Sofia Tavares, pela orientação, disponibilidade, apoio, e por todas as sugestões e ensinamentos que facilitaram a realização desta dissertação. À Professora Doutora Catarina Rosa, por disponibilizar a base de dados utilizada para a amostra de comparação. Aos colegas e docentes da Universidade da Madeira e da Universidade de Évora, por todo o conhecimento transmitido e experiências partilhadas.

A todos os que ajudaram na recolha de dados, pelo tempo e dedicação despendidos a esta atividade, e a cada um dos participantes que concordou em participar no estudo.

Às amigadas criadas em Évora, em especial ao Edi, à Anastasia e à Beatriz, agradeço-vos pelos momentos de partilha que ajudaram a esquecer a saudade, e por todo o apoio e carinho demonstrado ao longo destes dois anos. Foram um grande suporte!

A quem comigo partilhou a aventura do mestrado: à Joana, pelo exemplo de persistência e determinação; e à Sofia, pelo ânimo incansável e partilha de preocupações. A ambas agradeço a disponibilidade, ajuda, motivação e incentivo nos momentos mais difíceis, e a amizade e presença constante nesta etapa. O vosso apoio foi fundamental!

Às minhas meninas, Carlota, Joana e Jéssica, não há como vos agradecer a amizade e os laços que construámos nestes cinco anos. Obrigada por todas as memórias criadas, pelas palavras de consolo e força que sempre me deram. Agradeço a cada uma por ser quem é e por contribuir na construção do “nós”. São um dos meus pilares mais sólidos!

À Suse, pela amizade de longa data, por estar sempre presente apesar da distância, por desmascarar as minhas incertezas e por ajudar nas minhas indecisões. És a maior!

Um agradecimento enorme e muito especial à minha família. Agradeço-vos por ampararem as minhas quedas e nelas me transmitirem que tudo é possível. À minha mãe, por tudo e muito mais! Aos meus irmãos, Telma, Hugo, Tânia e Óscar, pelo constante apoio, suporte e incentivo, e por sempre acreditarem em mim. Aos meus sobrinhos, em especial à minha "cucas" mais linda, Lara, pelos momentos de descontração e alegria, e pela compreensão do tempo que não te despendi. Por fim, a todas as minhas estrelinhas, pelas lições que me deram com a sua presença e que continuam a dar com a sua partida.

A todos e a cada um de vós, o meu mais sincero OBRIGADA!

## **Atitudes dos Alentejanos face ao Suicídio**

### **Resumo**

O presente estudo teve como objetivo conhecer as atitudes de permissividade e de incompreensibilidade dos alentejanos face ao suicídio, analisando-as em função de algumas variáveis sociodemográficas e clínicas. Foi ainda estudada uma possível relação entre estas atitudes e o risco suicidário. As atitudes do Alentejo foram comparadas às de outras regiões portuguesas, verificando-se se estariam relacionadas com as respetivas taxas de suicídio. Para tal foi aplicado um questionário sociodemográfico, o Questionário de Atitudes de Permissividade e Incompreensibilidade face ao Suicídio (QAPIS) e o Questionário de Comportamentos Suicidários - Revisto (QCS-R) numa amostra de 371 participantes. Os resultados indicaram diferenças significativas em algumas variáveis estudadas relativamente às duas atitudes, e uma relação entre elas e o risco suicidário. Verificou-se a existência de um padrão entre as atitudes das regiões portuguesas analisadas e as respetivas taxas de suicídio. Estas conclusões salientam a importância do papel das atitudes no fenómeno suicidário.

**Palavras-chave:** suicídio, atitudes, risco suicidário, Alentejo

## **Attitudes of Alentejo people towards Suicide**

### **Abstract**

This study aimed to know the attitudes of permissiveness and incomprehensibility of Alentejo people towards suicide, analyzing them according to some sociodemographic and clinical variables. A possible relationship between these attitudes and suicidal risk was also studied. The attitudes of Alentejo were compared to those of other portuguese regions, in order to check if they were related to the respective suicide rates. To this end, a sociodemographic questionnaire, the Questionário de Atitudes de Permissividade e Incompreensibilidade face ao Suicídio (QAPIS) and the Suicidal Behavior Questionnaire - Revised (SBQ-R) was applied in a sample of 371 participants. The results indicated significant differences in some of the studied variables regarding the two attitudes, and a relationship between them and suicidal risk. There was a pattern between the attitudes of the portuguese regions analysed and the respective suicide rates. These conclusions highlight the importance of the role of attitudes in the suicidal phenomenon.

**Keywords:** suicide, attitudes, suicidal risk, Alentejo

## Índice

Introdução.....	1
Enquadramento teórico.....	3
Capítulo I: Suicídio.....	3
Conceitos associados.....	4
Fatores de risco.....	6
Suicídio em Portugal e no Alentejo.....	8
Capítulo II: Atitudes.....	9
Estrutura das atitudes.....	12
Formação e mudança de atitudes.....	13
Atitudes e comportamentos.....	15
Capítulo III: Atitudes face ao suicídio.....	19
Estudo empírico.....	21
Objetivos.....	21
Metodologia.....	22
Participantes.....	22
Instrumentos.....	24
Procedimentos.....	26
Recolha de dados.....	26
Análise de dados.....	27
Resultados.....	28
Discussão.....	40
Limitações, principais conclusões e estudos futuros.....	46
Referências.....	49
Anexos.....	58
Anexo A – Consentimento informado utilizado na recolha de dados.....	59
Anexo B – Questionário sociodemográfico.....	60
Anexo C – Características da amostra final em função do distrito.....	62

## Índice de tabelas e figuras

<b>Tabela 1.</b> Características da amostra final. ....	22
<b>Tabela 2.</b> Atitudes de permissividade em função do género, agregado familiar, perturbação mental, religiosidade, tentativa de suicídio e suicídio na família. ....	29
<b>Tabela 3.</b> Atitudes de permissividade em função da idade, área de residência, estado civil, nível de ensino e situação profissional. ....	30
<b>Tabela 4.</b> Atitudes de incompreensibilidade em função do género, agregado familiar, perturbação mental, religiosidade, tentativa de suicídio e suicídio na família. ....	31
<b>Tabela 5.</b> Atitudes de incompreensibilidade em função da idade, área de residência, estado civil, nível de ensino e situação profissional. ....	33
<b>Tabela 6.</b> Risco suicidário em função do género, agregado familiar, perturbação mental, religiosidade, tentativa de suicídio e suicídio na família. ....	34
<b>Tabela 7.</b> Risco suicidário em função da idade, área de residência, estado civil, nível de ensino e situação profissional. ....	35
<b>Tabela 8.</b> Correlações entre as atitudes de permissividade e de incompreensibilidade face ao suicídio e o QCS-R. ....	36
<b>Tabela 9.</b> Atitudes de permissividade e de incompreensibilidade entre indivíduos naturais do Alentejo e de fora do Alentejo. ....	37
<b>Tabela 10.</b> Atitudes de permissividade e de incompreensibilidade nas regiões de Portugal. ....	38
<b>Tabela 11.</b> Características da amostra final em função do distrito. ....	62
<b>Figura 1.</b> Relação entre as taxas brutas de mortalidade por lesões autoprovocadas e sequelas e atitudes face ao suicídio nas regiões de Portugal analisadas. ....	39

## Introdução

O suicídio é uma das principais causas de morte em todo o mundo, estimando-se a morte de 2.200 indivíduos por dia, totalizando aproximadamente um milhão por ano. Em Portugal, o suicídio apresenta valores significativamente mais elevados na região sul, em especial no Alentejo, quando comparado com as restantes regiões portuguesas (Loureiro, Almendra, Costa, & Santana, 2018). Apesar das taxas de suicídio tenderem a manter-se constantes ao longo do tempo em cada região (Conejero, Lopez-Castroman, Giner, & Baca-Garcia, 2016), existem diferenças consideráveis entre regiões quanto à prevalência de comportamentos suicidários. Estas diferenças não são suficientemente explicadas pelas diferenças na prevalência de perturbações mentais, nem por outros fatores que habitualmente contribuem para o risco suicidário, tais como o divórcio e o desemprego (Renberg, Hjelmeland, & Kuposov, 2008). Atualmente, assume-se que as influências culturais no desenvolvimento das atitudes relativamente ao suicídio desempenham um importante papel na explicação das diferenças inter-regionais relativamente à prevalência dos comportamentos suicidários (Colucci & Minas, 2013).

As atitudes são concetualizadas como estruturas cognitivas individuais, todavia elas são socialmente formadas, modificadas e expressas, funcionando como uma ponte entre as disposições individuais e opiniões partilhadas socialmente. O seu significado deriva do contexto em que se expressam, pelo que não é suficiente analisar o conteúdo de uma atitude, sendo também necessário considerar o contexto social do indivíduo e a forma como a própria sociedade o influencia (Howarth, 2006).

Vários estudos (e.g., Arnautovska & Grad, 2010; Colucci & Minas, 2013; Kim & Park, 2014) têm procurado estudar as atitudes em relação ao suicídio e de que forma estas se encontram relacionadas com a prevalência de comportamentos suicidários. Uma das hipóteses predominantes é a de que populações com taxas mais elevadas de suicídio apresentam atitudes mais permissivas em relação ao ato (Renberg & Jacobsson, 2003). Neste estudo, procuramos estudar as atitudes da população do Alentejo - região que possui a maior taxa de suicídio do país (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2019) - face ao suicídio e de que forma estas se encontram relacionadas com o risco suicidário e as elevadas taxas de suicídio.

A presente dissertação encontra-se organizada em duas partes. A primeira refere-se ao enquadramento teórico e a segunda ao estudo empírico. O enquadramento teórico

encontra-se dividido em três capítulos. O capítulo I, designado Suicídio, engloba a revisão da literatura sobre os principais conceitos associados ao suicídio, os fatores de risco e a epidemiologia deste fenómeno (particularmente em Portugal e no Alentejo). Num segundo capítulo é apresentada a revisão da literatura sobre as atitudes, nomeadamente a sua definição e estrutura, os processos de formação e mudança, bem como a relação entre atitudes e comportamentos. No capítulo III (Atitudes face ao suicídio) é descrita resumidamente a visão da sociedade face ao suicídio e as suas atitudes para com este ato, e algumas investigações recentes realizadas neste âmbito. A segunda parte da dissertação compreende a metodologia, os resultados e a discussão dos mesmos. Para concluir serão apresentadas as limitações e principais conclusões do estudo, e propostas algumas sugestões para futuros estudos.

## Enquadramento teórico

### Capítulo I: Suicídio

A palavra suicídio tem origem latina, *sui* e *occidere*, que significa "matar-se a si mesmo", sendo a execução voluntária de um ato autoinfligido com vista a causar a morte (Oliveira, 2008), ou seja, é o ato deliberado de se matar (World Health Organization [WHO], 2014). Trata-se de um problema de saúde pública que causa quase um milhão de vítimas por ano no mundo (Turecki & Brent, 2016), estimando-se a morte de um indivíduo a cada 40 segundos (Gouveia & Nogueira, 2017). Em termos globais, o suicídio encontra-se entre as dez principais causas de morte, estando entre as três primeiras quando se refere à população mais jovem (Valladolid, 2011). Este é tanto uma tragédia pessoal, que elimina prematuramente a vida de um indivíduo, como um fenómeno que afeta famílias e sociedades (WHO, 2014).

O suicídio é uma das problemáticas mais antigas da humanidade, datado desde a antiguidade e possuindo diferentes características consoante a cultura e o contexto onde ocorre (Valladolid, 2011). Apesar de não ser um problema recente, o suicídio tem atingido valores preocupantes nos últimos anos, tratando-se de um comportamento complexo que oculta uma panóplia de determinantes e fatores explicativos. É um fenómeno que resulta de uma vasta e complexa teia de interações entre fatores biológicos, psicológicos, económicos e socioculturais (Gouveia & Nogueira, 2017; Nunes, 2018). De acordo com estimativas da WHO, em 2020 aproximadamente 1.53 milhões de pessoas morrerão por suicídio, sendo esta cada vez mais uma preocupação global (Gvion & Apter, 2012). Estima-se ainda que o número de tentativas de suicídio seja aproximadamente 20 vezes superior ao número de suicídios (Campos & Leite, 2002; Gouveia & Nogueira, 2017).

Dos diversos autores que estudaram este tema destaca-se Émile Durkheim, precursor da sociologia moderna, cuja perspetiva sociológica do suicídio alterou a análise e o estudo deste fenómeno. Segundo Durkheim, o suicídio nasce da influência e das tensões criadas pela sociedade sobre o indivíduo, e traduz-se num comportamento que origina, de forma direta ou indireta, a morte, tendo o sujeito conhecimento da letalidade de tal comportamento (Oliveira, 2008). Desta perspetiva, o suicídio possui uma dimensão individual e uma social, tratando-se de um ato individual cujas causas são fundamentalmente sociais, na medida em que cada sociedade possui uma tendência

definida para o suicídio. Logo é a sociedade que predispõe, em diferentes graus, os seus cidadãos a este ato (Campos & Leite, 2002; Durkheim, 2005).

Ao longo do tempo, as sociedades têm encarado este tema das mais variadas formas, sendo que as atitudes adotadas perante o suicídio refletem os valores, a mentalidade e as ideologias sobre a morte e a vida (Campos & Leite, 2002).

### **Conceitos associados**

O campo da suicidologia não apresenta uma nomenclatura padronizada, existindo diversos sinónimos para descrever o processo suicidário, os quais englobam toda a variedade de comportamentos e pensamentos suicidas (Silverman, 2006). O termo suicidalidade abrange todos os fenómenos inscritos num contínuo de gravidade crescente que vai desde a ideação suicida até ao suicídio consumado (Meyer et al., 2010; Svetlicic & De Leo, 2012).

A ideação suicida compreende pensamentos, ideias, sentimentos, desejos e/ou planos que um indivíduo tem sobre a sua destruição, nos quais ele se pensa como agente da sua própria morte. Visto que antecede comportamentos suicidas ou tentativas de suicídio, torna-se num indicador do risco suicidário (Oliveira, 2008).

Os comportamentos suicidas (ou comportamentos suicidários) remetem para atos preparatórios, tentativas de suicídio e suicídio consumado, sendo estes apresentados num espectro e antecidos da ideação suicida (Wasserman, 2016). Os atos preparatórios dizem respeito a qualquer comportamento que esteja presente na preparação da realização de uma tentativa de suicídio. São exemplos destes, escrever uma carta de despedida, verificar o seguro de vida, comprar uma arma, entre outros (Posner, Brodsky, Yershova, Buchanan, & Mann, 2014). A tentativa de suicídio é um comportamento realizado pelo indivíduo com o objetivo de morrer mas que, por algum motivo, não tem este fim (Valladolid, 2011). Por sua vez, o suicídio consumado refere-se à morte provocada por um comportamento realizado pelo próprio indivíduo com intenção de colocar fim à vida. A gravidade do comportamento suicida está associado ao designado “ponto sem retorno”, isto é, relaciona-se com uma menor ou maior rapidez do método escolhido, com a reversibilidade do mesmo e com a possibilidade de existir uma intervenção salvadora (Guerreiro & Sampaio, 2013; Oliveira, 2008).

É de salientar que os comportamentos suicidas são significativamente mais frequentes do que os suicídios, pois trata-se de uma expressão excessiva e propositalmente ampla para abranger o maior número possível de termos de uso comum (Saraiva & Gil, 2014; Turecki & Brent, 2016). Para que um comportamento seja considerado suicida é necessário a presença de intenção de morrer, podendo a mesma ser implícita ou explícita. Esta é habitualmente a característica central utilizada na literatura para distinguir comportamentos suicidas de comportamentos não-suicidas (também designados de para-suicídio), nomeadamente os comportamentos autolesivos que, por norma, não visam a morte (Groschwitz et al., 2015; Posner et al., 2014). Apesar de ser a definição mais comum na literatura, a comunidade científica diverge sobre a existência ou não de intenção suicida nos comportamentos autolesivos (Guerreiro & Sampaio, 2013). Esta divergência torna-se mais intensa pelo facto da intenção suicida ser, na maioria das vezes, difícil de avaliar (Oliveira, 2008; Silverman, 2006).

Os comportamentos autolesivos compreendem qualquer comportamento que visa deliberadamente causar dano a si próprio (e.g., automutilações, ingestão excessiva de fármacos ou de substâncias não ingeríveis) (Guerreiro & Sampaio, 2013). Estes comportamentos muitas vezes, “desafiam a morte sem visar o morrer” sendo que, ao executá-los, o indivíduo “arrisca-se a morrer para (sobre)viver, ou ter algum ânimo para prosseguir” (Oliveira, 2008, p. 133). São maioritariamente realizados como distração da dor emocional, libertação da raiva e/ou autopunição. Note-se que caso haja intenção de morrer o comportamento autolesivo é considerado uma tentativa de suicídio. Embora estes dois conceitos partilhem como resultado o dano autoinfligido, eles são significativamente diferentes na intenção, letalidade e padrão (i.e., habitualmente os comportamentos autolesivos são repetidos e estereotipados ao contrário das tentativas de suicídio) (Posner et al., 2014).

Apesar de não ser considerado um comportamento suicida, os comportamentos autolesivos estão relacionadas com um maior risco de suicídio. Cerca de 55% a 85% dos indivíduos que realizam comportamentos autolesivos executam pelo menos uma tentativa de suicídio ao longo da sua vida (Posner et al., 2014). Do mesmo modo, antecedentes de comportamentos suicidas constituem um fator de risco, podendo ser identificados em até 40% dos suicídios consumados (Guerreiro & Sampaio, 2013).

## **Fatores de risco**

O suicídio é considerado um fenómeno etiologicamente heterogéneo e tem sido associado a múltiplos fatores de risco, ou seja, condições que aumentam a probabilidade da realização de comportamentos suicidários (Turecki & Brent, 2016). É de realçar que raramente é um único fator que desencadeia ou agrava o comportamento suicida. Este encontra-se associado a uma concentração gradual de diversos fatores de risco inter-relacionados que aumentam cumulativamente a vulnerabilidade do indivíduo (Sveticic & De Leo, 2012).

A literatura salienta como fatores pessoais o género, a idade, o estado civil e o nível socioeconómico. O sexo masculino apresenta maior número de suicídios consumados, sendo contudo o sexo feminino que mais frequentemente comete tentativas de suicídio (Gouveia & Nogueira, 2017). Segundo a WHO (2018), indivíduos do sexo masculino possuem uma probabilidade de morrer por suicídio 75% superior aos indivíduos do sexo feminino. Esta sobremortalidade masculina pode ser explicada pelas influências sociais associadas ao papel de homem e mulher na sociedade (Nunes, 2018), bem como pelos meios escolhidos para a realização do suicídio, sendo que os homens recorrem a meios mais eficazes e violentos, como o recurso a armas de fogo e ao enforcamento (Campos & Leite, 2002). Também a acessibilidade aos meios para o suicídio é um fator de risco importante, particularmente em indivíduos com profissões de fácil acesso a métodos letais, tais como médicos, polícias e agricultores (Conejero, Lopez-Castroman, Giner, & Baca-Garcia, 2016). O risco de suicídio aumenta de forma proporcional à idade (Oliveira, 2008) todavia, a população jovem entre os 15 e os 29 anos constitui-se também como grupo em risco. Este risco é também mais elevado em sujeitos solteiros, viúvos ou divorciados (i.e., estados civis associados ao isolamento social), desempregados ou reformados e com um nível socioeconómico mais baixo (Mehlum, 2016).

A presença de perturbação mental constitui também um preditor importante de suicídio, uma vez que o risco suicidário é 3 a 12 vezes mais elevado na população psiquiátrica (Valladolid, 2011). Os comportamentos suicidas encontram-se particularmente relacionados com depressão major, esquizofrenia, perturbações alimentares, de personalidade e bipolares (Turecki & Brent, 2016). Outros fatores clínicos incluem a dor crónica e outras doenças associadas à incapacidade física, ao sofrimento prolongado e que afetam o neurodesenvolvimento. Adicionalmente, a vergonha, a culpa,

o estigma e o tabu associados ao suicídio poderão impedir o indivíduo de procurar ajuda para perturbações mentais graves ou tentativas de suicídio, levando ao consequente aumento do risco suicidário (WHO, 2014).

Uma tentativa de suicídio prévia constitui-se como o mais forte e importante fator de risco. No primeiro ano após a tentativa, particularmente nos três meses subsequentes, a probabilidade de ocorrer um suicídio consumado é significativamente elevada. Estes indivíduos possuem um risco muito superior de morrer por suicídio do que sujeitos que nunca realizaram uma tentativa de suicídio (Mehlum, 2016).

Para além de variáveis de índole pessoal, o suicídio não acontece num vácuo social, contribuindo também para estes fatores sociais. Possuir um historial familiar de suicídio aumenta o risco de comportamentos suicidas. Estudos demonstram que o risco de ocorrer uma tentativa de suicídio é maior nos familiares de indivíduos que se suicidaram (Turecki & Brent, 2016). Do mesmo modo, fatores de *stress* e de vulnerabilidade, em especial a ocorrência de acontecimentos traumáticos (tais como abusos sexuais e físicos, violência doméstica e morte) encontram-se fortemente relacionados com a realização subsequente de comportamentos suicidas (O'Connor & Nock, 2014).

De acordo com Durkheim, as relações humanas formais e informais podem funcionar como as bases de um refúgio seguro que afasta os indivíduos do suicídio. A falta destas relações, que predispõe ao isolamento social, irão aproximá-los deste ato (Quartilho, 2014). Assim, o nível de integração social de uma sociedade estaria inversamente relacionada com as suas taxas de suicídio (Conejero, Lopez-Castroman, Giner, & Baca-Garcia, 2016).

Há evidências de que o local de residência pode ter influência na mortalidade por suicídio. As populações residentes em áreas rurais possuem maior risco de mortalidade por suicídio (especialmente os indivíduos do sexo masculino) do que as que vivem em regiões com um nível menor de ruralidade (Santana, Costa, Cardoso, Loureiro, & Ferrão, 2015). Este aspeto pode dever-se ao facto de existir um maior isolamento social nas zonas rurais, assim como um menor nível de escolaridade e maior dificuldade em identificar os sinais ancorados à ideação suicida. Adicionalmente, os serviços de saúde especializados encontram-se concentrados em zonas urbanas, tornando-se difícil para a comunidade rural o acesso a estes profissionais (Valladolid, 2011).

Durkheim teorizou também que a religião possui um papel protetor face ao suicídio, uma vez que as atividades religiosas encontram-se relacionadas com a integração social (Conejero, Lopez-Castroman, Giner, & Baca-Garcia, 2016). Por outro lado, as crenças religiosas podem contribuir para o estigma adjacente ao suicídio, devido às atitudes morais a ele relacionadas, e desencorajar a procura de ajuda (WHO, 2014). Embora seja considerada um fator protetor, é o contexto social que dita a possibilidade da religião influenciar o risco suicidário, uma vez que o grau de religiosidade é variável entre populações (Quartilho, 2014), e o valor protetor da religião depende, em parte, das interpretações religiosas e práticas culturais do contexto em específico (WHO, 2014).

### **Suicídio em Portugal e no Alentejo**

Em 2016 ocorreram 981 suicídios em Portugal. O Alentejo tinha uma taxa de 19.1 suicídios por 100.000 habitantes, superior à registada no continente europeu (15.4 por 100.000 habitantes) e no mundo (10.6 por 100.000 habitantes) (INE, 2018; WHO, 2018). Já em 2017 foram registados 1.061 suicídios em Portugal, correspondendo a uma taxa de 10.3 mortes por cada 100.000 habitantes. No Alentejo a taxa de mortalidade por suicídio foi a mais elevada do país, registando em ambos os sexos 19.9 mortes por 100.000 habitantes (INE, 2019). Estes valores, *per se*, alertam para a gravidade do fenómeno do suicídio a sul do país.

Em Portugal, o suicídio é um fenómeno com maior risco de ocorrência em territórios rurais, nomeadamente Trás-os-Montes, Centro, Alentejo e Algarve (Gouveia & Nogueira, 2017; Loureiro, Almendra, Costa, & Santana, 2018). Embora a dicotomia norte/sul relativamente aos números do suicídio se tenha vindo a atenuar (Santana et al., 2015), a diferença mantém-se com o sul a apresentar valores significativamente mais elevados quando comparado com outras regiões portuguesas (Loureiro, Almendra, Costa, & Santana, 2018). Segundo Oliveira (2008), a incidência do suicídio no sul do país é cerca de 3 a 5 vezes maior do que no norte, destacando a região do Alentejo. Estes números têm levado os cientistas a estudar a possível associação entre as características da população/território e a mortalidade por suicídio (Loureiro, Almendra, Costa, & Santana, 2018). Um estudo de Santana et al. (2015) concluiu que o índice de ruralidade encontra-se associado a um maior risco de suicídio, sendo que quanto mais alto for este índice, maior será o risco suicidário.

O risco de mortalidade por suicídio nas áreas mais rurais aumentou em Portugal e diminuiu nas áreas urbanas, particularmente nas regiões metropolitanas. No nosso país, a divisão norte/sul no que às taxas de suicídio diz respeito possui fortes bases culturais, expressas em termos de comportamentos, atitudes e valores sociais, tais como relações familiares e comunitárias, e práticas e crenças religiosas. Por sua vez, a divisão urbano/rural pode estar associada a fatores económicos e sociais (Santana et al., 2015). A população residente em áreas rurais é mais propícia ao isolamento geográfico e social, possui maiores dificuldades económicas e menor acesso a serviços primários, inclusive apoio social e cuidados de saúde. Estes fatores serão potenciais promotores de ideação suicida e comportamentos suicidários. Adicionalmente, as populações destas áreas têm um maior preconceito face às perturbações mentais (particularmente no sexo masculino) e maior facilidade em adquirir meios mais letais de suicídio (Loureiro, Almendra, Costa, & Santana, 2018).

Quartilho (2014) defende que a elevada taxa de suicídio no Alentejo deve-se, em parte, ao isolamento e falta de apoio social e a questões relacionadas com o ciclo de vida dos idosos. Tendo em consideração que nesta região os suicídios são maioritariamente cometidos por idosos, as principais causas apontadas para este fenómeno nesta faixa etária são a deterioração do estado de saúde, problemas económicos, morte de amigos e/ou do cônjuge, perda de valores associados ao trabalho e a institucionalização.

Fatores de ordem religiosa parecem também estar associados às variações na taxa de suicídios em Portugal (Gouveia & Nogueira, 2017). No sul do país verifica-se um menor envolvimento religioso, em contrapartida com o norte que, de forma geral, é uma região mais católica e conservadora. Esta característica do contexto cultural do norte pode promover a subnotificação de suicídios nesta região (Santana et al., 2015).

## **Capítulo II: Atitudes**

O ser humano é visto como uma entidade única, tendo cada um a sua personalidade, pensamentos, atitudes e sentimentos os quais definem a sua natureza. O contexto social é percecionado como um fator externo, independente do indivíduo, mas que o influencia. Uma perspetiva alternativa a esta visão separatista sugere um cruzamento entre o indivíduo e o seu contexto social, do qual resulta um esbatimento das fronteiras entre o

exterior e o interior (Quartilho, 2014). É deste cruzamento que nascem as atitudes, as quais unem processos do indivíduo com processos da sociedade (Sammut, 2015).

A palavra atitude tem origem latina e surge da união de dois termos: *actus* (ato, ação) e *aptitudo* (aptidão). Allport (1935, citado por Neiva & Mauro, 2011) foi dos primeiros autores a definir o conceito de atitude, descrevendo-a como "um estado mental e neurológico de prontidão, organizado por meio da experiência, exercendo uma influência diretiva ou dinâmica sobre a resposta do indivíduo a todos os objetos e situações com que se relaciona" (p. 173). Muitos outros autores se seguiram e das diversas definições apresentadas é possível salientar alguns pontos em comum: as atitudes não são diretamente observáveis; referem-se a um objeto; abarcam uma dimensão avaliativa; aludem a experiências subjetivas, e por isso, com uma dimensão aprendida (Lima, 1996). O objeto aqui referido compreende aspetos específicos do contexto físico ou social, incluindo coisas, comportamentos, pessoas ou ideias abstratas. As atitudes são descritas como dimensões aprendidas, logo alteráveis, podendo sofrer influências do ambiente externo (Lima & Correia, 2013).

As diferentes definições clássicas das atitudes salientavam a sua natureza duradoura e a sua relação com o comportamento dos sujeitos (Schwarz & Bohner, 2001). Porém, ao longo do tempo o conceito de atitude foi sendo reformulado e reduzido à sua dimensão avaliativa. Assim, na sua definição contemporânea, a atitude representa a avaliação total do indivíduo face a um objeto de atitude (ou objeto atitudinal) do seu ambiente (Sammut, 2015). A crescente pesquisa sobre o tópico das atitudes veio colocar em causa muitas das suposições clássicas, sugerindo uma menor estabilidade e durabilidade do que tradicionalmente era assumido. Ao invés de entidades estáveis que se encontram na memória, foi proposta uma visão construtivista das atitudes, defendendo que, por serem profundamente dependentes do meio, são geradas numa dada situação como resposta às imposições contextuais (Banaji & Heiphetz, 2010). Desta perspetiva, as atitudes são consideradas maleáveis e refletem a opinião do indivíduo face a um objeto de atitude num determinado tempo e espaço (Sammut, 2015). Assim sendo, as atitudes podem ser definidas num contínuo que vai desde avaliações somente baseadas na memória e facilmente recuperadas para formar julgamentos avaliativos, até avaliações construídas tendo por base a informação disponível no momento (Bohner & Dickel, 2011). A estabilidade da atitude depende dos seus atributos/propriedades e da sua importância.

Hitlin e Pinkston (2014) afirmam que atitudes centrais para o *self* do indivíduo demonstram maior estabilidade, enquanto as atitudes consideradas menos importantes apresentam maior suscetibilidade à persuasão e pressões situacionais.

A literatura habitualmente distingue três atributos/propriedades principais das atitudes: a sua força, acessibilidade e ambivalência. Apesar de não haver consenso quanto à definição da força da atitude, existe concordância em relação às suas consequências. Atitudes mais fortes aumentam a probabilidade do indivíduo contestar novas informações contraditórias às suas atitudes e de aceitar as que vão ao encontro das mesmas, aumentando a resistência a influências do meio e dificultando a mudança. Este processo auxilia a estabilidade das atitudes sendo que atitudes fortes são mais estáveis ao longo do tempo. De modo geral, estas atitudes encontram-se comumente relacionadas com valores religiosos, políticos ou filosóficos, a identidade familiar ou grupal, e interesses pessoais (Neiva & Mauro, 2011).

A acessibilidade (i.e., a probabilidade de ser automaticamente ativada na memória quando necessário) encontra-se associada à frequência com que a atitude é utilizada, à sua força e à sua formação (Lima & Correia, 2013). Numa abordagem construtivista, supõe-se que o indivíduo pense mais e com maior frequência em temas que lhe são importantes sendo que estas informações se tornam mais facilmente acessíveis. Isto diminuirá a probabilidade de ser formada uma atitude diferente perante novas informações sobre um objeto atitudinal, tornando-a mais resistente à persuasão social e logo, mais forte e estável ao longo do tempo (Schwarz & Bohner, 2001). Esta propriedade também pode ser definida pela força da associação entre a avaliação e o objeto atitudinal na medida em que, quando esta associação é forte, apenas a presença do objeto é suficiente para recuperar a avaliação da memória (Fabrigar & Wegener, 2010).

Por fim, a ambivalência é caracterizada pela presença de avaliações conflituosas na mesma atitude, ou seja, avaliações positivas e negativas em simultâneo. Este conceito é frequentemente utilizado para referir inconsistências entre os componentes da atitude. Por vezes, é também mencionada a ambivalência entre duas atitudes (uma positiva e outra negativa) frente ao mesmo objeto atitudinal (Neiva & Mauro, 2011). Este último tipo de ambivalência corresponde ao conceito de atitudes múltiplas, ou seja, à existência de duas atitudes ao mesmo tempo, uma implícita (i.e., originada através de processos inconscientes sendo por vezes não reconhecida) e outra explícita e controlada

conscientemente (quando nasce da reflexão ponderada e deliberada de informações pertinentes para a atitude). Supõe-se que atitudes implícitas podem contestar atitudes explícitas em relação ao mesmo objeto atitudinal (Ajzen & Fishbein, 2005; Olson & Kendrick, 2008).

Devido à influência de fatores sociais e pessoais, diferentes indivíduos podem possuir diferentes atitudes relativamente ao mesmo objeto. Todavia, estas mesmas atitudes não devem ser percebidas como características idiossincráticas. As atitudes nascem da interação social e de processos de diferenciação, identificação e comparação social resultando em atitudes semelhantes em indivíduos pertencentes ao mesmo grupo social (Lima, 1996).

### **Estrutura das atitudes**

As componentes que constituem as atitudes, ou seja a sua estrutura, têm sido debatidas desde a antiguidade grega com a abordagem tricomponente, sendo atualmente esta a abordagem dominante (Neiva & Mauro, 2011). Segundo o modelo tripartido, as atitudes expressam-se através de respostas avaliativas que podem ser cognitivas, afetivas e comportamentais. As respostas cognitivas referem-se às crenças, ideias ou pensamentos acerca do alvo da atitude, e constituem ligações nítidas entre o objeto e os seus diversos atributos ou consequências. As respostas avaliativas do género afetivo são as emoções e sentimentos, positivos e negativos, experienciados em relação ao alvo da atitude. Por fim, as respostas comportamentais dizem respeito às intenções e aos comportamentos relativamente ao alvo da atitude e nos quais estas se podem manifestar (Lima & Correia, 2013). Perspetivas contemporâneas defendem que uma atitude corresponde à síntese total das respostas avaliativas, e cada uma das componentes pode contribuir de forma diferente para a atitude, sendo que estas variações podem resultar de traços de personalidade ou características do objeto da atitude (Fabrigar & Wegener, 2010).

A investigação tem demonstrado que nenhuma das três componentes é totalmente independente, encontrando-se inter-relacionadas (Lima & Correia, 2013). Não obstante, as três componentes não têm necessariamente que possuir a mesma avaliação face a um objeto atitudinal, resultando numa ambivalência entre os componentes, ou seja, as cognições, afetos e comportamentos podem envolver avaliações conflitantes. Do mesmo modo, pode existir ambivalência intra-componente na medida em que o indivíduo possui

cognições, afetos e comportamentos positivos e negativos em relação ao mesmo objeto de atitude. A severidade do conflito avaliativo gerado depende do indivíduo, do objeto atitudinal e da situação. Todavia, geralmente, os indivíduos que possuem atitudes positivas face a um objeto da atitude têm pensamentos, sentimentos e comportamentos favoráveis ao objeto, ao passo que, pessoas que têm atitudes negativas relativamente ao objeto da atitude, habitualmente possuem pensamentos, sentimentos e comportamentos desfavoráveis para com o objeto. Isto pode dever-se ao fato de procurarmos informações que confirmam cognições, sentimentos e comportamentos já existentes, e tendermos a processar informações novas de forma a reduzir esta ambivalência (Maio & Haddock, 2007). Quanto maior é a coerência entre estas três componentes, maior será a força e estabilidade das atitudes, sendo também mais resistentes à mudança e melhores preditoras do comportamento (Neiva & Mauro, 2011).

As componentes das atitudes podem também ser percebidas não apenas como consequências (respostas avaliativas) mas também como antecedentes. Desta perspectiva, as atitudes podem ser baseadas em informações cognitivas (por exemplo em avaliações com base no conhecimento), em informações afetivas (no caso do condicionamento) e em informações comportamentais (quando a atitude é deduzida de comportamentos antecedentes) (Olson & Kendrick, 2008).

### **Formação e mudança de atitudes**

Diversas perspectivas explicitam a formação das atitudes com base em informações afetivas das quais se destaca as seguintes teorias: exposição direta, condicionamento clássico e operante, e teoria da aprendizagem social. Frequentemente, as atitudes são originadas pela mera exposição direta aos objetos atitudinais. Um estudo realizado por Grush (1976) constatou que um estímulo pouco frequente ou novo gera inicialmente algumas associações, sendo que estas aumentam com exposições repetidas. Este autor sugeriu que a formação das atitudes poderia ser explicada pela hipótese de que a avaliação de um estímulo novo estaria vinculada à avaliação das associações a esse estímulo. Assim, a avaliação global de um estímulo seria a soma das avaliações das associações a esse estímulo. Logo, se a avaliação das associações fosse positiva, o aumento da exposição conduziria a uma avaliação positiva do estímulo, caso contrário, a avaliação seria negativa (Hogg & Vaughan, 2018).

Com base no condicionamento clássico, o indivíduo poderá criar uma avaliação afetiva do objeto através da observação da relação entre um objeto neutro e outro objeto previamente avaliado de forma positiva ou negativa. Assim, a atitude face a um objeto será criada quando o mesmo se encontrar frequentemente relacionado com um outro objeto inerente a uma atitude positiva ou negativa. De igual forma, o condicionamento operante poderá ser um mecanismo através do qual as atitudes com base afetiva são formadas. Neste modelo, a frequência de uma resposta aumenta após um resultado positivo, ocorrendo de forma inversa quando o resultado é negativo. Logo, uma atitude será positiva se a interação do indivíduo com o objeto atitudinal originar uma resposta emocional positiva. Quanto mais forem reforçadas as respostas atitudinais do indivíduo, maior será a probabilidade futura da ocorrência dessa atitude (Olson & Kendrick, 2008).

A teoria da aprendizagem social constitui o modelo dominante de como as crianças adquirem as atitudes, através do processo de modelagem que inclui a observação. As crianças aprendem novas respostas através da observação de outros significativos que, ao expressarem uma determinada atitude face a um objeto, aumentam a probabilidade da criança vir a manifestá-la. Assim, os indivíduos mais próximos da criança são os que constituem as fontes sociais de maior influência (Banaji & Heiphetz, 2010; Hogg & Vaughan, 2018). Na infância é através das primeiras impressões que se vão formando, aos poucos, as atitudes iniciais, sendo estas as mais fortes e mais resistentes à mudança. Nesta fase, os pais constituem-se as figuras mais próximas e influentes e, por isso, desempenham um papel importante na formação e desenvolvimento das atitudes. À medida que a criança cresce, a interação com os amigos é maior e estes tornam-se centrais na formação das atitudes, sendo também úteis para a comparação com as influências anteriormente recebidas no contexto familiar (Noronha & Noronha, 2003).

As atitudes são formadas por meio da socialização e desenvolvem-se através de processos cognitivos e das experiências que ocorrem na interação com outros significativos. O modelo da expectativa-valor tornou-se um dos mais conhecidos sobre a origem cognitiva das atitudes. Este modelo postula que a atitude face a um objeto é caracterizada por crenças, as quais são definidas pela probabilidade subjetiva de que um objeto possui um certo atributo sendo que, quanto mais alta for esta probabilidade, mais forte será a crença. Cada crença associa determinado atributo a um objeto e cada atributo encontra-se associado a um valor subjetivo (avaliação do atributo). A atitude geral face a

um objeto resulta do valor subjetivo dos atributos e da força das crenças de que o objeto possui aqueles atributos. Uma vez que crenças diferentes podem ser formadas em torno de um objeto, considera-se que apenas as crenças mais acessíveis influenciam a atitude. Segundo este modelo, as atitudes são criadas de forma automática e inevitável, desenvolvendo-se à medida que são adquiridas novas informações sobre o objeto. Esta nova informação poderá fortalecer as crenças existentes ou alterá-las. Considerando que as atitudes se baseiam nas crenças face ao objeto, uma mudança nestas crenças ou nas avaliações associadas pode levar à mudança da atitude (Ajzen & Fishbein, 2000).

A formação das atitudes encontra-se diretamente relacionada com a sua mudança visto que quando uma atitude é mudada, uma nova é formada. As atitudes podem ser alteradas pela influência social, através da interação entre indivíduos nas suas relações sociais (Pretty & Briñol, 2010). Outros autores sugerem ainda que as atitudes não mudam através da substituição de informação mas ocorre uma sobreposição de atitudes. Segundo o modelo PAST (i.e., *Past Attitudes Are Still There*), quando são introduzidas na memória novas informações que contradizem as atitudes prévias, as informações anteriores são "marcadas" como falsas e percecionadas como inválidas. Caso não ocorra esta "marcação", as duas atitudes podem ser ativadas uma vez que se encontram ligadas ao objeto atitudinal, originando um fenómeno semelhante à ambivalência entre atitudes (Fabrigar, MacDonald, & Wegener, 2005; Hitlin & Pinkston, 2014).

### **Atitudes e comportamentos**

Desde o início do estudo das atitudes que foi considerada a existência de coerência entre estas e o comportamento de um indivíduo. Todavia, a predição dos comportamentos através das atitudes é muito frágil considerando que o comportamento não é apenas influenciado por estas. Richard LaPiere, em 1934, foi o primeiro a contestar o valor preditor das atitudes face ao comportamento, concluindo existir uma discrepância entre ambos. De facto, considerando a estrutura das atitudes, existe uma consistência notória entre as componentes cognitiva e afetiva, no entanto, entre estas e a componente comportamental parece haver maior inconsistência. Isto pode dever-se ao facto dos indivíduos possuírem várias atitudes face ao objeto e à situação que os inclui, e conseqüentemente, pode explicar algumas inconsistências encontradas entre atitudes e comportamentos (Neiva & Mauro, 2011).

Ao longo dos anos, vários autores procuraram perceber qual a relação entre atitudes e comportamentos, tendo sido desenvolvidas diversas teorias explicativas desta relação. Uma das mais conhecidas é a teoria da ação racional de Fishbein e Ajzen de 1975. Esta teoria, que tem por base o modelo da expectativa-valor, postula que os indivíduos possuem várias crenças comportamentais (i.e., crença de que a adoção de um dado comportamento criará um resultado específico) que ligam o comportamento a um resultado, sendo que cada resultado possui um determinado valor subjetivo, isto é, uma avaliação do mesmo. Nesta teoria, as crenças comportamentais unem-se às avaliações dos resultados de modo a criarem uma atitude geral favorável ou desfavorável relativamente ao comportamento. Por sua vez, a atitude possui um efeito causal na intenção comportamental, que antecede de imediato o comportamento. É de salientar que nem todas as crenças comportamentais influenciam as atitudes sendo que apenas as crenças rapidamente acessíveis na memória definem a atitude predominante (Ajzen, 2012).

O fator social está presente nesta teoria através do conceito de crenças normativas, que diz respeito à probabilidade subjetiva de que uma pessoa de referência para o indivíduo quer que o mesmo realize um dado comportamento. Os indivíduos podem ter crenças normativas relativamente a mais do que uma pessoa ou grupo de referência, sendo que os mais comumente identificados são o parceiro ou cônjuge, familiares próximos, amigos, entre outros, dependendo do comportamento em causa. A totalidade das crenças normativas (rapidamente acessíveis) é designada de norma subjetiva, a qual se refere às pressões sociais e é independente das atitudes face ao comportamento. Os indivíduos podem possuir normas subjetivas favoráveis e atitudes negativas face a um comportamento, ou ter atitudes favoráveis em relação a um dado comportamento mas possuir pressão social para não o realizar. Apesar disso, na prática, as normas subjetivas e as atitudes pessoais raramente são completamente distintas, uma vez que muitas situações influenciam a formação de crenças comportamentais e normativas semelhantes. Esta teoria considera ainda a motivação enquanto moderador da influência das crenças normativas sobre as normas subjetivas, pois a crença normativa apenas aumenta a pressão social para realizar um comportamento se estamos motivados a executá-lo (Ajzen, 2012).

Desta forma, a teoria da ação racional defende que a intenção comportamental é a função de uma atitude positiva ou negativa face ao comportamento em conjunto com a norma subjetiva que incita, ou não, ao seu desempenho (Ajzen, 2012). Salienta-se que as

crenças mencionadas não necessitam de ser verdadeiras e podem ser influenciadas por vários fatores pessoais, sociais e culturais (Ajzen & Fishbein, 2005).

Os autores desta teoria desenvolveram também o princípio da compatibilidade segundo o qual as atitudes relacionam-se com os comportamentos quando são compatíveis relativamente aos seus elementos, alvo, tempo e contexto. Habitualmente, os comportamentos específicos envolvem uma ação particular (e.g., criar amizades) e um alvo (e.g., um indivíduo homossexual), muitas vezes num determinado contexto (e.g., na escola) e num período de tempo (e.g., um ano letivo). Em contrapartida, as atitudes gerais (e.g., em relação a indivíduos homossexuais) identificam apenas o alvo. Esta ausência de compatibilidade, em especial na ação, apenas influencia indiretamente o comportamento, no entanto, no caso de atitudes específicas possibilita a previsão de comportamentos específicos (Ajzen, 2012; Lima & Correia, 2013).

Mantendo a sua estrutura básica, em 1988 Ajzen reformula a teoria da ação racional ao acrescentar um outro determinante à intenção comportamental: a perceção de controlo do comportamento, que diz respeito ao grau em que os indivíduos acreditam que podem executar um dado comportamento se assim o quiserem. Esta reformulação deu origem à teoria do comportamento planeado. Tal como as atitudes e normas subjetivas, as perceções de controlo do comportamento são originadas por crenças acessíveis sobre recursos e dificuldades que poderão facilitar ou dificultar a realização do comportamento, as quais são denominadas crenças de controlo (Ajzen, 2012). Este novo conceito permitiu introduzir a experiência anterior na medida em que, comportamentos regulares são percecionados como fáceis de realizar, logo existirá uma crença maior de controlo a estes associada (Neiva & Mauro, 2011). De modo geral, os indivíduos que percecionam ter capacidade para realizar um determinado comportamento terão uma maior intenção de o executar e persistem na sua realização. Contrariamente, indivíduos que não percecionam ter capacidade para realizar um comportamento, mais provavelmente não terão intenção de o realizar. Assim, a perceção de controlo do comportamento pode influenciar indiretamente o desempenho comportamental através do efeito nas intenções de se envolver no comportamento e da persistência face aos obstáculos encontrados durante a sua realização (Ajzen, 2012).

Resumidamente, a teoria do comportamento planeado defende que o comportamento humano é orientado por crenças comportamentais (crenças acessíveis

sobre o resultado do comportamento e as avaliações do produto), crenças normativas (crenças acessíveis sobre as expectativas de pessoas significativas em conjunto com a motivação do indivíduo para realizar o comportamento), e crenças de controlo (crenças acessíveis sobre fatores que podem facilitar ou dificultar a realização do comportamento). As crenças comportamentais geram atitudes favoráveis ou desfavoráveis face ao comportamento, as crenças normativas remetem para a pressão social percebida pelo sujeito, e as crenças de controlo resultam na percepção de controlo do comportamento por parte do indivíduo. Em conjunto, estes três resultados dão origem à intenção para a realização do comportamento. De modo geral, se a atitude e a norma subjetiva forem favoráveis e houver uma grande percepção de controlo do comportamento, maior será a intenção do indivíduo para realizar o comportamento (Ajzen, 2012).

Importa referir que as crenças comportamentais, normativas e de controlo são influenciadas por diversos fatores pessoais, sociais e culturais, o que permite encontrar divergências nas crenças entre vários grupos (e.g., género, faixas etárias, etnias), e podem ser afetadas pelo meio físico e social, valores, preconceitos e exposição à informação (Ajzen & Fishbein, 2005). Nas duas teorias estas crenças designam-se acessíveis, porém elas podem mudar com o tempo, o que pode explicar as falhas na relação entre intenção e comportamento. As crenças que se encontram acessíveis num dado momento irão influenciar a intenção, mas o comportamento é realizado num momento seguinte e aí outras crenças podem ter-se tornado acessíveis, originando intenções diferentes. Assim, as intenções poderão prever o comportamento apenas se as mesmas crenças se encontrarem acessíveis em ambos os momentos do tempo (Ajzen, 2012).

A relação de causalidade entre atitudes e comportamentos também pode ser influenciada por fatores culturais e situacionais. Infere-se que a cultura determina o grau de causalidade entre atitudes e comportamentos, na medida em que, nas culturas mais individualistas as atitudes predizem melhor o comportamento ao passo que nas culturas coletivistas as normas desempenham melhor esta função. De igual modo, as propriedades das atitudes influenciam a sua relação com o comportamento: atitudes mais fortes são melhores predictoras, assim como atitudes mais acessíveis. Contrariamente, uma atitude ambivalente diminui o grau de predição do comportamento (Neiva & Mauro, 2011).

### **Capítulo III: Atitudes face ao suicídio**

Na Grécia antiga o suicídio era considerado uma atitude mais ou menos patológica e clandestina sendo necessária a prévia autorização da comunidade para a sua execução. Mais tarde, na Idade Média, foi considerado um ato totalmente condenável e quem o praticasse era despojado de rituais religiosos. Contrariamente, em algumas seitas religiosas ou povos, o suicídio era incentivado com o objetivo de cessar sentimentos de culpa. As posições face ao suicídio foram diversas ao longo dos tempos e, atualmente, a sociedade parece ser mais compreensiva e tolerante comparativamente às épocas antecedentes, embora esta seja ainda uma temática centrada em aspetos psicológicos havendo necessidade de estudá-la num campo psicossociológico (Azenha & Peixoto, 2014; Barros de Oliveira, 2012; Oliveira, 2008).

Durkheim impulsionou o estudo sociológico do suicídio, afirmando que este ato tem uma dimensão individual mas também social. Os indivíduos que vivem em sociedade estão integrados em diferentes relações (e.g., família, trabalho, igreja) sendo estas socialmente reguladas, seguindo regras e normas específicas. Se o indivíduo integrar as normas e adaptar-se ao grupo não haverá desordem, contudo se ocorrer um desequilíbrio extremo, o sujeito poderá suicidar-se (Barros de Oliveira, 2012; Meyer, Irani, Hermes, & Yung, 2017). Segundo Durkheim (2005), é a constituição moral da sociedade que determina o número de suicídios, defendendo que cada sociedade possui uma tendência coletiva para este fenómeno e desta decorrem as tendências individuais. De facto, a resposta do sujeito a situações adversas é guiada pelas suas características e por fatores sociais, na medida em que a decisão depende também das atitudes e perceções sociais que poderão considerar o resultado aceitável (Pridmore, Varbanov, Aleksandrov, & Shahtahmasebi, 2016). Durkheim afirmava que a variação das taxas de suicídio entre sociedades só poderia possuir uma explicação sociológica, devido à força coletiva da sociedade que impulsiona os indivíduos para a sua própria morte (Durkheim, 2005). É um facto que a considerável diferença existente na prevalência de comportamentos suicidários entre sociedades não é suficientemente explicada por diferenças na prevalência de perturbações mentais nem de outras variáveis como o desemprego e o divórcio (Renberg, Hjelmeland, & Kuposov, 2008). Assim, de modo a compreender as diferenças nas taxas de suicídio entre países e culturas, parece importante considerar as

influências culturais no desenvolvimento de atitudes face aos comportamentos suicidários (Colucci & Minas, 2013).

Em 1922, Bayet apresentou pela primeira vez a definição de atitudes face ao suicídio, descritas como duas posições básicas: a condenação do suicídio em qualquer circunstância, em oposição a uma atitude mais permissiva e tolerante caracterizada pela compreensão do suicídio em situações específicas mas sem nunca o aprovar. Apesar do surgimento desta definição, foi apenas nos anos 80 que começaram a desenvolver-se estudos sobre as atitudes face ao suicídio (Arnautovska & Grad, 2010).

Ao longo dos anos, os investigadores têm procurado compreender a relação entre atitudes e suicídio, sendo que uma das perspetivas predominantes na literatura é a de que atitudes mais permissivas em relação ao ato encontram-se associadas a taxas de suicídio mais elevadas e atitudes repressivas face ao suicídio poderão demover indivíduos de comportamentos suicidas (Renberg & Jacobsson, 2003). Todavia, os resultados da investigação produzida não suportam claramente esta associação. Um estudo de Kim e Park (2014) procurou compreender as diferenças nas atitudes face ao suicídio entre estudantes da Coreia e estudantes dos Estados Unidos, concluindo que os estudantes da Coreia possuíam atitudes de maior permissividade, que poderiam estar relacionadas com as elevadas taxas de suicídio no país. Contrariamente, Colucci e Minas (2013) estudaram as atitudes em relação ao suicídio adolescente numa amostra de estudantes da Índia, Itália e Austrália, e verificaram que o grupo indiano possuía mais atitudes negativas, sendo que, dos três países estudados, a Índia é o que possui a taxa de suicídio adolescente mais elevada. Assim, apesar de a literatura defender que as atitudes negativas podem ser um fator de proteção quanto à adoção de comportamentos suicidários, os resultados das investigações são ambíguos devido, em parte, à complexa relação entre atitudes e comportamentos suicidários.

Em Portugal, a investigação sobre atitudes da população geral face ao suicídio é praticamente nula. Da revisão da literatura empreendida foi encontrado apenas um estudo (Coelho, 2016) desenvolvido na Universidade de Aveiro, no âmbito de uma dissertação de mestrado com o intuito de construir e adaptar um questionário de atitudes face ao suicídio para a população portuguesa. No estudo foram também comparadas as atitudes de permissividade e de incompreensibilidade nas variáveis género, idade, religião, tentativa de suicídio prévia e contacto com o suicídio através de familiares e/ou nas redes

sociais, numa amostra da população portuguesa. Os resultados evidenciaram diferenças significativas nas variáveis religião e tentativa de suicídio, demonstrando que indivíduos religiosos e que nunca tentaram o suicídio são menos permissivos e apresentam maior incompreensibilidade em relação ao ato.

A compreensão de uma possível relação entre atitudes e suicídio torna-se essencial, uma vez que, para além dos diversos aspetos que contribuem para o suicídio, as atitudes em relação a este ato podem ser um dos fatores que contribuem para a sua execução (Na et al., 2018). Para além disto, espera-se que o estudo das atitudes face ao suicídio possa também auxiliar no desenvolvimento de programas de prevenção em culturas específicas e de estratégias de intervenção em indivíduos que tentaram o suicídio (Renberg, Hjelmeland, & Kuposov, 2008). Desta forma, as atitudes face a uma morte voluntária são um passo fundamental no contínuo suicidário e contribuem para uma melhor compreensão dos fatores psicológicos e sociais que influenciam este ato (Modifi, Ghazinour, Salander-Renberg, & Richter, 2008).

## **Estudo empírico**

### **Objetivos**

Considerando a importância da relação entre atitudes e suicídio, não apenas para a compreensão mas também para a prevenção e intervenção nos atos autodestrutivos, alguns estudos (e.g., Pridmore, Varbanov, Aleksandrov, & Shahtahmasebi, 2016; Renberg, Hjelmeland, & Kuposov, 2008; Shahtahmasebi, Varbanov, Aleksandrov, & Pridmore, 2016) têm procurado investigar a relação entre atitudes e comportamentos suicidários.

Tendo em consideração estes estudos e a elevada taxa de suicídio no Alentejo, o presente estudo tem como objetivo geral conhecer as atitudes da população alentejana relativamente ao suicídio. Mais concretamente, serão estudadas as atitudes de permissividade e de incompreensibilidade desta população face ao suicídio e analisadas em função de algumas variáveis, nomeadamente género, idade, nível de ensino, área de residência, religiosidade, agregado familiar, presença de perturbação mental, estado civil, situação profissional, tentativa prévia de suicídio e contacto com suicídio na família. O mesmo será feito com o risco suicidário. Um segundo objetivo visa estudar uma eventual

relação destas atitudes com o risco suicidário. Num segundo momento serão comparadas as atitudes desta amostra com uma amostra do mesmo tipo de atitudes recolhida noutras regiões do país (amostra de comparação), de forma a perceber se existem diferenças e se as mesmas se encontram relacionadas com as altas taxas de suicídio no Alentejo.

## Metodologia

### Participantes

Foram contactados 484 indivíduos dos quais 4 não aceitaram participar no estudo. Dos 480 protocolos inicialmente preenchidos, foram excluídos 40 devido ao não preenchimento dos questionários e ao não cumprimento dos critérios de inclusão (indivíduos entre os 18 e os 65 anos e residentes no Alentejo). Posteriormente, foram excluídos os protocolos dos sujeitos não naturais do Alentejo. A amostra final é composta por 371 indivíduos naturais do Alentejo com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos inclusive ( $M = 40.48$ ,  $DP = 12.55$ ). A amostra é predominantemente feminina (64.7%) e composta maioritariamente por indivíduos empregados (83.0%). A maioria dos participantes não realizou tentativas de suicídio (98.9%) nem teve contacto com o suicídio na família (70.6%) (Tabela 1).

Tabela 1. *Características da amostra final*

Variáveis	<i>N</i>	%
Género		
Masculino	131	35.3
Feminino	240	64.7
Idade		
18 – 30 anos	99	26.7
31 – 50 anos	183	49.3
51 – 65 anos	89	24.0
Estado civil		
Solteiro	116	31.3
Casado	171	46.1
Unido de facto	47	12.7
Divorciado	35	9.4
Viúvo	2	.5

(continua)

Tabela 1. *Características da amostra final* (continuação)

Variáveis	<i>N</i>	%
Nível de ensino		
Ensino básico	83	22.4
Ensino secundário	177	47.7
Ensino superior	111	29.9
Residência		
Portalegre	131	35.3
Évora	125	33.7
Beja	115	31.0
Agregado familiar		
Só	37	10.0
Acompanhado	334	90.0
Situação profissional		
Estudante	43	11.6
Empregado	308	83.0
Desempregado	14	3.8
Reformado	6	1.6
Religiosidade		
Religioso	269	72.5
Não religioso	102	27.5
Perturbação mental		
Sim	13	3.5
Não	358	96.5
Tentativa de suicídio		
Fez tentativa	4	1.1
Não fez tentativa	367	98.9
Suicídio na família		
Sim	72	19.4
Não	262	70.6
Não sabe	37	10.0

Por sua vez, a amostra de comparação utilizada no segundo momento deste estudo foi anteriormente recolhida para um outro projeto de investigação no âmbito de uma dissertação de mestrado na Universidade de Aveiro (Coelho, 2016). Era composta por 472 indivíduos dos quais foram eliminados 23 por não haver referência à sua área de residência ou por serem naturais do Alentejo. Assim, a amostra de comparação final ficou com 449 indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 60 anos inclusive ( $M = 29.74$ ,  $DP = 9.37$ ) e provenientes de 16 distritos de Portugal, sendo que 50 sujeitos pertencem à região norte do país, 311 à região centro, 82 à Área Metropolitana de Lisboa (AML), 4 ao Algarve e 2 à Região Autónoma dos Açores.

## **Instrumentos**

A recolha de dados foi realizada através de um protocolo com os seguintes elementos: consentimento informado (Anexo A); questionário sociodemográfico (Anexo B); Questionário de Atitudes de Permissividade e Incompreensibilidade face ao Suicídio (QAPIS), e Questionário de Comportamentos Suicidários - Revisto (QCS-R).

*Questionário sociodemográfico.* Foi construído um questionário para a recolha de informações demográficas e clínicas nomeadamente a idade, o género, o estado civil, o local de residência, as habilitações literárias, a presença de perturbação mental e a história de suicídio na família.

*Questionário de Atitudes de Permissividade e Incompreensibilidade face ao Suicídio (QAPIS).* O QAPIS foi construído e validado por Rosa, Coelho, Bem-Haja e Silva no âmbito de uma dissertação de mestrado na Universidade de Aveiro. É composto por 10 itens que avaliam as atitudes de permissividade (6 itens) e de incompreensibilidade (4 itens) face ao suicídio. Cada item é respondido numa escala de *Likert* de 5 pontos que se estende entre “concordo fortemente” e “discordo fortemente”. A cotação do QAPIS é realizada através do cálculo da soma das respostas, resultando num índice para cada dimensão. A dimensão “Permissividade” tem um valor total entre 6 e 30, sendo que o valor mais baixo diz respeito a uma atitude de maior permissividade e o valor mais alto a uma atitude de menor permissividade. Na dimensão “Incompreensibilidade” o valor total pode variar entre 4 e 20, sendo que o valor mais baixo diz respeito a uma atitude de maior incompreensão, ao passo que um valor mais alto corresponde a uma atitude de menor incompreensão (Coelho, 2016).

As duas dimensões do QAPIS foram criadas com recurso a dois fatores do Questionário de Atitudes face ao Suicídio (ATTS; Renberg & Jacobsson, 2003) designados "Suicídio como um direito" e "Incompreensibilidade" que constituem, respetivamente, as dimensões "Permissividade" e "Incompreensibilidade" no QAPIS. O primeiro fator refere-se a crenças atitudinais face ao suicídio relativamente aos outros e a si próprio, inclusive o respeito para com a decisão do outro e o reconhecimento deste ato no caso de doença incurável e/ou grave. Por sua vez, o fator "Incompreensibilidade"

indica confusão face aos motivos da realização do suicídio e salienta o lado negativo da atitude, ao passo que o fator anterior apresenta associações mais positivas (Stecz, 2019).

No estudo original do QAPIS, a dimensão “Permissividade” apresentou um alfa de *Cronbach* de .86 e a dimensão “Incompreensibilidade” revelou um alfa de *Cronbach* de .69 (Coelho, 2016). No presente estudo, o instrumento revelou uma boa consistência interna, obtendo-se um valor de alfa de *Cronbach* de .85 para a dimensão “Permissividade” e de .71 para a dimensão “Incompreensibilidade”. Relativamente ao valor total, a dimensão “Permissividade” apresentou valores entre 6 e 30 ( $M = 18.71$ ,  $DP = 5.29$ ), e na dimensão “Incompreensibilidade” os valores totais variaram entre 4 e 18 ( $M = 8.44$ ,  $DP = 2.96$ ).

*Questionário de Comportamentos Suicidários - Revisto (QCS-R)*. Foi aplicada a versão portuguesa do Suicidal Behavior Questionnaire - Revised (SBQ-R; Osman et al., 2001) adaptado por Campos e Holden (2016). O SBQ-R foi desenvolvido a partir da versão original com 34 itens (Linehan, 1981) e tem como objetivo avaliar a gravidade e a frequência de comportamentos suicidários assim como a história de tentativas de suicídio anteriormente realizadas. É um instrumento de autorrelato constituído por 4 itens, com uma escala de resposta variável entre 1 e 4 (item 1 - "Já alguma vez pensou em matar-se ou tentou matar-se?"), 1 e 5 (item 2 - "Com que frequência pensou matar-se no último ano?"), 1 e 3 (item 3 - "Já alguma vez disse a alguém que iria suicidar-se ou que poderia vir a suicidar-se?"), e 0 e 6 (item 4 - "Qual a probabilidade de poder vir a tentar suicidar-se um dia?"). Cada item possibilita avaliar, respetivamente, a ideação suicida e tentativas de suicídio, a ideação suicida no último ano, a comunicação da intenção suicida e, por fim, a probabilidade futura de vir a cometer suicídio (Osman et al., 2001). O valor total do questionário é calculado através da soma dos itens e pode variar entre 3 e 18. O ponto de corte para fins de triagem numa população não clínica é de 7, o que significa que indivíduos que possuem uma pontuação igual ou superior a 7 são mais propensos à execução de uma tentativa de suicídio (Campos & Holden, 2016).

Neste estudo, e à semelhança de estudos anteriores (e.g., Campos, Besser, & Blatt, 2013; Campos & Holden, 2014; Campos, Simões, Costa, Pio, & Holden, 2019) foram retirados dois índices: os resultados do primeiro item possibilitaram a diferenciação dos indivíduos em dois grupos em função da realização ou não de uma tentativa de suicídio;

e a pontuação total do QCS-R permitiu avaliar o risco suicidário dos participantes. Nesta amostra, 1.1% dos participantes referiram a realização de tentativas de suicídio. A pontuação total do QCS-R no presente estudo variou entre 3 e 13 e o valor médio total obtido foi de 4.48 ( $DP = 1.86$ ), indicativo de um baixo risco suicidário, sendo que 49 indivíduos obtiveram uma pontuação total igual ou acima do ponto de corte.

Para a validação do QCS-R para a população portuguesa foram realizados dois estudos, o primeiro com uma amostra da comunidade e o segundo com estudantes universitários, apresentando em ambos boas características psicométricas, com valores de consistência interna de .77 e de .69, respetivamente (Campos & Holden, 2016). No presente estudo, o QCS-R apresentou um valor de alfa de *Cronbach* de .52, o qual pode dever-se ao número reduzido de itens que compõem este questionário e/ou às especificidades da própria amostra.

## **Procedimentos**

### ***Recolha de dados***

Os dados deste estudo foram recolhidos de forma não probabilística (amostra de conveniência) nas áreas geográficas dos distritos de Portalegre, Évora e Beja, nos meses de Janeiro a Março de 2019. Os sujeitos foram abordados em contexto informal (e.g., praças públicas, lojas de comércio, universidades), tendo-lhes sido explicado de forma verbal e sucinta o objetivo do estudo, assim como a confidencialidade e o anonimato associados à sua participação. De seguida foi solicitado o preenchimento do protocolo, distribuído em formato papel.

A recolha dos dados foi realizada pela mestranda e três estudantes da licenciatura em psicologia, voluntárias inscritas na bolsa de voluntários de investigação do Departamento de Psicologia da Universidade de Évora. De modo a incluir o maior número de sujeitos de todas as faixas etárias e concelhos dos distritos em análise, foi solicitada a colaboração de outras pessoas residentes nestes distritos que pudessem solicitar aos seus familiares e conhecidos o preenchimento dos instrumentos (amostra por bola de neve). É de salientar que nestes casos foi de igual modo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Este projeto de investigação foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora.

### *Análise de dados*

Todos os dados foram analisados através de metodologias de análise quantitativa com o auxílio do programa estatístico *IBM SPSS Statistics* (versão 24). Num primeiro momento, através de testes *t*-Student para amostras independentes, foram comparadas as atitudes de permissividade e de incompreensibilidade da amostra inicial entre indivíduos naturais do Alentejo e de fora desta região, verificando-se a existência de diferenças significativas nestes dois grupos no que concerne às atitudes de incompreensibilidade. Por este motivo, foram retirados do estudo 69 sujeitos não naturais do Alentejo.

O pressuposto da normalidade da distribuição das variáveis foi avaliado pelo teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors e pelo teste de Shapiro-Wilk, sendo também analisados a assimetria e o achatamento. Embora tenha sido apontada uma distribuição não normal para a maioria das variáveis em estudo ( $p < .05$ ), optou-se por realizar testes paramétricos uma vez que a amostra é suficientemente grande e estes testes são robustos à violação do pressuposto de normalidade da(s) variável(eis) (Marôco, 2018; Pallant, 2016). Por sua vez, o teste de Levene permitiu avaliar o pressuposto de homogeneidade das variâncias. A existência de *outliers* significativos foi analisada nas variáveis dependentes (atitudes de permissividade, de incompreensibilidade e risco suicidário). Verificaram-se dois *outliers* moderados nas atitudes de incompreensibilidade e sete no risco suicidário, situados entre 1.5 e 3 amplitudes inter-quartis acima de Q3. Todos os *outliers* foram mantidos uma vez que fazem parte do fenómeno em estudo, são necessários para a análise das variáveis e não foram erros na inserção dos dados.

Foram utilizados testes *t*-Student para amostras independentes de forma a analisar as diferenças nas atitudes de permissividade e de incompreensibilidade em vários grupos da amostra (género, religiosidade, agregado familiar, perturbação mental, tentativa prévia de suicídio e suicídio na família). Recorreu-se à Análise de Variância (ANOVA) *one-way* para analisar as diferenças destas atitudes nas variáveis idade, área de residência, estado civil, nível de ensino e situação profissional. Foi utilizado o teste de Welch/ANOVA de Welch em casos de violação do pressuposto de homogeneidade das variâncias ( $p < .05$ ), tal como indicado por Marôco (2018). De seguida, realizaram-se testes *post-hoc* de Tukey e de Games-Howell. Recorrendo às respostas do QCS-R foi calculado o risco suicidário da amostra e, através de testes *t*-Student (para as variáveis género, religiosidade, agregado familiar, perturbação mental, tentativa prévia de suicídio e suicídio na família) e de

ANOVAs (no caso das variáveis idade, área de residência, estado civil, nível de ensino e situação profissional) foram analisadas as diferenças do risco em vários grupos.

Através do coeficiente de correlação de Pearson foi verificada a relação entre as atitudes de permissividade e de incompreensibilidade com o risco suicidário bem como com os restantes itens do QCS-R.

Numa segunda parte deste estudo, e recorrendo à amostra de comparação, foi utilizado o teste *t*-Student para comparar as atitudes de permissividade e de incompreensibilidade entre o grupo de naturalidade alentejana (amostra deste estudo) e o grupo de naturalidade não alentejana (amostra de comparação). Recorreu-se à ANOVA para analisar estas mesmas atitudes entre as diferentes regiões em análise. Foram posteriormente realizados testes *post-hoc* de Tukey e de Games-Howell. Com base nestes resultados foram analisadas as taxas de suicídio das várias regiões e correlacionadas com a média das atitudes de cada região.

## **Resultados**

Os resultados do teste *t*-Student revelaram diferenças significativas e de média dimensão entre os indivíduos naturais do Alentejo ( $M = 8.44$ ,  $DP = 2.96$ ) e de fora desta região ( $M = 9.32$ ,  $DP = 3.29$ ), no que diz respeito às atitudes de incompreensibilidade face ao suicídio ( $t(438) = -2.22$ ,  $p = .03$ ,  $d = .29$ , IC a 95% [-1.65, -0.10]). Por este motivo, e para ir ao encontro dos objetivos propostos, a análise estatística foi realizada apenas com os indivíduos naturais do Alentejo.

### **Atitudes de Permissividade**

O impacto das variáveis género, agregado familiar, religiosidade, perturbação mental, tentativa prévia de suicídio e suicídio na família nas atitudes de permissividade dos participantes revelaram diferenças significativas em alguns destes grupos (Tabela 2).

No que concerne às atitudes de permissividade, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas variáveis género, agregado familiar, perturbação mental e tentativa de suicídio. Ou seja, nesta amostra, não se verificaram diferenças relativamente às atitudes de permissividade em relação ao suicídio entre indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino, entre quem vive só ou acompanhado, entre quem não

tem uma perturbação mental e quem a possui, e entre quem realizou uma tentativa de suicídio e quem nunca o fez.

Tabela 2. *Atitudes de permissividade em função do género, agregado familiar, perturbação mental, religiosidade, tentativa de suicídio e suicídio na família*

Variáveis	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	gl	<i>p</i>	IC a 95%	<i>d</i> de Cohen
Género						
Masculino	18.69 (6.09)	-.03	219.80	.98	[-1.23, 1.20]	.00
Feminino	18.71 (4.81)					
Agregado familiar						
Só	17.84 (6.07)	-.93	42.05	.36	[-3.06, 1.13]	.17
Acompanhado	18.80 (5.20)					
Perturbação mental						
Sim	16.46 (5.68)	-1.56	369	.12	[-5.26, 0.61]	.43
Não	18.79 (5.27)					
Religiosidade						
Religioso	19.32 (5.17)	3.67	369	<b>.00</b>	[1.03, 3.41]	.42
Não religioso	17.10 (5.29)					
Tentativa de suicídio						
Sim	14.25 (2.63)	-1.70	369	.09	[-9.72, 0.71]	.85
Não	18.75 (5.29)					
Suicídio na família						
Sim	17.58 (5.67)	-2.34	332	<b>.02</b>	[-3.00, -0.26]	.30
Não	19.21 (5.10)					

*Nota.* Diferenças estatisticamente significativas encontram-se a negrito. *p* para um nível de significância de .05. gl = graus de liberdade; IC = intervalo de confiança.

Todavia, foram encontradas diferenças significativas e de média dimensão nas variáveis religiosidade e suicídio na família. Os indivíduos que se consideram religiosos possuem valores mais elevados nesta dimensão, o que significa que são menos permissivos em relação ao suicídio. Contrariamente, indivíduos que tiveram contacto com o suicídio através de familiares apresentaram atitudes de maior permissividade em comparação com indivíduos que nunca tiveram contacto com o ato.

O impacto das restantes variáveis nas atitudes de permissividade dos participantes encontram-se descritas na Tabela 3.

Tabela 3. *Atitudes de permissividade em função da idade, área de residência, estado civil, nível de ensino e situação profissional*

Variáveis	<i>M (DP)</i>	<i>F</i>	gl	<i>p</i>	$\eta^2$	Potência
Idade						
18 – 30 anos	17.64 (5.72)					
31 – 50 anos	19.02 (5.14)	2.85	2, 368	.06	.02	.56
51 – 65 anos	19.26 (4.98)					
Área de residência <sup>a</sup>						
Portalegre	19.18 (5.93)					
Évora	17.71 (4.73)	3.79	2, 243.79	<b>.02</b>	.02	.64
Beja	19.24 (4.97)					
Estado civil						
Solteiro	17.81 (5.64)					
Casado	19.57 (4.95)					
Unido de facto	18.11 (5.31)	2.30	4, 366	.06	.02	.67
Divorciado	18.17 (5.31)					
Viúvo	20.50 (4.95)					
Nível de ensino <sup>a</sup>						
Ensino básico	19.40 (5.24)					
Ensino secundário	18.64 (5.70)	1.18	2, 206.04	.31	.01	.24
Ensino superior	18.29 (4.60)					
Situação profissional						
Estudante	16.51 (5.01)					
Empregado	18.94 (5.18)					
Desempregado	20.50 (7.28)	3.27	3, 367	<b>.02</b>	.03	.75
Reformado	18.33 (4.50)					

*Nota.* Diferenças estatisticamente significativas encontram-se a negrito. *p* para um nível de significância de .05. gl = graus de liberdade.

<sup>a</sup>ANOVA de Welch.

Os resultados da ANOVA não apontaram diferenças significativas nas variáveis idade, estado civil e nível de ensino. Por sua vez, as variáveis área de residência e situação profissional apresentaram diferenças significativas, embora de pequena dimensão. De acordo com o teste *post-hoc* de Games-Howell (utilizado devido a violações no teste de homogeneidade de variâncias; Marôco, 2018), as diferenças estatisticamente significativas para as atitudes de permissividade na variável residência ocorreram somente entre os grupos de Évora e Beja (IC a 95% [-3.01, -0.05],  $p = .04$ ). Constatou-se que os indivíduos naturais de Évora são mais permissivos em relação ao suicídio do que

os indivíduos de Beja. No que concerne à situação profissional, o teste *post-hoc* de Tukey demonstrou que as diferenças significativas para as atitudes de permissividade ocorreram entre o grupo de estudantes e de empregados (IC a 95% [-4.63, -0.22],  $p = .02$ ), sendo os indivíduos empregados menos permissivos face ao suicídio em comparação com os estudantes.

### Atitudes de Incompreensibilidade

A Tabela 4 resume os testes *t*-Student utilizados na comparação das atitudes de incompreensibilidades entre alguns grupos.

Tabela 4. *Atitudes de incompreensibilidade em função do género, agregado familiar, perturbação mental, religiosidade, tentativa de suicídio e suicídio na família*

Variáveis	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	gl	<i>p</i>	IC a 95%	<i>d</i> de Cohen
Género						
Masculino	7.79 (3.12)	-3.19	369	<b>.00</b>	[-1,64, -0.39]	.34
Feminino	8.80 (2.82)					
Agregado familiar						
Só	8.41 (2.87)	-.08	369	.94	[-1.05, 0.97]	.01
Acompanhado	8.45 (2.98)					
Perturbação mental						
Sim	10.15 (2.94)	2.13	369	<b>.03</b>	[0.14, 3.41]	.60
Não	8.38 (2.95)					
Religiosidade						
Religioso	8.15 (2.75)	-2.87	155.18	<b>.01</b>	[-1.80, -0.33]	.35
Não religioso	9.22 (3.36)					
Tentativa de suicídio						
Sim	9.75 (1.26)	.89	369	.38	[-1.61, 4.25]	.58
Não	8.43 (2.97)					
Suicídio na família						
Sim	8.99 (3.12)	2.13	332	<b>.03</b>	[0.06, 1.60]	.28
Não	8.15 (2.89)					

*Nota.* Diferenças estatisticamente significativas encontram-se a negrito. *p* para um nível de significância de .05. gl = graus de liberdade; IC = intervalo de confiança.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas atitudes de incompreensibilidade nas variáveis agregado familiar e tentativa de suicídio. Ou seja, indivíduos que vivem só e indivíduos que vivem acompanhados, bem como indivíduos

que fizeram tentativas de suicídio e que nunca o fizeram, não diferem nas atitudes de incompreensibilidade.

Por outro lado, os resultados revelaram diferenças significativas e de média dimensão nas variáveis género, religiosidade e suicídio na família, e de elevada dimensão na variável perturbação mental. Os indivíduos do sexo masculino apresentaram maior incompreensibilidade em relação ao suicídio quando comparados com os indivíduos do sexo feminino. Indivíduos que não possuem uma perturbação mental revelaram maior incompreensibilidade face ao suicídio, assim como indivíduos religiosos e indivíduos que não tiveram contacto com o suicídio através de familiares.

Os resultados da ANOVA para analisar as atitudes de incompreensibilidade em função de variáveis com mais de dois grupos encontram-se expostos na Tabela 5.

Os resultados revelaram não existirem diferenças significativas nas variáveis estado civil e nível de ensino. Contrariamente, os resultados indicaram diferenças significativas e de pequena dimensão nas variáveis idade, área de residência e situação profissional. Recorrendo ao teste *post-hoc* de Games-Howell verificou-se que as diferenças significativas nas atitudes de incompreensibilidade encontram-se no grupo de indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos e o grupo dos 31 aos 50 anos (IC a 95% [0.01, 1.91],  $p = .05$ ), e entre o primeiro grupo e o grupo dos 51 aos 65 anos (IC a 95% [0.05, 2.09],  $p = .04$ ). Em ambos, o grupo de indivíduos mais novos revelou menor incompreensibilidade. O mesmo teste indicou que as diferenças estatisticamente significativas na variável situação profissional encontraram-se entre o grupo de estudantes e de empregados (IC a 95% [0.39, 3.38],  $p = .01$ ), verificando-se que os indivíduos empregados revelam maior incompreensibilidade relativamente ao suicídio do que os estudantes. O teste *post-hoc* de Tukey indicou que as diferenças significativas na variável área de residência verificaram-se entre o grupo de Évora e o grupo de Portalegre (IC a 95% [-1.90, -0.17],  $p = .01$ ), demonstrando que indivíduos naturais do distrito de Portalegre revelaram maior incompreensibilidade face ao suicídio em comparação com os indivíduos naturais de Évora.

Tabela 5. *Atitudes de incompreensibilidade em função da idade, área de residência, estado civil, nível de ensino e situação profissional*

Variáveis	<i>M (DP)</i>	<i>F</i>	gl	<i>p</i>	$\eta^2$	Potência
<b>Idade<sup>a</sup></b>						
18 – 30 anos	9.17 (3.40)					
31 – 50 anos	8.21 (2.87)	3.53	2, 199.24	<b>.03</b>	.02	.74
51 – 65 anos	8.10 (2.48)					
<b>Área de residência</b>						
Portalegre	7.97 (3.05)					
Évora	9.01 (2.90)	4.05	2, 368	<b>.02</b>	.02	.72
Beja	8.37 (2.85)					
<b>Estado civil<sup>a</sup></b>						
Solteiro	8.97 (3.45)					
Casado	8.16 (2.72)					
Unido de facto	8.04 (2.83)	1.10	4, 7.74	.42	.02	.48
Divorciado	8.60 (2.40)					
Viúvo	9.00 (2.83)					
<b>Nível de ensino<sup>a</sup></b>						
Ensino básico	7.96 (2.49)					
Ensino secundário	8.42 (3.11)	2.43	2, 212.14	.09	.01	.43
Ensino superior	8.84 (3.02)					
<b>Situação profissional<sup>a</sup></b>						
Estudante	10.09 (3.54)					
Empregado	8.21 (2.82)					
Desempregado	8.43 (3.11)	3.53	3, 18.02	<b>.04</b>	.04	.93
Reformado	8.67 (1.86)					

*Nota.* Diferenças estatisticamente significativas encontram-se a negrito. *p* para um nível de significância de .05. gl = graus de liberdade.

<sup>a</sup>ANOVA de Welch.

### **Risco suicidário**

Os resultados dos testes *t*-Student indicaram algumas diferenças significativas no risco suicidário em função de diferentes variáveis (Tabela 6).

Tabela 6. *Risco suicidário em função do gênero, agregado familiar, perturbação mental, religiosidade, tentativa de suicídio e suicídio na família*

Variáveis	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	gl	<i>p</i>	IC a 95%	<i>d</i> de Cohen
<b>Gênero</b>						
Masculino	4.39 (1.77)	-1.48	369	.14	[-0.69, 0.10]	.16
Feminino	4.69 (1.90)					
<b>Agregado familiar</b>						
Só	4.78 (1.77)	.70	369	.49	[-0.41, 0.86]	.12
Acompanhado	4.56 (1.87)					
<b>Perturbação mental</b>						
Sim	6.69 (2.69)	2.91	12.38	<b>.01</b>	[0.56, 3.82]	.96
Não	4.51 (1.78)					
<b>Religiosidade</b>						
Religioso	4.51 (1.79)	-1.29	369	.20	[-0.70, 0.15]	.14
Não religioso	4.78 (2.03)					
<b>Tentativa de suicídio</b>						
Sim	9.75 (2.63)	5.84	369	<b>.00</b>	[3.47, 6.98]	2.33
Não	4.53 (1.77)					
<b>Suicídio na família</b>						
Sim	4.85 (2.07)	1.57	101.73	.12	[-0.11, 0.95]	.22
Não	4.43 (1.79)					

*Nota.* Diferenças estatisticamente significativas encontram-se a negrito. *p* para um nível de significância de .05. gl = graus de liberdade; IC = intervalo de confiança.

Nesta amostra apenas se verificaram diferenças significativas e de elevada dimensão na variável perturbação mental, e de dimensão muito elevada na variável tentativa de suicídio. Os resultados demonstraram que o risco suicidário é mais elevado em indivíduos que possuem uma perturbação mental e em indivíduos que realizaram anteriormente uma tentativa de suicídio.

Por sua vez, os resultados da ANOVA não revelaram diferenças significativas no risco suicidário em função da idade, área de residência, estado civil, nível de ensino e situação profissional dos indivíduos (Tabela 7).

Tabela 7. *Risco suicidário em função da idade, área de residência, estado civil, nível de ensino e situação profissional*

Variáveis	<i>M (DP)</i>	<i>F</i>	gl	<i>p</i>	$\eta^2$	Potência
<b>Idade</b>						
18 – 30 anos	4.77 (2.01)					
31 – 50 anos	4.52 (1.86)	.68	2, 368	.51	.00	.16
51 – 65 anos	4.49 (1.66)					
<b>Área de residência</b>						
Portalegre	4.60 (2.00)					
Évora	4.75 (1.74)	1.26	2, 368	.29	.01	.27
Beja	4.37 (1.80)					
<b>Estado civil</b>						
Solteiro	4.75 (2.00)					
Casado	4.44 (1.84)					
Unido de facto	4.49 (1.57)	.70	4, 366	.59	.01	.23
Divorciado	4.83 (1.86)					
Viúvo	5.00 (1.41)					
<b>Nível de ensino</b>						
Ensino básico	4.51 (1.95)					
Ensino secundário	4.66 (1.87)	.26	2, 368	.77	.00	.09
Ensino superior	4.52 (1.78)					
<b>Situação profissional</b>						
Estudante	5.19 (1.97)					
Empregado	4.50 (1.80)					
Desempregado	4.36 (1.95)	1.82	3, 367	.14	.02	.47
Reformado	4.83 (3.13)					

*Nota.* *p* para um nível de significância de .05. gl = graus de liberdade.

### **Atitudes de permissividade e de incompreensibilidade e risco suicidário**

O coeficiente de correlação de Pearson foi usado para correlacionar as atitudes de permissividade e de incompreensibilidade com os itens do QCS-R, assim como com a pontuação total do questionário que avalia o risco suicidário (Tabela 8).

Tabela 8. *Correlações entre as atitudes de permissividade e de incompreensibilidade face ao suicídio e o QCS-R*

Variáveis	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Pontuação total
Atitudes de permissividade	-.27**	-.18**	-.10*	-.36**	-.38**
Atitudes de Incompreensibilidade	.25**	.25**	.12*	.37**	.40**

*Nota.* Os itens 1, 2, 3, 4 e a pontuação total do QCS-R avaliam, respetivamente, a tentativa de suicídio, a ideação suicida, a comunicação da intenção suicida, a probabilidade futura de suicidar-se e o risco suicidário.

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

Da análise do coeficiente de correlação de Pearson resultaram correlações negativas e estatisticamente significativas entre as atitudes de permissividade e cada item do QCS-R, bem como entre estas atitudes e o risco suicidário. Contudo, é necessário ter em consideração que a interpretação das pontuações do QAPIS é realizada de maneira inversa, isto é, pontuações baixas indicam atitudes de maior permissividade. Assim, estes resultados indicaram que quanto mais permissivo é um indivíduo em relação ao suicídio, maior será o seu risco suicidário.

Relativamente às atitudes de incompreensibilidade, encontraram-se correlações positivas e estatisticamente significativas entre estas e os itens do questionário, assim como com o risco suicidário. Novamente, é de realçar que a interpretação da dimensão “Incompreensibilidade” do QAPIS é realizada da mesma forma que a dimensão “Permissividade”: quanto mais alta a pontuação, menor serão as atitudes de incompreensão. Assim, estes resultados indicaram que quanto menor for a atitude de incompreensibilidade face ao suicídio (associada a pontuações altas nesta dimensão no QAPIS), maior será o risco suicidário do indivíduo.

### **Comparação de atitudes de permissividade e de incompreensibilidade do Alentejo com outras regiões de Portugal**

Num segundo momento, as atitudes da presente amostra foram comparadas com as da amostra de comparação composta por indivíduos oriundos de outras regiões do país (Tabela 9).

Tabela 9. *Atitudes de permissividade e de incompreensibilidade entre indivíduos naturais do Alentejo e de fora do Alentejo*

Atitudes	Alentejo	Fora do Alentejo	<i>t</i>	gl	<i>p</i>	IC a 95%	<i>d</i> de Cohen
	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	<i>M</i> ( <i>DP</i> )					
Permissividade	18.71 (5.29)	16.70 (5.05)	5.54	818	<b>.00</b>	[1.29, 2.72]	.39
Incompreensibilidade	8.44 (2.96)	10.71 (3.15)	-10.53	818	<b>.00</b>	[-2.69, -1.84]	.74

*Nota.* Diferenças estatisticamente significativas encontram-se a negrito. *p* para um nível de significância de .05. gl = graus de liberdade; IC = intervalo de confiança.

Comparando as atitudes de permissividade da amostra do presente estudo (indivíduos naturais do Alentejo) com a amostra de comparação (indivíduos não naturais do Alentejo) concluiu-se que existem diferenças significativas e de média dimensão entre estes dois grupos. O grupo natural do Alentejo apresentou atitudes de menor permissividade face ao suicídio do que o grupo não natural desta região. Relativamente às atitudes de incompreensibilidade, os resultados evidenciaram diferenças estatisticamente significativas e de elevada dimensão, sendo que o grupo dos indivíduos não naturais do Alentejo apresentou atitudes de menor incompreensibilidade comparativamente ao grupo de naturalidade alentejana.

Na comparação entre regiões (Tabela 10) optou-se por excluir da análise o Algarve e a Região Autónoma dos Açores, uma vez que a amostra destes locais era demasiado reduzida (4 e 2 indivíduos, respetivamente) para representar as atitudes dessa região. Recorrendo à ANOVA, foi possível identificar diferenças significativas e de pequena dimensão nas atitudes de permissividade face ao suicídio entre as regiões em análise. O teste *post-hoc* de Tukey evidenciou que as diferenças ocorreram entre o grupo do Alentejo e o grupo do norte (IC a 95% [0.79, 4.74], *p* = .00), do centro (IC a 95% [0.46, 2.48], *p* = .00) e da AML (IC a 95% [2.08, 5.28], *p* = .00). Os indivíduos do Alentejo apresentaram

atitudes de menor permissividade, seguidos do grupo do centro, do grupo do norte e, por fim, o grupo da AML.

Tabela 10. *Atitudes de permissividade e de incompreensibilidade nas regiões de Portugal*

Atitudes	Variáveis	<i>M (DP)</i>	<i>F</i>	gl	<i>p</i>	$\eta^2$	Potência
Permissividade	Norte	15.94 (5.71)	15.12	3, 810	<b>.00</b>	.05	1.00
	Centro	17.23 (4.76)					
	AML	15.02 (5.05)					
	Alentejo	18.71 (5.29)					
Incompreensibilidade <sup>a</sup>	Norte	11.58 (3.33)	38.84	3, 161.78	<b>.00</b>	.13	1.00
	Centro	10.42 (2.93)					
	AML	11.28 (3.53)					
	Alentejo	8.44 (2.96)					

*Nota.* Diferenças estatisticamente significativas encontram-se a negrito. *p* para um nível de significância de .05. AML = Área Metropolitana de Lisboa; gl = graus de liberdade.

<sup>a</sup> ANOVA de Welch.

Relativamente às atitudes de incompreensibilidade foram identificadas diferenças significativas e de pequena dimensão entre as regiões. O teste *post-hoc* de Games-Howell demonstrou existirem diferenças significativas entre o grupo do Alentejo e do norte (IC a 95% [-4.45, -1.83],  $p = .00$ ), do centro (IC a 95% [-2.56, -1.40],  $p = .00$ ) e da AML (IC a 95% [-3.93, -1.75],  $p = .00$ ). O grupo de indivíduos do Alentejo revelou atitudes de maior incompreensibilidade, seguido do grupo de indivíduos do centro, encontrando depois o grupo de indivíduos da AML e, por fim, o grupo de indivíduos do norte do país.

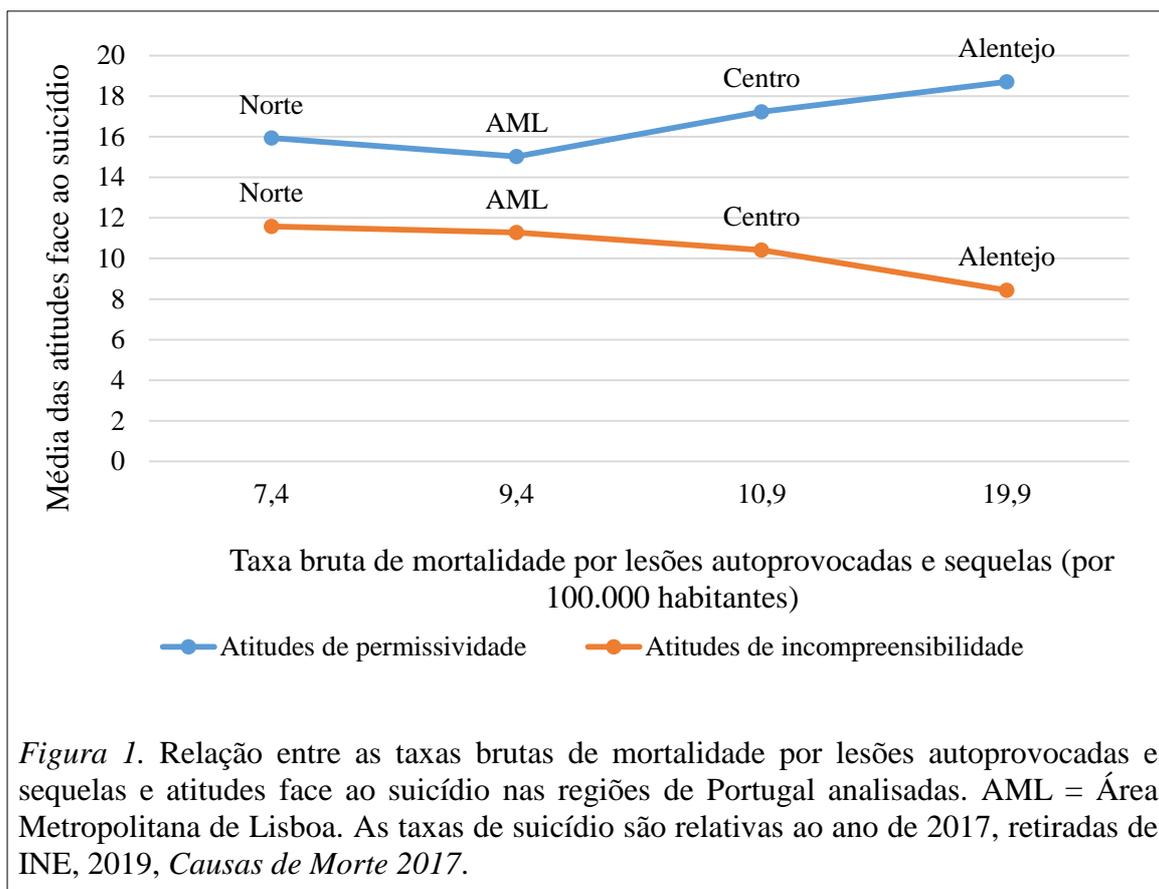
### **Atitudes de permissividade e de incompreensibilidade e taxas de suicídio em Portugal**

Através da análise do coeficiente de correlação de Pearson encontrou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa ( $r = .16$ ,  $n = 814$ ,  $p < .01$ ) entre as atitudes de permissividade e as taxas brutas de mortalidade por lesões autoprovocadas e sequelas (por 100.000 habitantes) (INE, 2019). Todavia, tal como anteriormente referido,

pontuações altas na dimensão "Permissividade" corresponde a atitudes de menor permissividade. Assim, nesta amostra e nas regiões do país anteriormente referidas, à medida que a taxa de suicídio aumenta, as atitudes de permissividade diminuem.

Através do mesmo coeficiente de correlação foi calculada a relação entre atitudes de incompreensibilidade e as taxas de suicídio, demonstrando existir uma correlação negativa e estatisticamente significativa ( $r = -.32, n = 814, p < .01$ ) entre estas variáveis. Novamente, valores altos na dimensão "Incompreensibilidade" dizem respeito a atitudes de menor incompreensibilidade. Portanto, taxas de suicídio altas encontraram-se relacionadas com atitudes de maior incompreensão.

A análise da relação entre as atitudes de permissividade e de incompreensibilidade face ao suicídio e as taxas de mortalidade por lesões autoprovocadas e sequelas (por 100.000 habitantes) demonstrou um padrão, sendo que as regiões com uma maior taxa de suicídio são onde prevalecem atitudes de menor permissividade e de maior incompreensibilidade (Figura 1).



Neste caso, o Alentejo que é a região com a maior taxa de suicídio (19.9 por 100.000 habitantes) apresentou atitudes de menor permissividade e de maior incompreensibilidade comparativamente às restantes regiões do país analisadas. Por outro lado, a região norte de Portugal, que apresenta a taxa mais baixa de suicídio (7.4 por 100.000 habitantes), é a região com atitudes de menor incompreensibilidade e a segunda com atitudes de maior permissividade, sendo a região de Lisboa a primeira.

## **Discussão**

O primeiro objetivo deste estudo consistia em conhecer as atitudes de permissividade e de incompreensibilidade da população alentejana em relação ao suicídio e analisá-las em função de algumas variáveis sociodemográficas e clínicas. Os resultados demonstram que indivíduos do sexo masculino apresentam maior incompreensibilidade em relação ao suicídio face aos indivíduos do sexo feminino, não havendo diferenças nas atitudes de permissividade. Este resultado confirma em parte os resultados do estudo de Kim e Park (2014) que não encontrou diferenças nos géneros relativamente às atitudes, inclusive de permissividade, face ao suicídio. Outros estudos (Beautrais, Horwood, & Fergusson, 2004; Na et al., 2018) também vão no mesmo sentido e não revelam diferenças entre homens e mulheres no que concerne às atitudes face ao suicídio. Há ainda investigações (Arnautovska & Grad, 2010; Dahlen & Canetto, 2002) cujos resultados são contrários aos do nosso estudo e que sugerem que indivíduos do sexo masculino apresentam atitudes mais tolerantes e permissivas face ao suicídio.

Relativamente às variáveis situação profissional e idade, os indivíduos empregados são menos permissivos e revelam maior incompreensibilidade face ao suicídio do que os estudantes. Salienta-se que todos os estudantes que compõem esta amostra se enquadram no grupo de indivíduos mais novos (18 aos 30 anos) sendo este o grupo que possui atitudes de menor incompreensibilidade. Jeon, Park e Shim (2013), referem que os estudantes apresentam atitudes de maior permissividade face ao suicídio, tal como no nosso estudo. De modo semelhante, um estudo de Renberg, Hjelmeland e Kuposov (2008) demonstrou que os jovens possuem mais atitudes de não-condenação e de aceitação em relação ao suicídio, sendo que estas atitudes ficam menos favoráveis conforme o aumento da idade (Na et al., 2018). Note-se que cerca de 40% dos suicídios ocorridos em Portugal em 2017 foram realizados por indivíduos com idade igual ou

superior a 65 anos, sendo que no Alentejo o número de óbitos por suicídio nesta faixa etária (78 suicídios) é superior ao número nas restantes idades (64 suicídios) (INE, 2019).

A (aparente) incongruência entre número elevado de suicídios e atitudes de maior incompreensibilidade nas faixas etárias avançadas pode dever-se ao estigma social que se encontra subjacente ao tópico do suicídio. Estudos (Park, Kim, Cho, & Lee, 2015; Pereira & Cardoso, 2019) têm demonstrado que o estigma face ao suicídio tende a aumentar com o avanço da idade, sendo que os adultos expressam maioritariamente atitudes discriminatórias face ao ato, percecionando os suicidas como cobardes e fracos. As atitudes de incompreensão apresentadas no presente estudos pelos indivíduos mais velhos poderão refletir o desenvolvimento ou aumento do estigma que, por sua vez, constitui um entrave para a procura de ajuda. A procura de ajuda consiste no reconhecimento da existência de um problema e de um contexto de aceitação que disponibiliza ajuda para a problemática. As atitudes negativas ou menos compreensivas relativamente ao suicídio partilhadas por idosos poderão contribuir para que os que possuem alguma perturbação mental ou ideação suicida significativa se sintam relutantes em falar sobre os seus pensamentos ou em procurar ajuda (Na et al., 2018). A vergonha e o estigma face ao suicídio não só impossibilitam a procura de ajuda, arriscando agravar as problemáticas já presentes, como também aumentam a probabilidade da ocorrência de comportamentos suicidários, constituindo-se um fator de risco (Reynders, Kerkhof, Molenberghs, & Audenhove, 2013). Assim, as atitudes de incompreensão face ao suicídio poderão estar associadas ao estigma da procura de ajuda e, conseqüentemente ao agravamento da situação atual do indivíduo levando ao aumento do risco suicidário.

Apesar de pertencerem à mesma região, os distritos em análise diferenciam-se nas atitudes face ao suicídio. Évora apresenta atitudes de maior permissividade comparativamente a Beja, e de menor incompreensibilidade face a Portalegre. Estas diferenças podem dever-se a características da própria amostra (Anexo C) uma vez que os indivíduos que as constituem diferem em maior número na situação profissional. Na amostra de Évora existem mais estudantes do que na de Beja, o que pode explicar as atitudes de maior permissividade em Évora. No que respeita às amostras de Évora e Portalegre, a distinção mais saliente encontra-se no grupo de empregados que se encontram em maior número na amostra de Portalegre, sendo uma possível explicação para as diferenças nas atitudes de incompreensibilidade entre estas regiões.

Os resultados demonstram ainda que indivíduos que não possuem uma perturbação mental revelam maior incompreensibilidade face ao suicídio. Não foram encontradas diferenças nas atitudes de permissividade, contrariando os resultados de Jeon, Park e Shim (2013), onde atitudes mais permissivas surgiam em indivíduos com depressão. Não obstante, segundo a WHO (2014) indivíduos com perturbações mentais possuem um maior risco de apresentar comportamentos suicidários, sendo uma das possíveis razões pelas quais pessoas sem perturbação mental tenham atitudes de maior incompreensão em relação ao suicídio.

No que concerne à religiosidade, indivíduos religiosos possuem atitudes menos permissivas e de maior incompreensão face ao suicídio. Estes resultados estão em concordância com um estudo de Eskin (2004) sobre adolescentes turcos com educação religiosa que demonstrou que estes possuem mais atitudes negativas e de menor aceitabilidade face ao suicídio. Os mesmos resultados são encontrados noutros estudos (e.g., Colucci & Minas, 2013; Stack & Kposowa, 2008, 2011) sendo também demonstrado que as atitudes variam conforme a religião do participante (Foo, Alwi, Ismail, Ibrahim, & Osman, 2012). Uma vez que a religião tem influência na perceção do significado da vida, não é surpreendente que a mesma contribua na construção das atitudes sobre o suicídio, estando relacionada a uma menor tolerância face ao ato. A religião é considerada um fator de proteção (Meyer, Irani, Hermes, & Yung, 2017) na medida em que as crenças religiosas em prol da vida podem impedir o indivíduo de percecionar o suicídio como uma opção num momento de crise (Eskin, 2004). Simultaneamente, e como afirmava Durkheim (2005), os valores e práticas religiosas podem promover relações sociais e, conseqüentemente aumentar o apoio social que, por sua vez, desempenha um papel preventivo contra o suicídio.

Indivíduos que tiveram contacto com o suicídio através de familiares apresentam atitudes de maior permissividade e de menor incompreensibilidade. Os homens noruegueses parecem possuir o mesmo padrão uma vez que, os que possuem contacto com o suicídio através de familiares apresentam atitudes mais tolerantes em relação ao ato (Renberg, Hjelmeland, & Kuposov, 2008). Do mesmo modo, Arnautovska e Grad (2010) encontraram uma correlação positiva, apesar de fraca, entre comportamentos suicidas na família e atitudes de permissividade. É sabido que um historial de suicídio na família constitui um importante fator de risco (WHO, 2014), na medida em que a

exposição ao suicídio pode promover ideação e comportamentos suicidários em indivíduos próximos ao suicida. A familiaridade face ao suicídio poderá conduzir a uma aceitação do fenómeno e tornar propensa a sua repetição (Santos & Tavares, 2014). É compreensível que familiares de suicidas vejam este ato como um comportamento "normal" devido à habituação ao evento, percecionando-o como uma saída possível para o sofrimento, resultando em atitudes mais permissivas e de menor incompreensão relativamente ao suicídio.

Na amostra não foram encontradas diferenças significativas nas atitudes de permissividade e de incompreensibilidade face ao suicídio entre indivíduos que vivem só e os que vivem acompanhados; entre indivíduos que realizaram uma tentativa de suicídio e os que não o fizeram; e entre indivíduos com diferentes níveis de ensino e com diferentes estados civis. Estes resultados não vão ao encontro de outros estudos que apontam diferenças significativas nas atitudes face ao suicídio em função das variáveis estado civil e nível de ensino (Modifi, Ghazinour, Salander-Renberg, & Richter, 2008), e tentativa de suicídio (Eskin, Voracek, Stieger, & Altinyazar, 2011; Na et al., 2018). Os resultados deste estudo poderão ser justificados pela discrepância entre o número de indivíduos que realizaram tentativas de suicídio (1.1%) e os que não o fizeram (98.9%), acontecendo o mesmo entre quem vive só (10%) e quem vive acompanhado (90%), constituindo-se uma das limitações do estudo. Relativamente ao estado civil, também se verifica uma representação desequilibrada, sendo que os grupos divorciado (9.4%) e viúvo (0.5%) se encontram sub-representados. O mesmo ocorre entre os diferentes níveis de ensino, embora com uma diferença menos considerável.

Relativamente ao risco suicidário, os resultados demonstram que indivíduos da amostra que têm uma perturbação mental possuem um risco suicidário mais elevado. Este resultado está de acordo com a literatura que identifica a presença de perturbação mental como fator de risco para o suicídio (Bista, 2012; WHO, 2014). Os resultados do nosso estudo sugerem também que indivíduos que realizaram uma tentativa de suicídio possuem um risco suicidário mais elevado. Tais resultados vão ao encontro de outras investigações (e.g., O'Connor, Smyth, Ferguson, Ryan, & Williams, 2013; Park et al., 2018). A relação entre tentativa de suicídio e risco suicidário encontra-se bem descrita na literatura, sendo que a realização de uma tentativa de suicídio é considerado o maior preditor de suicídio,

ou seja, os indivíduos que realizaram uma tentativa possuem um risco suicidário muito mais elevado do que os que não executaram este comportamento (WHO, 2014).

Um segundo objetivo visava estudar a relação entre as atitudes face ao suicídio e o risco suicidário. Encontraram-se resultados estatisticamente significativos, nomeadamente a existência de correlações negativas entre as atitudes de permissividade e os itens do QCS-R, e correlações positivas entre as atitudes de incompreensibilidade e os itens. De igual modo, a existência de uma relação entre atitudes e risco suicidário foi averiguada e encontrou-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre risco suicidário e atitudes de permissividade, bem como uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre risco suicidário e atitudes de incompreensibilidade. De acordo com estes resultados, o risco suicidário aumenta à medida que aumentam as atitudes de permissividade e diminuem as de incompreensibilidade.

A grande maioria dos estudos, num nível individual, corrobora a relação entre atitudes mais compreensíveis e tolerantes face ao suicídio e comportamentos inscritos no contínuo suicidário (Renberg, Hjelmeland, & Koposov, 2008), inclusive planear o suicídio (e.g., Joe, Romer, & Jamieson, 2007), tentativa de suicídio (e.g., Renberg & Jacobsson, 2003), intenção suicida futura (e.g., Jeon, Park, & Kim, 2013) e – tal como evidenciado no presente estudo - o risco suicidário (e.g., Colucci & Minas, 2013). Possivelmente, atitudes favoráveis face ao suicídio poderão ampliar a atratividade deste fenómeno e contribuir para a conceção da ideia do suicídio num momento de crise, constituindo-se um risco para o desenvolvimento de ideação suicida e tornando-se a porta de entrada no processo suicidário (Eskin, Voracek, Stieger, & Altinyazar, 2011; Gibb, Andover, & Beach, 2006). Todavia, e apesar da crescente investigação sobre este tema, alguns autores (Arnautovska & Grad, 2010; Kim & Park, 2014) afirmam que a relação entre risco suicidário e atitudes tolerantes face ao ato é ainda incongruente e demasiado complexa para se poder retirar uma conclusão universal, visto que não são apenas as atitudes que determinam a ação. Porém, não deve ser completamente desconsiderado o papel das atitudes na execução de comportamentos suicidas (Foo et al., 2012).

Uma segunda parte deste estudo tinha como objetivo comparar as atitudes da população alentejana com as atitudes de indivíduos de outras regiões de Portugal, e

correlacioná-las com a respetiva taxa de suicídio. Os resultados demonstraram que indivíduos naturais do Alentejo apresentam atitudes de menor permissividade e de maior incompreensibilidade face ao suicídio quando comparados com indivíduos de outras regiões. Estes resultados são contraditórios com as conclusões de estudos noutros países (e.g., Arnautovska & Grad, 2010; Eskin, Voracek, Stieger, & Altinyazar, 2011; Kim & Park, 2014), que demonstraram que atitudes mais tolerantes são evidentes em populações com altas taxas de suicídio. Existem porém outras investigações (e.g., Colucci & Minas, 2013; Renberg, Hjelmeland, & Kuposov, 2008; Reynders, Kerkhof, Molenberghs, & Audenhove, 2016) nas quais indivíduos que residem em regiões com altas taxas de suicídio apresentam atitudes menos permissivas em relação ao ato. Uma possível explicação para os resultados encontrados é que as atitudes de menor permissividade podem transportar aqui dois sentidos: se por um lado uma atitude menos permissiva pode funcionar como um fator de impedimento para o comportamento suicidário, por outro, pode ser um fator de risco para a população, na medida em que atua como um obstáculo para a partilha de pensamentos suicidas e conseqüentemente, para a procura de ajuda. Adicionalmente, mesmo possuindo atitudes de menor permissividade no geral, em determinadas circunstâncias, pode-se perceber o suicídio como um comportamento aceitável (Colucci & Minas, 2013; Na et al., 2018).

Reynders, Kerkhof, Molenberghs e Audenhove (2013) analisaram as atitudes de procura de ajuda na Holanda e na região norte da Bélgica, concluindo que no primeiro país, onde as taxas de suicídio são mais baixas, há uma prevalência de atitudes mais positivas relativamente à procura de ajuda, e a vergonha e o estigma a ela associados são menos prevalentes do que no norte da Bélgica, onde as taxas de suicídio são relativamente mais elevadas. Um outro estudo realizado pelos mesmos autores (2016) afirma que as atitudes face ao suicídio em conjunto com o estigma associado à procura de ajuda poderão ser as causas das diferenças nas taxas de suicídio entre as regiões, encontrando níveis mais altos de vergonha e estigma em regiões com taxas de suicídio mais elevadas.

Tendo por base a teoria do comportamento planeado, se a norma subjetiva estiver relacionada com a percepção de reações negativas e estigmatizantes por parte dos demais em relação ao suicídio, esta poderá influenciar a intenção de procurar ajuda para o fenómeno suicidário, e impedir esta procura, aumentando a probabilidade da realização de atos autodestrutivos (Reynders, Kerkhof, Molenberghs, & Audenhove, 2016).

As atitudes formam-se através da socialização, todavia podem mudar por meio da mesma, sendo que fatores pessoais desempenham também um papel nesta mudança – tal como foi evidenciado nos resultados da primeira parte deste estudo. Constatou-se que atitudes de maior permissividade e de menor incompreensibilidade encontram-se associadas a um maior risco suicidário contudo, a presença destas atitudes pode não ser o suficiente para a execução do comportamento. As atitudes não são os únicos fatores que determinam a ação, sendo que a dificuldade em partilhar pensamentos suicidas devido à percepção de um contexto pouco compreensivo face a este tema poderá constituir-se um fator que influencia os atos suicidas (Gvion & Apter, 2012). Um indivíduo que apresente atitudes de maior permissividade e de menor incompreensibilidade face ao suicídio (que, conseqüentemente, associa-se a um risco suicidário mais elevado), se estiver integrado numa sociedade onde prevalecem atitudes de menor permissividade e de maior incompreensibilidade relativamente ao suicídio, poderá ter mais dificuldade em partilhar pensamentos suicidas e, conseqüentemente em procurar ajuda para estas problemáticas devido, em parte, ao estigma a elas associado. Isto poderá aumentar a probabilidade da realização de comportamentos suicidas assim como a execução dos mesmos. As atitudes da população alentejana poderão estar associadas a uma dificuldade de expressão de pensamentos suicidas e de procura de ajuda, aumentando a prevalência de comportamentos suicidários nesta região.

Os resultados encontrados neste estudo suportam a multicausalidade do suicídio e dos comportamentos a ele associados, uma vez que se trata de um ato complexo e que possui uma panóplia de variáveis associadas. Igualmente, salientam o impacto de fatores sociais, em conjunto com fatores psicológicos, na realização de comportamentos suicidários, bem como o papel do contexto nesta decisão. É de destacar que a relação entre atitudes face ao suicídio e comportamentos suicidários é complexa e, por este motivo, a forma como as atitudes se associam à prevalência do suicídio ainda não é clara, sendo que os resultados devem ser interpretados com cuidado (Kim & Park, 2014).

### **Limitações, principais conclusões e estudos futuros**

O presente estudo procurou contribuir para o conhecimento sobre o suicídio no Alentejo, através do estudo das atitudes da população alentejana face ao fenómeno e como as mesmas se relacionam com o risco suicidário e se diferem de outras regiões com uma

taxa de suicídio inferior. Todavia, este estudo apresenta algumas limitações as quais devem ser tidas em consideração aquando a interpretação dos resultados obtidos. Apesar de possuir uma amostra de grande dimensão, alguns grupos são compostos por amostras pequenas inclusive indivíduos que reportaram tentativas de suicídio e que possuem historial de suicídio na família. Esta limitação poderá ter influenciado alguns dos resultados obtidos.

Adicionalmente, os dados foram recolhidos em momentos diferentes: os dados do Alentejo foram recolhidos no ano corrente e os dados da amostra de comparação foram recolhidos em 2016. Apesar de as taxas de suicídio utilizadas para a correlação com as atitudes são do ano 2017 (as mais recentemente disponibilizadas), estas são normalmente constantes ao longo do tempo (Conejero, Lopez-Castroman, Giner, & Baca-Garcia, 2016). Importa ainda referir que os instrumentos de autorresposta podem ter sido sujeitos a enviesamentos por parte dos participantes devido à complexidade e estigma associados ao tema. Embora tenha sido garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, os indivíduos podem ter-se sentido constrangidos, abdicando de respostas sinceras.

Não obstante, os resultados do presente estudo permitem concluir que as atitudes de permissividade e de incompreensibilidade face ao suicídio variam consoante as variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes, e que estas mesmas atitudes se encontram correlacionadas com o risco suicidário. Contudo, o Alentejo, que se apresenta como a região do país com a taxa de suicídio mais elevada, revela possuir atitudes de menor permissividade e de maior incompreensibilidade. Salienta-se aqui a complexidade da relação entre atitudes e comportamentos suicidários. As atitudes negativas ou menos tolerantes poderão impedir a realização de atos auto-destrutivos, porém estas mesmas atitudes poderão atuar como um entrave na procura de ajuda e reduzir a compreensão de outros significativos, resultando num impedimento da expressão de intenção suicida e consequente aumento do risco suicidário (Colucci & Minas, 2013).

As atitudes em relação ao suicídio tornam-se assim uma variável a ter em conta no estudo do risco suicidário. Uma vez que se verifica a existência de uma relação entre estas duas variáveis, torna-se imprescindível o estudo das atitudes face ao suicídio nas populações onde a taxa de suicídio é elevada. Todavia, note-se que embora nesta amostra os resultados tenham demonstrado a presença desta relação, a associação entre atitudes e

comportamentos ainda é muito complexa, sendo necessário algum cuidado aquando a interpretação destes resultados (Arnautovska & Grad, 2010).

Sugerimos assim a realização de mais estudos nesta área em Portugal, comparando também o risco suicidário entre regiões que possuem diferentes taxas de suicídio de modo a perceber se existem diferenças e se as mesmas se encontram associadas às atitudes que a população possui relativamente ao fenómeno. Em futuros estudos que relacionam atitudes de diversas regiões, seria preferível que as mesmas fossem recolhidas em momentos próximos. Seria igualmente interessante analisar as atitudes num grupo clínico, e estudar o estigma associado ao suicídio a par das atitudes face a este fenómeno.

## Referências

- Ajzen, I. (2012). The theory of planned behavior. In P. A. M. Van Lange, A. W. Kruglancki, & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of Theories of Social Psychology* (Vol. 1, pp. 438-459). London: SAGE Publications.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2000). Attitudes and the attitude-behavior relation: Reasoned and automatic processes. *European Review of Social Psychology*, *11*(1), 1-33. doi:10.1080/14792779943000116
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. In D. Albarracin, B. T. Johnson, & M. P. Zanna (Eds.), *The Handbook of Attitudes* (pp. 173-222). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Arnautovska, U., & Grad, O. (2010). Attitudes toward suicide in the adolescent population. *Crisis*, *31*(1), 22–29. doi:10.1027/0227-5910/a000009.
- Azenha, S., & Peixoto, B. (2014). Suicídio, cultura e religião. In C. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio (Coord.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: Dos conceitos à prática clínica* (pp. 3-14). Lisboa: Lidel.
- Barros de Oliveira, J. (2012). *Psicologia do Idoso: Temas Complementares*. Porto: Livpsic.
- Banaji, M. R., & Heiphetz, L. (2010). Attitudes. In S. T. Fiske, D. T. Gilbert, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of Social Psychology* (Vol. 1, pp. 353-393). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Beautrais, A. L., Horwood, L. J., & Fergusson, D. M. (2004). Knowledge and attitudes about suicide in 25-year-olds. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *38*(4), 260-265. doi:10.1111/j.1440-1614.2004.01334.x
- Bista, A. (2012). Association between mental disorders and suicide. *Health Prospect*, *11*, 65-66. doi:10.3126/hprospect.v11i0.7441
- Bohner, G., & Dickel, N., (2011). Attitudes and attitude change. *Annual Review of Psychology*, *62*, 391–417. doi:10.1146/annurev.psych.121208.131609

- Campos, M., & Leite, S. (2002). O suicídio em Portugal nos anos 90. *Revista de Estudos Demográficos*, (32), 81-106.
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2013). Recollections of parental rejection, self-criticism and depression in suicidality. *Archives of Suicide Research*, 17(1), 58-74. doi:10.1080/13811118.2013.748416
- Campos, R. C., & Holden, R. R. (2014). Suicide risk in a Portuguese non-clinical sample of adults. *The European Journal of Psychiatry*, 28(4), 230-241. doi:10.4321/S0213-61632014000400004
- Campos, R. C., & Holden, R. R. (2016). Portuguese version of the suicidal behaviors questionnaire-revised: Validation data and the establishment of a cut-score for screening purposes. *European Journal of Psychological Assessment*. Advanced online publication. doi:10.1027/1015-5759/a000385
- Campos, R. C., Simões, A. Costa, S., Pio, A. S., & Holden, R. R. (2019). Psychological pain and suicidal ideation in undergraduates: The role of pain avoidance. *Death Studies*. Advanced online publication. doi:10.1080/07481187.2018.1554610
- Coelho, S. (2016). *Desenvolvimento do Questionário de Atitudes de Permissividade e Incompreensibilidade face ao Suicídio (QAPIS)* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Aveiro, Portugal.
- Colucci, E., & Minas, H. (2013). Attitudes towards youth suicide: A comparison between Italian, Indian, and Australian Students. In Y. Kashima, E. S. Kashima, & R. Beatson (Eds.), *Steering the Cultural Dynamics: Selected Papers from the 2010 Congress of the International Association for Cross-Cultural Psychology* (pp. 111-117). Melbourne: International Association for Cross-Cultural Psychology.
- Conejero, I., Lopez-Castroman, J., Giner, L., & Baca-Garcia, E. (2016). Sociodemographic antecedent validators of suicidal behavior: A review of recent literature. *Current Psychiatry Reports*, 18(94), 1-11. doi: 10.1007/s11920-016-0732-z

- Dahlen, E.R., & Canetto, S.S. (2002). The role of gender and suicide precipitant in attitudes toward nonfatal suicidal behavior. *Death Studies*, 26(2), 99-116. doi:10.1080/074811802753455235
- Durkheim, E. (2005). *Suicide: A Study in Sociology*. London: Routledge.
- Eskin, M. (2004). The effects of religious versus secular education on suicide ideation and suicidal attitudes in adolescents in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(7), 536-542. doi:10.1007/s00127-004-0769-x
- Eskin, M., Voracek, M., Stieger, S., & Altinyazar, V. (2011). A cross-cultural investigation of suicidal behavior and attitudes in Austrian and Turkish medical students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(9), 813-823. doi:10.1007/s00127-010-0254-7
- Fabrigar, L. R., MacDonald, T.K., & Wegener, D. T. (2005). The structure of attitudes. In D. Albarracin, B. T. Johnson, & M. P. Zanna (Eds.), *The Handbook of Attitudes* (pp. 79-124). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fabrigar, L. R., & Wegener, D. T. (2010). Attitude structure. In R. F. Baumeister & E. J. Finkel (Eds.), *Advanced Social Psychology: The State of the Science* (pp. 117-216). New York: Oxford University Press.
- Foo, X. Y., Alwi, M. N., Ismail, S. I. F., Ibrahim, N., & Osman, Z. J. (2012). Religious commitment, attitudes toward suicide, and suicidal behaviors among college students of different ethnic and religious groups in Malaysia. *Journal of Religion and Health*, 53(3), 731-746. doi:10.1007/s10943-012-9667-9
- Gibb, B., Andover, M., & Beach, S. (2006). Suicidal ideation and attitudes toward suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(1), 12-18. doi:10.1521/suli.2006.36.1.12
- Gouveia, J., & Nogueira, H. (2017). O suicídio em Portugal: Ocorrências no Domínio Público Marítimo. *Cadernos de Geografia*, (36), 3-14. doi:10.14195/0871-1623\_36\_1
- Groschwitz, R. C., Kaess, M., Fischer, G., Ameis, N., Schulze, U. M., Brunner, R., ... Plener, P. L. (2015). The association of non-suicidal self-injury and suicidal

- behavior according to DSM-5 in adolescent psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, 228(3), 454-461. doi:10.1016/j.psychres.2015.06.019
- Grush, J. E. (1976). Attitude formation and mere exposure phenomena: A nonartifactual explanation of empirical findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33(3), 281-290. doi:10.1037/0022-3514.33.3.281
- Guerreiro, D. F., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 204–213. doi:10.1016/j.rpsp.2013.05.001
- Gvion, Y., & Apter, A. (2012). Suicide and suicidal behavior. *Public Health Reviews*, 34(2), 1-20. doi:10.1007/BF03391677
- Hitlin, S., & Pinkston, K. (2014). Values, attitudes, and ideologies: Explicit and implicit constructs shaping perception and action. In J. DeLamater & A. Ward (Eds.), *Handbook of Social Psychology* (pp. 319-340). London: Springer.
- Hogg, M. A., & Vaughan, G. M. (2018). *Social Psychology*. New York: Pearson.
- Howarth, C. (2006). How social representations of attitudes have informed attitude theories: The consensual and the reified. *Theory & Psychology*, 16(5), 691–714. doi:10.1177/0959354306067443
- Instituto Nacional de Estatística (2018). *Causas de Morte 2016*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2019). *Causas de Morte 2017*. Lisboa: INE.
- Jeon, H. J., Park, J. -H., & Shim, E. -J. (2013). Permissive attitude toward suicide and future intent in individuals with and without depression: results from a nationwide survey in Korea. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(4), 286–291. doi:10.1097/NMD.0b013e318288d2c7
- Joe, S., Romer, D., & Jamieson, P. E. (2007). Suicide acceptability is related to suicide planning in U.S. adolescents and young adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(2), 165–178. doi:10.1521/suli.2007.37.2.165

- Kim, K., & Park, J. -I. (2014). Attitudes toward suicide among college students in South Korea and the United States. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(1), 1-5. doi:10.1186/1752-4458-8-17
- Linehan, M. M. (1981). *The Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ)*. Unpublished instrument, University of Washington, Seattle.
- Lima, M. L. (1996). Atitudes. In J. Vala & M. Monteiro (Coord.), *Psicologia Social* (pp. 167-199). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lima, M. L., & Correia, I. (2013). Atitudes: medida, estrutura e funções. In J. Vala & M. Monteiro (Coord.), *Psicologia Social* (pp. 201-244). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Loureiro, A., Almendra, R., Costa, C., & Santana, P. (2018). Mortalidade por suicídio nos municípios de Portugal Continental: Evolução espaço-temporal entre 1980 e 2015. *Acta Médica Portuguesa*, 31(1), 38-44. doi:10.20344/amp.9423
- Maio, G. R., & Haddock, G. (2007). Attitude change. In A. W. Kruglanski & E. T. Higgins (Eds.), *Social Psychology: Handbook of basic principles* (pp. 565-586). New York: The Guildford Press.
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Portugal: ReportNumber.
- Mehlum, L. (2016). Attempted suicide as a risk factor for suicide. In D. Wasserman (Ed.), *Suicide: An Unnecessary Death* (2<sup>a</sup> ed., pp. 151-160). United Kingdom: Oxford University Press
- Meyer, C. L., Irani, T. H., Hermes, K. A., & Yung, B. (2017). *Explaining Suicide: Patterns, Motivations, and What Notes Reveal*. Cambridge: Academic Press.
- Meyer, R., Salzman, C., Youngstrom, E., Clayton, P., Goodwin, F., Mann, J., ... Sheehan, D. (2010). Suicidality and risk of suicide - Definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: A brief report. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(8), 1040-1046.

- Modifi, N., Ghazinour, M., Salander-Renberg, E., & Richter, J. (2008). Attitudes towards suicide among Kurdish people in Iran. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *43*(4), 291–298. doi:10.1007/s00127-007-0296-7
- Na, K. -S., Oh, K. -S., Lim, S. -W., Ryu, S. -H., Lee, J. -Y., Hong, J. P., & Cho, S. -J. (2018). Association between age and attitudes toward suicide. *The European Journal of Psychiatry*, *32*(1), 44–51. doi:10.1016/j.ejpsy.2017.08.007
- Neiva, E. R., & Mauro, T. G. (2011). Atitude e mudança de atitudes. In C. V. Torres & E. R. Neiva (Org.), *Psicologia Social: Principais temas e vertentes* (pp. 171-203). São Paulo: Artmed.
- Noronha, M., & Noronha, Z. (2003). *O Homem em Sociedade: Aspectos Psicossociológicos*. Lisboa: Plátano.
- Nunes, A. (2018). O suicídio em Portugal: Um retrato do país. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *67*(1), 25-33. doi:10.1590/0047-2085000000180
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, *1*(1), 73-85. doi:10.1016/S2215-0366(14)70222-6
- O'Connor, R. C., Smyth, R., Ferguson, E., Ryan, C., & Williams, J. (2013). Psychological processes and repeat suicidal behavior: A four-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *81*(6), 1137-1143. doi:10.1037/a0033751
- Oliveira, A. (2008). *Ilusões na Idade das Emoções – Representações Sociais da Morte, do Suicídio e da Música na Adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Olson, M. A., & Kendrick, R. V. (2008). Origins of attitudes. In W. D. Crano & R. Prislin (Eds.), *Attitudes and Attitude Change* (pp. 110-130). Psychology Press: New York.
- Osman, A., Bagge, C. L., Guitierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, *8*(4), 443–454. doi:10.1177/107319110100800409
- Pallant, J. (2016). *SPSS Survival Manual*. New York: McGraw-Hill Education.

- Park, S., Kim, M., Cho, M., & Lee, J. (2015). Factors affecting stigma toward suicide and depression: A Korean nationwide study. *International Journal of Social Psychiatry*, *61*(8), 811–817. doi:10.1177/0020764015597015
- Park, S., Lee, Y., Youn, T., Kim, B. S., Park, J. I., Kim, H., ... Hong, J. P. (2018). Association between level of suicide risk, characteristics of suicide attempts, and mental disorders among suicide attempters. *BMC Public Health*, *18*(477), 1-7. doi:10.1186/s12889-018-5387-8
- Pereira, A., & Cardoso, F. (2019). Stigmatising attitudes towards suicide by gender and age. *Revista CES Psicología*, *12*(1), 1-16.
- Posner, K., Brodsky, B., Yershova, K., Buchanan, J., & Mann, J. (2014). The classification of suicidal behavior. In M. K. Nock (Ed.), *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury* (pp. 7-22). New York: Oxford University Press.
- Pretty, R. E., & Briñol, P. (2010). Attitude change. In R. F. Baumeister & E. J. Finkel (Eds.), *Advanced Social Psychology: The State of the Science* (pp. 217-262). New York: Oxford University Press.
- Pridmore, S., Varbanov, S., Aleksandrov, I., & Shahtahmasebi, S. (2016). Social attitudes to suicide and suicide rates. *Open Journal of Social Sciences*, *4*(10), 39-58. doi:10.4236/jss.2016.410004
- Quartilho, M. (2014). Contextos sociais e interpessoais. In C. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio (Coord.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: Dos conceitos à prática clínica* (pp. 15-31). Lisboa: Lidel.
- Renberg, E. S., Hjelmeland, H., & Kuposov, R. (2008). Building models for the relationship between attitudes toward suicide and suicidal behavior: Based on data from general population surveys in Sweden, Norway, and Russia. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *38*(6), 661-675. doi:10.1521/suli.2008.38.6.661
- Renberg, E. S., & Jacobsson, L. (2003). Development of a Questionnaire on Attitudes Towards Suicide (ATTS) and its application in a Swedish population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *33*(1), 52-64.

- Reynders, A., Kerkhof, A., Molenberghs, G., & Audenhove, C. (2013). Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *49*(2), 231–239. doi:10.1007/s00127-013-0745-4
- Reynders, A., Kerkhof, A., Molenberghs, G., & Audenhove, C. (2016). Stigma, attitudes, and help-seeking intentions for psychological problems in relation to regional suicide rates. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *46*(1), 67-78. doi:10.1111/sltb.12179
- Sammur, G. (2015). Attitudes, social representations and points of view. In G. Sammut, E. Andreouli, G. Gaskell, & J. Valsiner (Eds.), *The Cambridge Handbook of Social Representations* (pp. 96-112). United Kingdom: Cambridge University Press.
- Santana, P., Costa, C., Cardoso, G., Loureiro, A., & Ferrão, J. (2015). Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis. *Health & Place*, *35*, 85-94. doi:10.1016/j.healthplace.2015.07.001
- Santos, S., & Tavares, S. (2014). Sobreviventes. In C. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio (Coord.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: Dos conceitos à prática clínica* (pp. 445-454). Lisboa: Lidel.
- Saraiva, C. B., & Gil, N. P. (2014). Conceitos e limites em suicidologia. In C. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio (Coord.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: Dos conceitos à prática clínica* (pp. 41-55). Lisboa: Lidel.
- Schwarz, N., & Bohner, G. (2001). The construction of attitudes. In A. Tesser & N. Schwarz (Eds.), *Blackwell Handbook of Social Psychology: Intraindividual Processes* (pp. 436-457). Oxford: Blackwell Publishers.
- Shahtahmasebi, S., Varbanov, S., Aleksandrov, I., & Pridmore, S. (2016). Exploring Social Attitudes to Suicide Using a Predicament Questionnaire. *Open Journal of Social Sciences*, *4*(12), 58-71. doi:10.4236/jss.2016.412006
- Silverman, M. (2006). The language of suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *36*(5), 519-532.

- Stack, S., & Kposowa, A. (2008). The association of suicide rates with individual-level suicide attitudes: A cross-national analysis. *Social Science Quarterly*, 89(1), 39-59. doi:10.1111/j.1540-6237.2008.00520.x
- Stack, S., & Kposowa, A. (2011). Religion and suicide acceptability: A cross-national analysis. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 50(2), 289–306. doi:10.1111/j.1468-5906.2011.01568.x
- Stecz, P. (2019). Psychometric evaluation of the Questionnaire on Attitudes Towards Suicide (ATTS) in Poland. *Current Psychology*. Advanced online publication. doi:10.1007/s12144-019-00185-1
- Sveticic, J., & De Leo, D. (2012). The hypothesis of a continuum in suicidality: A discussion on its validity and practical implications. *Mental Illness*, 4(2), 73-78. doi:10.4081/mi.2012.e15
- Turecki, G., & Brent, D. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227-1239. doi:10.1016/S0140-6736(15)00234-2
- Valladolid, M. N. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(2), 1-5.
- Wasserman, D. (2016). The suicidal process. In D. Wasserman (Ed.), *Suicide: An Unnecessary Death* (pp. 27-38). United Kingdom: Oxford University Press.
- World Health Organization (2014). *Preventing Suicide: A Global Imperative*. Luxembourg: WHO Press.
- World Health Organization (2018). *World Health Statistics 2018: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva: WHO.

## **ANEXOS**

## Anexo A – Consentimento informado utilizado na recolha de dados



### Consentimento Informado

Estes questionários estão integrados num projeto de mestrado em desenvolvimento na Universidade de Évora na área científica de Psicologia Clínica e têm como objetivo compreender as atitudes da população do Alentejo em relação ao suicídio.

Enquanto participante neste estudo, solicita-se que preencha os seus dados demográficos bem como os dois questionários seguintes. Todos os elementos são de resposta obrigatória.

A informação recolhida é confidencial e anónima. Os dados obtidos serão tratados anonimamente, sendo que as suas respostas serão analisadas em conjunto com as de outras pessoas e não individualmente.

A sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento e sem qualquer prejuízo para si. Nesse caso, os seus dados serão eliminados do estudo.

Grata pela sua colaboração!

Tatiana Vasconcelos  
(tatiana\_carolina\_21@hotmail.com)

Anexo B – Questionário sociodemográfico

**Questionário Sociodemográfico**

**Género:**  Masculino  Feminino

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:**

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- Unido de facto
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)

**Naturalidade:** \_\_\_\_\_

**Localidade de residência:** \_\_\_\_\_

**Tempo que vive na residência atual:** \_\_\_\_\_

**Agregado familiar:**

- Vivo sozinho(a)
- Vivo com companheiro(a)
- Vivo com companheiro(a) e filhos
- Vivo com filhos
- Outro: \_\_\_\_\_

**Habilitações literárias:**

- 4º ano
- 6º ano
- 9º ano
- 12º ano
- Licenciatura
- Mestrado/ Doutoramento

**Situação profissional:**

Estudante     Empregado(a)     Desempregado(a)     Reformado(a)

**Profissão:** \_\_\_\_\_

**Religião:**

Considera-se uma pessoa religiosa?     Sim     Não

Praticante     Não praticante

**Possui um diagnóstico de alguma perturbação mental?**     Sim     Não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo foi diagnosticado? \_\_\_\_\_

Toma alguma medicação?     Sim     Não

**História de comportamento de suicídio na família:**

Já algum familiar seu tentou o suicídio?     Sim     Não

Se sim, qual o grau de parentesco? \_\_\_\_\_

Quando ocorreu? \_\_\_\_\_

## Anexo C – Características da amostra final em função do distrito

Tabela 11. *Características da amostra final em função do distrito*

Variáveis	Portalegre N (%)	Évora N (%)	Beja N (%)
<b>Género</b>			
Masculino	48 (36.6)	43 (32.8)	40 (30.5)
Feminino	83 (34.6)	82 (34.2)	75 (31.3)
<b>Idade</b>			
18 – 30 anos	30 (30.3)	42 (42.4)	27 (27.3)
31 – 50 anos	68 (37.2)	51 (29.7)	64 (35)
51 – 65 anos	33 (37.1)	32 (36)	24 (27)
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	40 (34.5)	49 (42.2)	27 (23.3)
Casado	64 (37.4)	52 (30.4)	55 (32.2)
Unido de facto	19 (40.4)	9 (19.1)	19 (40.4)
Divorciado	8 (22.9)	14 (40)	13 (37.1)
Viúvo	0	1 (50)	1 (50)
<b>Nível de ensino</b>			
Ensino básico	27 (32.5)	35 (42.2)	21 (25.3)
Ensino secundário	68 (38.4)	61 (34.5)	48 (27.1)
Ensino superior	36 (32.4)	29 (26.1)	46 (41.4)
<b>Agregado familiar</b>			
Só	11 (29.7)	12 (32.4)	14 (37.8)
Acompanhado	120 (35.9)	113 (33.8)	101 (30.2)
<b>Situação profissional</b>			
Estudante	12 (27.9)	27 (62.8)	4 (9.3)
Empregado	113 (36.7)	87 (28.2)	108 (35.1)
Desempregado	5 (35.7)	6 (42.9)	3 (21.4)
Reformado	1 (16.7)	5 (83.3)	0
<b>Religiosidade</b>			
Religioso	101 (37.5)	91 (33.8)	77 (28.6)
Não religioso	30 (29.4)	34 (33.3)	38 (37.3)
<b>Perturbação mental</b>			
Sim	4 (30.8)	6 (46.2)	3 (23.1)
Não	127 (35.5)	119 (33.2)	112 (31.3)
<b>Tentativa de suicídio</b>			
Fez tentativa	1 (25)	1 (25)	2 (50)
Não fez tentativa	130 (35.4)	124 (33.8)	113 (30.8)
<b>Suicídio na família</b>			
Sim	23 (31.9)	28 (38.9)	21 (29.2)
Não	97 (37)	82 (31.3)	83 (31.7)
Não sabe	11 (29.7)	15 (40.7)	11 (29.7)