

Marco Antônio Gomes



CONSTRUÇÃO DA ESCALA MOTIVOS PARA VIVER (EMVIVER)

ITATIBA

2015

Marco Antônio Gomes

CONSTRUÇÃO DA ESCALA MOTIVOS PARA VIVER (EMVIVER)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco, Área de Concentração - Avaliação Psicológica, para obtenção do Título de Doutor

ORIENTADOR: PROF. DR. MAKILIM NUNES BAPTISTA

ITATIBA

2015

152.5	Gomes, Marco Antonio.
G615c	Construção da escala de motivos para viver EMVIVER / Marco Antonio Gomes -- Itatiba, 2015. 131 p.
	Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> em Psicologia da Universidade São Francisco. Orientação de: Makilim Nunes Baptista.
	1. Construção de instrumento. 2. Saúde mental.

Ficha catalográfica elaborada pelas bibliotecárias do Setor de
Processamento Técnico da Universidade São Francisco.



UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
 EM PSICOLOGIA

Marco Antônio Gomes defendeu a tese "CONSTRUÇÃO DA ESCALA MOTIVOS PARA VIVER (EMVIVER)" aprovada pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco em 24 de fevereiro de 2015 pela Banca Examinadora constituída por:

Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista
 Presidente

Prof. Dra. Helena Facury Barbosa
 Examinadora

Prof. Dr. Hugo Ferrari Cardoso
 Examinador

Prof. Dr. Cristian Zanon
 Examinador

Prof. Dr. Rodolfo Augusto Matteo Ambiel
 Examinador

“Uma tentativa fatal... sem volta. Eu estava lá, mas não o escutei. Hoje posso ouvir melhor, modifiquei a minha escuta. Sei que há motivos e eles podem mudar o percurso de uma vida”.

Ao meu irmão Odilon (in memoriam)

Agradecimentos

Ao iniciar os agradecimentos, deparei-me com algumas reflexões, que não poderiam deixar de ocorrer, pois acredito serem comuns a todos que passam por esse momento. Vieram-me muitas imagens: família, amigos, professores, colegas de trabalho, enfim... Vieram-me também imagens de desafios que enfrentei nesses últimos quatro anos. Foi preciso muita força, coragem, amor pelo que buscava, otimismo, esperança. Foi preciso força de espírito. Em momento algum me distanciei da minha fé. Incrível perceber que tais reflexões me mostravam mais dos que minhas próprias pesquisas, pois elas me levavam ao encontro do que busquei nesses quatro anos. Eu refletia, na verdade, sobre os meus motivos para viver e eles estavam ali, presentes nos meus relacionamentos significativos, na minha vontade de viver, de vencer e nas virtudes que se apresentaram como esperança e fé, dentre outras. Não tenho dúvidas de que os motivos relatados aqui me serviram de protetores, tendo sido escudos infalíveis em vários momentos de cansaço, de conflitos, de questionamentos, de quase desistência, devido às longas viagens, aos diferentes compromissos entre o doutorado, o trabalho e o distanciamento dos meus familiares (esposa, filhos e neto). No término desse trabalho, no que, talvez, tenha pensado ser o mais fácil, menos científico, que são os agradecimentos, me veio essa grande oportunidade de um verdadeiro insight.

Sou grato a Deus porque sempre me acompanhou, nessa caminhada, que parecia não ter fim. Consegui me manter centrado, com saúde física e mental, para enfrentar essa jornada e aprender tanto com ela.

Agradeço ao meu pai, Bento, e a minha mãe, Idalina, que mesmo não estando mais presentes fisicamente, tenho certeza que me acompanham espiritualmente e estão felizes por mim. Agradeço por todo aprendizado, pela vida que me deram. Amá-los-ei sempre.

Quanto a minha família, quanta coisa a dizer! Meus filhos Caio, meu parceiro, colega de profissão; Thais, minha princesa; Cauã meu pequeno gênio querido e amado como os demais e meu neto Heitor, presente divino, lindo e fofo. Meus irmãos e irmãs, sobrinhos, tios, ao Cristiano meu genro-filho também. Muito tenho que agradecer a vocês, sempre presentes na minha vida, suportes, escudos, minha rede de RELACIONAMENTOS SIGNIFICATIVOS, motivos também para minha vida.

A minha esposa Renata, agradeço de todo meu coração, amiga, companheira, parceira para todos os momentos. Sem você nada disso seria possível. Obrigado por segurar a barra nas minhas ausências, nesse período; no meu isolamento mesmo dentro de casa. Obrigado por sua compreensão, pelo apoio, por mediar os conflitos. Obrigado por me ajudar a escolher e fazer a opção do doutorado na USF. Realmente essa foi a melhor escolha.

Agradeço à UNEC, Instituição onde trabalho, pela oportunidade, apoio e investimento. Obrigado pela confiança. Prometo retribuir com os novos conhecimentos adquiridos.

Quanto ao meu orientador, o que dizer? Grande profissional, grandes contribuições para a Psicologia brasileira, um grande cara, observador, ponderado, para mim, um “maluco beleza”. Obrigado, Mak, por confiar em mim, por acreditar na ideia e proposta dessa tese. Fico grato por tudo, pela força nos momentos difíceis e pela frase que me disse e que não tem como esquecer: “Velho, no final vamos dar muitas risadas de tudo isso, fica tranquilo”. Cara, você se inclui dentro dessa dimensão da pesquisa, otimista, humano,

positivo, me jogou pra frente e acreditou em mim quando disse: “Marco, eu confio em você”, me fez acreditar na possibilidade de realizar esse sonho. Você agora também faz parte dessa rede de relações significativas. Valeu amigo!

Agradeço também aos professores doutores que compuseram a banca na minha qualificação, Caroline Reppold, Cristian Zanon, Hugo Cardoso e Rodolfo Ambiel, pelas grandes contribuições e apontamentos para a realização deste trabalho. Gostaria também de agradecer a Letícia Delazzana-Zanon pela ajuda incondicional na análise qualitativa dessa tese. Seu apoio foi fundamental nesse processo. Ao meu tio Odilon, sempre presente na minha vida, muito obrigado. Agradeço ao meu aluno Thiago pela força e ajuda nas análises psicométricas. Agradeço ao professor Cláudio Capitão pelas boas aulas e conversas nos intervalos e pela orientação também na pesquisa qualitativa. Agradeço à Lisandra Borges e todos os colegas de laboratório por dividirmos por tantas vezes o mesmo espaço e pelas trocas de informações.

Agradeço aos meus amigos e colegas de trabalho, pelo apoio e por segurarem a barra nas minhas ausências nas aulas e na coordenação. Aos meus alunos, ex-alunos que nesses quatro anos contribuíram nas pesquisas e me apoiaram sempre que possível.

Por fim, agradeço aos demais professores do Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* da USF pela convivência e aprendizado constante.

Resumo

Gomes, M. A. (2015). *Construção da escala de motivos para viver EMVIVER*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.

A presente pesquisa teve como objetivo construir a escala de Motivos para viver – EMVIVER e realizar estudos de evidências de validade com base na estrutura interna, confiabilidade por meio do alfa de Cronbach (α), e evidências de validade com base na relação com variáveis externas. Para tanto, foram realizados três estudos. Em um primeiro momento, buscou-se construir os itens da escala e suas respectivas categorias. Para esse primeiro estudo a amostra foi composta por 107 universitários de uma cidade do interior do estado de Minas Gerais, com média de idade de 26,20 anos ($DP=9,90$), sendo a maioria do sexo feminino. A partir de uma análise qualitativa, foram construídos 55 itens aglutinados em cinco fatores, denominados de acordo com a literatura em Relacionamentos Significativos (12 itens); Atração pela Vida (9 itens); Planos para o futuro (6 itens); Aspectos relacionados ao Eu (5 itens) e Virtudes (23 itens). No segundo estudo, a amostra foi composta por 321 universitários, com idades variando entre 18 e 63 anos, sendo a maioria do sexo feminino. Realizou-se a análise fatorial da EMVIVER, inicialmente composta por 55 itens e, por meio de tal procedimento, foi possível evidenciar validade com base na estrutura interna. A escala ficou composta por 29 itens, aglutinados em três fatores, Relacionamentos Significativos (composto por 15 itens e $\alpha=0,97$); Atração pela Vida (9 itens e $\alpha=0,94$) e Virtudes (5 itens e $\alpha=0,92$). O terceiro estudo teve como objetivo a busca por evidência de validade com base na relação com variáveis externas para a escala EMVIVER, por meio da análise de correlação com a Escala de Desesperança de Beck (BHS). A amostra foi composta por 720 sujeitos divididos em 6 grupos, sendo 342 universitários, 88 dependentes químicos, 86 pacientes oncológicos, 85 pacientes psiquiátricos, 70 idosos (grupo de terceira idade) e 55 idosos (residentes asilares). A idade média da amostra foi de 36,90 anos ($DP=16,6$), com maioria predominante do sexo feminino (53%). Dos resultados, quanto à análise dos instrumentos em relação aos dados sociodemográficos, as variáveis idade, escolaridade e renda mensal se diferenciaram em relação aos instrumentos. Nas comparação entre os grupos, os idosos asilados e os psiquiátricos se diferenciaram em relação aos demais. Quanto às análises de correlação entre os instrumentos, todas as dimensões da EMVIVER se correlacionaram de forma negativa e significativa em relação ao BHS, evidenciando, assim, validade em relação às variáveis externas para a EMVIVER. Entretanto novos estudos são necessários no intuito de evidenciar outras formas de validade para o instrumento.

Palavras-chave: construção de instrumento; saúde mental; motivos para viver; evidência de validade

Abstract

Gomes, M. A. (2015). *Construção da escala de motivos para viver EMVIVER*. Thesis, Post-Graduate Studies in Psychology, University San Francisco, Itatiba, São Paulo.

This study aimed to construct the EMVIVER – Escala de Motivos para Viver (Reasons for Living Scale) and carry out studies of validity evidence based on the internal structure and reliability through Cronbach's alpha procedure (α), as well as the search for evidence of validity based on the relationship with external variables. Thus, we conducted three studies. At first, we tried to build the scale items and their respective categories. For this first study the sample consisted of 107 university students from a university in the state of Minas Gerais, most female participants, mean age of 26.2 years ($SD = 9.9$). From a qualitative analysis, were built 55 items agglutinated into five factors, named according to the literature: Significant Relationships (12 items); Attraction for Life (9 items); Plans for the future (6 items); Aspects related to the self (5 items) and Virtues (23 items). In the second study, the sample consisted of 321 university students, aged between 18 and 63 years, mostly female. The factor analysis of EMVIVER, consisting initially of 55 items, was proceeded, and through such a procedure, it was possible to evidence the validity based on the internal structure for EMVIVER. Accordingly, the scale was composed of 29 items, agglutinated into three factors: Significant Relationships (composed of 15 items and $\alpha = 0.97$); Attraction for Life (9 items and $\alpha = 0.94$) and Virtues (5 items and $\alpha = 0.92$). The third study aimed to search for evidence of validity based on the relationship with external variables to EMVIVER scale, through correlation analysis with the Beck Hopelessness Scale (BHS). The sample consisted of 720 people divided into 6 group: 342 university students, 88 dependent chemical, 86 cancer patients, 85 psychiatric patients, 70 elderly (group of seniors) and 55 elderly (asylums residents). The general age of the sample was 36.9 and standard deviation of 16.6 years. Mostly female (53%). From the results, as for the analysis of instruments in relation to socio demographic data, the variables age, education and monthly income differed with instrument. In the comparison among the groups, elderly asylum residents and psychiatric patients differentiated in relation to the others. As for the correlation analysis among the instruments, all the dimensions of EMVIVER were negatively and significantly correlated with respect to BHS, showing thus validity in relation to external variables for EMVIVER. However, further studies are necessary in order to show other forms of validity for the instrument.

Keywords: instrument construction; mental health; reasons for living; evidence of validity

Resumen

Gomes, M. A. (2015). *Construção da escala de motivos para viver EMVIVER*. Tesis Doctoral, Programa de Estudos de Posgrado em Psicologia, Universidad San Francisco, Itatiba, São Paulo.

La presente pesquisa tiene como objetivo construir una Escala de Motivos para Vivir – EMVIVER y realizar estudios de evidencia de validez con base en la estructura interna y confiabilidad por medio del procedimiento de alfa de Cronbach (α), así como la búsqueda por evidencia de validez con base en la relación con variables externas. Por tanto fueron realizados 3 estudios. En un primer momento se busco construir los ítems de escala y sus respectivas categorías. Para ese primer estudio la muestra fue compuesta por 107 universitarios de una universidad del estado de Minas Gerais, la mayoría de los participantes de sexo femenino con média de edad de 26,2 años (DP= 9,9). A partir de un análisis cualitativo, fueron construidos 55 ítems aglutinados en 5 factores denominados de acuerdo con la literatura en: Relacionamientos Significativos (12 ítems); Atracción por la Vida (9 ítems); Planes para el futuro (6 ítems); Aspectos relacionados al Yo (5 ítems) y Virtudes (23 ítems). En el segundo estudio la muestra fue compuesta por 321 universitarios, con edades variando entre 18 e 63 años, siendo la mayoría de sexo femenino. Se procede a un analisis factorial de EMVIVER, inicialmente compuesta por 55 ítems y, por medio de tal procedimiento, fue posible evidenciar su validez con base en la estructura interna para la EMVIVER. En este sentido, la escala quedo compuesta por 29 ítems, aglutinados en tres factores, cuales sean, Relacionamientos Significativos (compuesto por 15 ítems e $\alpha=0,97$); Atracción por la Vida (9 ítems e $\alpha=0,94$) y Virtudes (5 ítems e $\alpha=0,92$). El tercer estudio tubo como objetivo la búsqueda por evidencia de validez con base en la relación con variables externas para la escala EMVIVER, por medio del análisis de correlación con la Escala de Desesperanza de Beck (BHS). La muestra fue compuesta por 720 sujetos divididos en 6 grupos: 342 universitarios, 88 dependientes químicos, 86 pacientes oncológicos, 85 pacientes psiquiátricos, 70 ancianos (grupos de tercera edad) y 55 ancianos (residentes de asilos). La edad general de la muestra fue de 36,9 y desvio padron de 16,6 años. La mayoría de sexo femenino (53%). Los resultados, en cuanto al análisis de los instrumentos en relación a los datos sociodemográficos, las variables edad, escolaridad y rendas mensuales se diferenciaron en relación a los instrumentos. Las comparaciones entre los grupos, los ancianos de asilo y los psiquiátricos se diferenciaron en relación a los demas. En cuanto a los análisis de correlación entre los instrumentos, todas las dimensiones de EMVIVER se correlacionaron de forma negativa y significativa en relación al BHS, evidenciando, de esta forma, su validez en relación a variables externas para la EMVIVER. Entretanto nuevos estudios son necesarios en el orden de evidenciar otras formas de validez para el instrumento.

Palabras-clave: Construcción de Instrumentos; Salud Mental; Motivos para Vivir; evidencia de la validez.

Sumário

LISTA DE FIGURAS	xii
LISTA DE TABELAS	xiii
APRESENTAÇÃO	1
INTRODUÇÃO	3
<i>Capítulo 1 – Suicídio – indicadores de risco e de proteção</i>	9
<i>1.1 Indicadores de risco</i>	13
<i>1.2 Indicadores protetivos</i>	20
<i>Capítulo 2 – Psicologia Positiva</i>	25
<i>2.1 Psicologia positiva e saúde</i>	33
ESTUDO 1 Análise qualitativa (construção dos itens e categorias da EMVIVER)	46
MÉTODO	46
<i>Participantes</i>	46
<i>Instrumentos</i>	46
<i>Procedimento</i>	47
<i>Plano de análise de dados</i>	47
<i>Resultados</i>	49
ESTUDO 2 Análise quantitativa (análises psicométricas preliminares)	52
MÉTODO	52
<i>Participantes</i>	52
<i>Instrumentos</i>	52
<i>Procedimento</i>	53
<i>Plano de análise de dados</i>	54
<i>Resultados</i>	56
ESTUDO 3 Evidências de validade baseadas na relação com outras variáveis.	63
MÉTODO	63
<i>Participantes</i>	63
<i>Instrumentos</i>	65
<i>Procedimentos</i>	67
<i>Plano de análise de dados</i>	68
<i>Resultados</i>	70
DISCUSSÃO	79
CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	96

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico de sedimentação dos <i>eigenvalues</i>	59
----------	--	----

Lista de Tabelas

Tabela 1	<i>Indicadores Protetivos e de Risco</i>	23
Tabela 2	<i>As Forças Pessoais e suas Relações com as Virtudes</i>	31
Tabela 3	<i>Categorias, Subcategorias e Exemplos de Respostas e de Itens</i>	50
Tabela 4	<i>Total de Eingevalues e Variância Explicada</i>	58
Tabela 5	<i>Cargas Fatoriais dos Componentes Rotados (Oblimin) extraídos de Mínimos Quadrados não ponderados e Comunalidades da EMVIVER.</i>	60
Tabela 6	<i>Correlação Entre as Dimensões da EMVIVER</i>	61
Tabela 7	<i>Correlação Item-total por Fator</i>	61
Tabela 8	<i>Caracterização da Amostra Sexo, Estado Civil, Escolaridade, Trabalho e Renda Mensal</i>	63
Tabela 9	<i>Caracterização dos Grupos, Idade Média, Desvio Padrão Estado Civil e Escolaridade</i>	64
Tabela 10	<i>Caracterização dos Grupos em Função do Trabalho e Renda Mensal</i>	65
Tabela 11	<i>Pontuação Máxima, Média e Desvio Padrão nos Instrumentos</i>	70
Tabela 12	<i>Pontuação dos Grupos nos Instrumentos</i>	71
Tabela 13	<i>Correlações entre os Instrumentos e Variáveis</i>	73
Tabela 14	<i>Correlações entre Grupos</i>	73
Tabela 15	<i>ANOVA post-hoc de Tukey, para BHS e Estado Civil</i>	74
Tabela 16	<i>ANOVA post-hoc de Tukey para EMVIVER e Estado Civil</i>	75
Tabela 17	<i>ANOVA post-hoc de Tukey para BHS e Escolaridade</i>	75
Tabela 18	<i>ANOVA post-hoc de Tukey para EMVIVER e Escolaridade</i>	76
Tabela 19	<i>ANOVA post-hoc de Tukey para BHS e Renda Mensal</i>	76
Tabela 20	<i>ANOVA post-hoc de Tukey para EMVIVER e Renda Mensal.</i>	77
Tabela 21	<i>ANOVA post-hoc de Tukey para BHS e Grupos.</i>	77
Tabela 22	<i>ANOVA post-hoc de Tukey para EMVIVER e Grupos</i>	79

Apresentação

Tratamento e prevenção em saúde mental foram temas de interesse do presente pesquisador, ao longo da sua trajetória clínica e como docente no ensino superior. A possibilidade de pesquisar tal assunto surgiu em 2008, ao fazer parte de uma equipe multidisciplinar, atuando em uma clínica-escola, no atendimento a pacientes (universitários) com diagnóstico de depressão, e alguns deles com comportamento de risco como ideação e tentativa de suicídio, uso de substâncias e até comportamentos delinquentes. Tal prática permitiu observar a história familiar, o distanciamento nas relações sociais, a dependência química e a desesperança na vida desses jovens em crise. Permitiu também verificar as dificuldades desses jovens em lidar com seus desejos, a falta de perspectivas e de esperança em planejamentos futuros.

Posteriormente, em 2011, com o ingresso no doutorado em Psicologia na Universidade São Francisco, surgiu a oportunidade de desenvolver estudos no Laboratório de Avaliação Psicológica em Saúde Mental (LAPSAM-III), sob a coordenação e orientação do Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista. Das linhas de pesquisas exploradas, e que motivaram este trabalho, destacam-se avaliação psicológica, tratamento e prevenção, depressão, suporte familiar e suicídio.

Portanto, o presente estudo possibilita uma análise dos indicadores de risco e de proteção, estabelecendo com esse último uma relação com a Psicologia Positiva e seus principais conceitos. Para estimar o risco de suicídio, é necessária uma avaliação tanto de indicadores de proteção quanto de risco para tais comportamentos. A prevenção passa pelo reforço dos fatores protetores e pela redução dos fatores de risco (Gonçalves, Freitas, & Sequeira, 2011). Nesse sentido, serão discutidos no presente trabalho, os indicadores de

risco apontados pela literatura, quais sejam: os transtornos mentais, indicadores clínicos e estressores associados ao suicídio, além da questão da acessibilidade aos métodos suicidas. Discutem-se, também e principalmente, os fatores protetivos, pois segundo Sánchez (2001), funcionam como uma espécie de escudo contra impulsos suicidas. Tais fatores fortalecem as estratégias de enfrentamento do sujeito, constituindo-se em condições de suporte, ajudando na diminuição da probabilidade do indivíduo engajar-se em tal comportamento (Osman et al., 2004).

Dentre os diferentes fatores protetivos discutidos, são abordadas as esferas de indicadores protetivos de Wasserman (2001), entre elas – estilos cognitivos e características de personalidade – modelo familiar – fatores culturais e sociais e – fatores ambientais. Outros fatores também discutidos incluem suporte ativo (familiares e não familiares), otimismo, atração pela vida, relacionamentos significativos, vida social, religiosidade, planos positivos para o futuro, entre outros. Nessa perspectiva, de se explorar e compreender os indicadores protetivos de comportamento de risco, o trabalho fundamenta-se na Psicologia Positiva, sendo essa, segundo Sheldon e King (2001), a ciência que estuda as forças e virtudes do indivíduo e para Seligman (2002), o estudo de sentimentos e comportamentos positivos e que tem como objetivo a felicidade humana.

Por fim, esse trabalho teve como objetivo construir um instrumento psicológico, a Escala de Motivos para Viver (EMVIVER), como possível preditora de indicadores protetivos de comportamentos de riscos, assim como buscar evidências de validade (estrutura e intera) e validade baseada na relação com outras variáveis externas.

Introdução

Atualmente, muito se tem discutido a respeito da avaliação psicológica e sua utilização em diferentes contextos. Formulações teóricas e pesquisas têm sido direcionadas para desenvolver estratégias cada dia mais eficazes para conhecer o comportamento humano, focando na medição de construtos psicológicos e avaliação de processos que permitem não apenas descrevê-los, mas situar tais comportamentos no contexto da sociedade. A área avaliação psicológica vem evoluindo no Brasil, evidenciando aprimoramento e qualificação de profissionais (Gouveia, 2009). Atualmente a avaliação psicológica está presente em diversos contextos de atuação do psicólogo, como por exemplo, escolas, hospitais, organizações, clínica, programas de saúde, no esporte, dentre outros (Tavares, 2010). Esse aprimoramento e qualificação têm levado as instituições e outros profissionais da saúde a requisitarem os serviços de avaliação aos profissionais da psicologia (Cruz, 2007).

Pasquali (2001) pontua que, ao longo dos anos, houve um crescimento da necessidade de se avaliar os domínios psicológicos de forma precisa, para que decisões adequadas fossem tomadas em vários âmbitos profissionais, e que a tecnologia nessa área tem evoluído no sentido do desenvolvimento de instrumental mais sofisticado e preciso. No que tange à definição da avaliação psicológica, para Weschler (1999), trata-se de um processo de coleta de dados com objetivo de obter maior conhecimento dos sujeitos avaliados, além de auxiliar em tomadas de decisões e intervenções. Em acréscimo, na avaliação psicológica utiliza-se de técnicas específicas, dentre essas, testes psicológicos, entrevistas e observação dos comportamentos (Weschler, 1999). Vale ainda ressaltar a importância dos aspectos éticos que norteiam o processo, ou seja, o conjunto de valores

morais que sustentam os códigos que regem a conduta humana na sociedade, visando a garantir equilíbrio nas relações sociais (Reppold, Mayer, Almeida, & Hutz, 2012).

A psicologia no campo da saúde vem se constituindo como uma das formas de se compreender o adoecimento e as maneiras pelas quais o homem pode manter-se saudável. Atualmente, a psicologia na saúde ganha espaço e importância em âmbitos multi e interdisciplinares para a compreensão dos vários fenômenos relacionados à saúde e ao adoecimento. Entre seus objetivos, destacam-se a promoção e a proteção da saúde, prevenção e tratamento de enfermidades, identificação de etiologias e disfunções associadas às doenças, bem como propor melhorias no sistema de cuidados e nas políticas públicas de saúde (Capitão, Scortegagna & Baptista, 2005).

Os testes psicológicos vêm sendo utilizados cada vez mais como medidores de depressão, ansiedade, estresse, desesperança, ideação e tentativas de suicídio. (Capitão et al., 2005). Nessa mesma direção, testes com indicadores positivos, que avaliam dimensões como virtudes, otimismo e esperança, podem se constituir em importantes preditores de fatores protetivos, contribuindo também no processo de prevenção e promoção da saúde mental. Nesse contexto, a Psicologia de orientação positiva adentra os horizontes de uma prática fundada num novo olhar sobre o sujeito, buscando a ênfase e o desenvolvimento de aspectos “virtuosos” como possibilidade de alcançar a saúde em seu sentido mais pleno, caminhando junto à promoção de saúde e instalando um diferencial em relação a práticas anteriores em psicologia (Lemos & Cavalcante, 2009).

Motivos para viver, enquanto objeto de estudo da Psicologia e de outras ciências relacionadas à saúde, têm sido concebidos como importante variável amortecedora frente a situações de estresse e ansiedade, funcionando, assim, como fator protetivo de comportamento de risco. A satisfação com a vida, as relações significativas, a existência de

um propósito para viver, se constituem também motivos para viver e são indicadores protetivos contra o suicídio (Heisel & Flett, 2004).

Evidências empíricas apontam que poucos motivos para viver podem ser um dos fatores contribuintes para o desenvolvimento de comportamentos de risco como pensamento, tentativa e suicídio consumado. Diferentes autores consideram o estudo dos motivos ou razões para se viver como uma alternativa para se investigar tais comportamentos (Linehan, Goodstein, Nielsen, & Chiles, 1983; Osman et al., 1993; 1999; Pergher, Stein, & Wainer, 2004).

A construção da Escala de Motivos para Viver (EMVIVER), proposta nessa pesquisa, busca ser um instrumento útil para o profissional da Psicologia para avaliar a presença ou a ausência de indicadores protetivos nos comportamento de risco, tais como, transtornos mentais, abuso de substâncias, comportamentos delinquentes, ideação suicida. Fatores protetivos fortalecem as estratégias de enfrentamento do sujeito, constituindo-se em condições de suporte que ajudam a diminuir a probabilidade do indivíduo engajar-se em um comportamento suicida (Sánchez, 2001). Otimismo, atração pela vida, vida social satisfatória, religiosidade e suporte social positivo podem ser considerados importantes motivos para viver (Osman et al., 2002).

Portanto, a EMVIVER pretende ser uma medida dos motivos para viver, atribuídos às pessoas, da extensão do otimismo e da esperança frente aos desafios, às perspectivas e planos para o futuro. Pensado sob um prisma positivo, esse instrumento foi desenvolvido a partir do modelo de *Reasons for Living Scale* (Escala de Razões para Viver - RFL) de Linehan et al. (1983), construída nos Estados Unidos, e traduzida para a língua portuguesa por Gomes (2013) que, por sua vez, avalia indiretamente a ideação suicida por meios de razões para se viver ou razões para não se matar. Se por um lado, a RFL avalia a ideação

por meio de razões para manter-se vivo, mais precisamente por meios de itens negativos como “medo de morrer”, “desaprovação social” e “preocupação com os filhos”, dentre outros; por outro lado, a EMVIVER avalia os motivos para viver a partir de fatores positivos como, por exemplo, o otimismo, a atração pela vida, relações significativas, dentre outros.

A RFL é uma escala que avalia indiretamente a ideação por meio de questionamentos primordialmente relativos a diferentes razões para manter-se vivo, ou seja, crenças e razões para que a pessoa não apresente comportamento autodestrutivo. Originalmente ela possui uma divisão em seis fatores, quais sejam, “crenças de sobrevivência e enfrentamento”, “responsabilidade para com a família”, “interesses relacionados às crianças (filhos)”, “medo do suicídio”, “medo da desaprovação social”, e “objeções morais” (Linehan et al., 1983).

As qualidades psicométricas da RFL foram verificadas primeiramente em sua construção, por meio de dois estudos iniciais (Linehan et al., 1983). O primeiro contou com 431 participantes, divididos em duas amostras, de 218 pessoas (96 homens e 112 mulheres) e 213 (124 homens e 89 mulheres). Foi realizada análise dos componentes principais, com rotação ortogonal *varimax*, em cada amostra. No total, foram rodadas quatro análises fatoriais, que conduziram a resultados muito similares. A partir daí, a escala foi dividida nos seis fatores supracitados. A consistência interna foi apurada pelo alfa de Cronbach, sendo encontrados valores entre 0,72 e 0,89. Posteriormente, no segundo estudo, participaram 63 homens e 112 mulheres, pacientes de um Hospital Universitário, os quais responderam, além da RFL, um Questionário de Comportamentos Suicidas (QCS). As correlações entre os fatores obtidos pelo RFL e os componentes do QCS confirmaram as evidências de validade convergente.

Uma terceira pesquisa foi realizada com objetivo de validação da escala, em uma amostra adulta composta por 205 pacientes psiquiátricos (Osman et al., 1999). Do total, 105 eram homens, com média de idade igual a 31,4 anos ($DP=7,7$), sendo que 31 deles tinham histórico de tentativa de suicídio, e 100 mulheres, com idade média igual a 32,2 anos ($DP=7,9$), sendo 44 com histórico de tentativa de suicídio. O alfa de Cronbach encontrado para a escala total foi de 0,93, enquanto os índices dos fatores variaram entre 0,77 (objeções morais) e 0,95 (crenças de sobrevivência e enfrentamento). Pela análise fatorial confirmatória, o modelo com seis fatores obteve melhor ajuste que o modelo unifatorial, com 79% da covariância explicada. Foram também verificadas as cargas fatoriais, as quais variaram entre 0,37 e 0,93, juntamente com as correlações entre os fatores, entre 0,24 e 0,57. Os resultados possibilitaram compreender que a RFL trata-se de um instrumento que avalia indiretamente a ideação suicida, utilizando-se também de itens negativos como desaprovação social e medo de morrer.

Portanto, a RFL apresenta-se como uma solução metodológica referente à avaliação de comportamento de risco, especificamente à ideação suicida, primeiramente, por ser auto administrada, não é necessário que a pessoa verbalize suas opiniões, e em segundo lugar, por apresentar itens aos quais é requisitado que sejam feitas reflexões sobre os motivos para se estar vivo, já que sua mensuração da ideação suicida é de forma indireta (Linehan et al., 1993; Osman et al., 1993; Osman et al., 1999).

Nesse cenário descrito, o trabalho aqui exposto apresenta a construção da Escala de Motivos para Viver (EMVIVER) e os estudos de suas qualidades psicométricas. Estratégias de proteção podem e devem ser utilizadas para combater e prevenir comportamentos de riscos. Construção de instrumentos psicológicos que objetivam detectar indicadores protetivos aliados na prevenção e promoção da saúde mental.

A seguir, são discutidos os indicadores protetivos e de risco para o suicídio. Os conceitos de Psicologia Positiva são apresentados e analisados como estratégia de fortalecimento dos indicadores protetivos. Posteriormente, serão descritos os métodos dessa pesquisa, seguidos dos resultados e discussão

Importante apontar que o trabalho foi dividido em três estudos. O Estudo 1 tratou da construção dos itens da EMVIVER baseados nas categorias elaboradas por meio da literatura científica, bem como da análise qualitativa dos mesmos. O Estudo 2 foi direcionado para as análises quantitativas, ou seja, foram realizadas as análises psicométricas preliminares da escala. Por fim, o Estudo 3 buscou evidências de validade baseada nas relações com outras variáveis.

Capítulo 1 - Suicídio: indicadores de risco e de proteção

A palavra suicídio vem da expressão latina “*suicaedere*”, que significa matar-se, e foi utilizada pela primeira vez em 1717 por Desfontaines. Por vezes designado como morte voluntária, morte intencional ou morte auto infligida, na língua portuguesa esta palavra significa o ato deliberado pelo qual um indivíduo possui a intenção e provoca a própria morte (Minois, 1995). Tal fenômeno é classificado pelo Código Internacional das Doenças (CID-10) como um óbito derivado de “lesões autoprovocadas intencionalmente” por diversos métodos, morte violenta por causas externas, ou seja, não decorrente de doença (OMS, 1993). O suicídio relaciona-se etiológicamente com uma gama de fatores, que vão desde os de natureza sociológica, econômica, política, religiosa, cultural, passando pelos psicológicos e psicopatológicos, até os genéticos e biológicos (Roy, 1999). Para Kaplan, Sadock, e Grebb (1997), constitui-se em um escape de um problema ou crise que provoca intenso sofrimento, associando-se com necessidades frustradas ou insatisfeitas, sentimentos de desesperança e desamparo, conflitos ambivalentes entre um estresse insuportável e a sobrevivência, envolvendo um estreitamento das opções percebidas e uma necessidade de fuga.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006) classifica esse fenômeno em quatro níveis: baixo (quando ocorre em menos de cinco habitantes em 100 mil); médio (de 5 a 15); alto (de 15 a 30); e muito alto (acima de 30 por 100 mil). Os principais fatores de risco para suicídio são doenças e transtornos mentais; uso de determinados medicamentos, drogas, álcool e intoxicações; padecimento de doenças terminais e degenerativas, problemas socioambientais, microssociais, sociais e influência da mídia (Minayo, Pinto, Assis, Cavalcanti, & Mangas, 2012)

Dados epidemiológicos mundiais indicam que os comportamentos suicidas constituem um importante problema de saúde pública. Estima-se que quase 3 mil pessoas cometam suicídios todos os dias no mundo, sendo um a cada 40 segundos. De acordo com previsões da Organização Mundial da Saúde (2001), em 2020, aproximadamente 1,53 milhão de pessoas no mundo morrerão por suicídio e um número de 10 a 20 vezes maior de pessoas tentarão cometer o suicídio. Isso representa uma morte por a cada 20 segundos e uma tentativa de suicídio a cada 1 a 2 segundos (Bahls & Botega, 2007; Fensterseifer & Werlang, 2003; Prieto, 2007).

Vários estudos nacionais (Baptista, 2004; Borges & Werlang, 2006; Botega, Barros, Oliveira, Dalgalarondo, & Marín-León, 2005; Montenegro, 2005; Prieto, 2007; Sampaio, 2000; Saraiva, 2006; Tavares, 2000; Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2005) e internacionais (Schmitt, 2001; Wasserman, 2001) demonstram que o suicídio é um fenômeno complexo e universal, que atingiu e atinge todas as culturas, classes sociais e idades e possui uma etiologia multifatorial, englobando fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais.

De acordo com Shneidman (1985), o suicídio ocorre em todas as culturas, variando, contudo, o aspecto valorativo dispensado a tal fenômeno. A cultura pode respaldar a autoagressão, como se observa, entre outras situações, por exemplo, no *sati*, na Índia, em que viúvas hindus se matam diante da pira funerária do marido para honrarem sua família e o falecido (Desjarlais, 1997).

Alguns países apresentam índice alto de suicídio, como o Sri Lanka que tem a taxa mais alta do mundo, o que tem sido correlacionado à sua história recente de violência política e social (Oliveira & Neto, 2003). No Japão ocorreu uma elevação significativa dos casos no pós-guerra, que ainda permanecem relativamente frequentes. Há um contexto de

aprovação cultural do suicídio ritual (o *seppuku*, conhecido no ocidente como *harakiri*), que possibilita a restauração da honra pessoal e familiar em resposta ao sofrimento de uma humilhação (Tatai & Tatai, 1991).

A intenção de morrer é o elemento chave que guarda referência direta com violência e agressividade. Por isso, o suicídio é categorizado como "causa externa" na Classificação Internacional de Doenças (CID), rubrica em que se incluem as formas de violências e acidentes (Minayo et al., 2012). As causas externas (acidentes e violências) são apontadas pelas estatísticas como a terceira causa de morte no Brasil, ocasionando um impacto que pode ser medido por meio de sua repercussão econômica, social e emocional, além do reflexo na expectativa de vida (Martins, 2013).

De acordo com a *American Psychiatric Association* (APA, 2003), para se estimar ou mensurar o risco do comportamento suicida é necessária uma abrangente avaliação que abarque tanto indicadores de proteção quanto de risco relacionados a este comportamento. O modelo integrativo e explicativo destes indicadores possibilita uma compreensão mais ampla sobre os vários aspectos que estão colaborando para o processo suicida (Sánchez, 2001).

O comportamento suicida abrange todo e qualquer ato pelo qual um indivíduo causa uma lesão a si próprio, independentemente do grau de intenção letal e conhecimento do verdadeiro motivo desse ato. Ideação suicida, tentativa de suicídio, para-suicídio e suicídio consumado são formas distintas desse fenômeno (Moreira et al., 2008). Para Gil e Saraiva (2006), o termo “para-suicídio” é usado para designar uma tentativa de suicídio em que a verdadeira intenção não é pôr fim a vida; enquanto o termo “tentativa de suicídio” é entendido como ato levado a cabo, com finalidade de acabar com a vida, mesmo que, por alguma razão, esse objetivo não seja atingido.

Na literatura específica da Suicidologia, frequentemente, o comportamento suicida inclui três categorias: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. Alguns estudos clínicos e epidemiológicos sugerem a presença de possível gradiente de severidade e de heterogeneidade entre essas diferentes categorias. Situa-se num dos extremos a ideação suicida (pensamentos, ideias, planejamento e desejo de se matar) e em outro, o suicídio consumado, com a tentativa de suicídio entre eles (Werlang et al., 2005).

Concepções suicidas e a própria tentativa, constituem-se como indicadores de risco ao ato suicida (Prieto & Tavares, 2005). Porém, a maior parte dos indivíduos que tentam se matar ou que apresentam estas concepções não irá de fato morrer por suicídio; o que define a dificuldade relacionada à predição deste fenômeno, mesmo em grupos de risco (Prieto, 2007).

Além do crescente aumento de mortes por suicídio, as tentativas são ainda mais prevalentes. Estima-se que estas sejam cerca de 20 vezes mais frequentes na população geral (Blackmore et al., 2008; Cutcliffe, 2013). Resultados do *National Comorbidity Survey* (NCS) indicam que cerca de 5% da população geral norte americana tentou o suicídio em algum momento da vida. De modo similar, tentativas de suicídio estão associadas a significativas morbidades e constituem um preditor maior de suicídio posterior (Diaconu & Turecki, 2008; WHO, 2008).

Neste contexto, o profissional de saúde mental deve se preocupar com o aprimoramento de seus recursos para melhor inferir acerca do risco de suicídio por meio de avaliações de indicadores clínicos de proteção e de risco, tendo como objetivo principal manejar a crise suicida, dando maior ênfase aos aspectos que possam ser modificados em uma intervenção terapêutica (Prieto, 2007). Tendo como finalidade o tratamento do comportamento suicida, deve-se buscar abrandar os indicadores de risco e reforçar os

protetivos. Futuras pesquisas poderão vir a elucidar melhor o efeito desses indicadores ocorrendo simultaneamente, como também à contribuição relativa dos mesmos para o risco suicida (APA, 2003).

1.1 Indicadores de risco

Risco é um conceito da epidemiologia moderna e refere-se à probabilidade da ocorrência de algum evento indesejável. Os fatores de risco são elementos com grande probabilidade de desencadear ou associar-se ao desenvolvimento de um acontecimento negativo. Já os fatores de proteção são recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto do risco (Benincasa & Rezende, 2006).

Para Sánchez (2001), são considerados fatores de risco para suicídio, condições que levam o indivíduo a desenvolver atitudes geradoras para tal fenômeno. Esse comportamento surge quando uma pessoa se depara com diversas situações geradoras de grande estresse e ansiedade, sentindo-se incapaz para lidar com as mesmas. Tais comportamentos são mais comuns em certas circunstâncias, devido a fatores culturais, genéticos, psicossociais e ambientais. Wasserman (2001) pontua que o sujeito pode apresentar um potencial que o induz ao comportamento suicida e/ou pode adquirir essa propensão em função do estresse a que é submetido. O estresse pode ser causado por condições que envolvem problemas de relacionamento, violência e trauma psíquico, pobreza, desemprego, problemas sociais, dor, doença física, doença mental, uso abusivo de álcool ou de outras drogas (Prieto, 2007). De acordo com Wasserman (2001), os antecipadores do ato suicida incluem experiências como separação, perda e conflitos em relacionamentos; problemas financeiros; dano narcísico (desilusões dos desejos não

realizáveis); exacerbação de quadros patológicos; eventos de vida adversos; assédio e intimidação.

Os indicadores de potencial crise suicida se dividem em observáveis e não observáveis. A maior parte dos atos suicidas é precedida por um processo de variação de níveis, em que a dinâmica é altamente individual (Tavares, 2010). Tais sentimentos podem intensificar-se de tal forma que passam a caracterizar a ideação suicida (ideias e vontade de morrer). O risco de suicídio pode diminuir ou desaparecer aos poucos em função das estratégias utilizadas pelo indivíduo para fazer frente aos problemas que aumentam o seu sofrimento. Ajuda psicológica e tratamento psiquiátrico também podem contribuir para a diminuição desse fenômeno (Blumenthal, 1990).

Portanto, problemas que afetam relacionamentos significativos como família e amigos; pouca atração pela vida; ausência de estratégias de enfrentamento e vida espiritual pobre podem se constituir em aspectos relevantes para avaliação do risco de suicídio. A compreensão da situação psicossocial do indivíduo é importante para ajudá-lo a mobilizar os suportes emocionais externos que possam ter um efeito protetor contra o suicídio (APA, 2003).

Tavares (2000) reforça a importância de se avaliar a presença dos seguintes indicadores, existência de história passada de tentativa de suicídio; grau de intenção suicida, frequência dos pensamentos suicidas; letalidade do método escolhido e acessibilidade ao mesmo; presença de suporte social/familiar; existência de história familiar de suicídio e depressão. A seguir são apresentados fatores referidos na literatura com associação positiva em relação aos comportamentos de risco suicida.

Presença de transtornos mentais - Dados da OMS mostram que as doenças psiquiátricas estão associadas a mais de 90% dos casos de suicídio, destacando os

transtornos do humor, a esquizofrenia, os transtornos da personalidade e os transtornos relacionados com o consumo de substâncias. Mostra, também, que, entre os jovens que apresentam comportamentos de riscos, há incidência significativa de transtornos da personalidade, sendo os mais frequentes, o transtorno da personalidade emocionalmente instável do tipo *borderline* ou limítrofe e o transtorno da personalidade antissocial (OMS, 2002). Ainda sobre a presença de transtornos mentais com associação positiva aos comportamentos de risco suicida, um estudo de metanálise, realizado por Bertolote, Fleischmann, De Leo, e Wassermann (2004), revelou que mais de 90% das pessoas com comportamentos suicidas apresentam transtornos do humor (30,2%), transtornos relacionados com o consumo de substâncias (17,6%), esquizofrenia (14,1%) e transtornos da personalidade (13%).

Pesquisas como as de Heisel e Flett (2004), além de destacarem os quadros de transtornos mentais relacionados com comportamentos suicidários nos jovens, apontam também os indicadores próprios desses quadros (desespero, pensamentos negativos, baixo autoconceito, insônia, concentração diminuída, impulsividade, agressividade, anedonia, sentimento de culpa, perfeccionismo, poucas razões para viver), que são frequentemente encontrados na população jovem com comportamento suicida (Gonçalves et al., 2011).

Ideação suicida - É um dos principais preditores de risco suicida, sendo utilizada em muitas pesquisas para estimar a presença de um processo suicida (Prieto & Tavares, 2005). Alguns estudos associam ideação suicida ao risco de tentativas de suicídio e estima-se que 60% dos indivíduos que se suicidam tinham, previamente, ideação suicida (Fawcett, Clark, & Bush, 1993). A gravidade e a duração dos pensamentos suicidas correlacionam-se com a probabilidade de tentativa de suicídio, que é, por sua vez, o principal fator de risco para suicídio. Estudos epidemiológicos demonstraram associação entre ideação e tentativas

de suicídio. Pirkis, Burgess e Dunt (2000) na Austrália, investigaram uma amostra de 10.641 sujeitos, 16% dos quais tinham tido ideação suicida ao longo da vida. Nesse subgrupo, 12% tentou suicídio num período de um ano de seguimento. Em Baltimore, nos Estados Unidos, Kuo, Gallo, e Tien (2001), com intuito de compreender aspectos relacionados ao surgimento da ideação, realizaram um estudo de coorte prospectivo de 3.481 sujeitos, encontrando uma incidência de 10% de tentativas de suicídio em pessoas que, na entrevista de base, 13 anos antes, relataram ideação suicida comparada com 1,6% de incidência de tentativas para pessoas que não relataram ideação.

Pessoas podem ocultar pensamentos suicidas por várias razões, como motivações religiosas, culturais, entre outras. A negação ou encobrimento de ideações suicidas é um problema que se coloca para a pesquisa nesta área (APA, 2003).

História de tentativas de suicídio – Tentativas de suicídio anteriores aumentam o risco. Os fatores mais importantes incluem a ideação persistente sobre o fazer-se mal e planos definidos e preparação para cometer tal comportamento. O risco pode ser mais elevado quanto mais séria e recente foi a tentativa. O perigo de consumir o suicídio é geralmente muito intenso no primeiro ano após a tentativa, principalmente, nos primeiros três meses (APA, 2003).

Desesperança e falta de projetos de vida - são importantes indicadores de risco e mostram elevada associação com comportamentos suicidários (APA, 2003). A desesperança pode ser traduzida como distorção cognitiva caracterizada pela percepção de ausência de controle pessoal sobre acontecimentos futuros, denotando uma percepção de si mesmo como incapaz de resolver os problemas. Essa forma de percepção mostra-se altamente associada com autocrítica excessiva e negativamente correlacionada com a autoestima e autoconceito (Heisel & Flett, 2004). A desesperança é assim encarada como o

grau em que um sujeito é pessimista relativamente ao seu futuro. Este conceito ocorre com o intuito de mediar a relação entre depressão e comportamento suicida (O'Connor, Connery, & Cheyne, 2000).

Para Abramson, Metalsky, e Alloy (1989), a desesperança é um conceito associado a transtornos de internalização. Para o autor, embora não haja desordem mental específica compatível a este conceito, tem sido associado a características fundamentais da depressão. Pesquisas reportam que a desesperança é um poderoso preditor de ideação suicida, principalmente, na adolescência (Beck, Steer, Kovacs, & Garrison, 1985).

O estudo realizado por Borges, Werlang, e Paranhos (2004), teve como objetivo identificar a presença de ideação suicida em 526 adolescentes da cidade de Porto Alegre RS. Dentre os instrumentos utilizados, a Escala de Desesperança de Beck (BHS) teve a finalidade de caracterizar os adolescentes com e sem ideação suicida; a intensidade de depressão/desesperança; bem como identificar, nos adolescentes com ideação suicida, o nível de associação entre ideação e depressão/desesperança e identificar, e quais variáveis poderiam estar associadas à ideação suicida. Os resultados demonstraram que 36% apresentaram ideação suicida. Destes, 36% apresentaram sintomas de depressão e 28,6% de desesperança (moderada e/ou grave). As variáveis mais associadas à ideação suicida foram: sexo feminino, tentativa de suicídio de amigos, depressão e desesperança.

Em outro estudo realizado por Souza et al., (2009) com o objetivo de avaliar a presença de ideação suicida, sintomas depressivos e desesperança entre estudantes da área de saúde, avaliou alunos de medicina, matriculados na Faculdade de Medicina da Fundação do ABC, durante 2006 e 2007, comparados com os alunos matriculados nos cursos de enfermagem e farmácia da mesma Faculdade. Dentre os instrumentos utilizados, também contou-se com a Escala de Desesperança de Beck. Os resultados do estudo apontaram taxas

de gravidade significativamente elevadas em desesperança entre os estudantes de medicina em comparação com os alunos de enfermagem e farmácia.

Com a finalidade de medir o nível de qualidade de vida e desesperança, Aragão, Milagres, e Figlie (2009), realizaram um estudo em um grupo de 56 mulheres residentes na periferia de São Paulo, atendidas em um centro de intervenção e apoio, que convivem com dependente químico em seus lares. A Escala de Desesperança de Beck (BHS) foi utilizada, sendo notado, por meio dos dados, que a maioria dos familiares possuía nível de desesperança satisfatório, porém o grupo com desesperança moderada/grave despertou preocupações e demonstrou a necessidade de intervenção, principalmente, quando os dados analisados mostravam a presença de transtornos psiquiátricos.

Também utilizando a BHS, Oliveira, Santos, Cruvinel, e Néri (2006) buscaram explorar a relação entre ansiedade, depressão e desesperança em um grupo de 79 idosos, provenientes do centro da terceira idade de um posto de retirada de medicamentos e de uma instituição asilar da cidade de Maringá – PR. Os resultados do estudo evidenciaram relação estatisticamente significativa entre ansiedade, depressão e desesperança nos idosos. O grupo de asilares apresentou uma maior incidência de sintomas ansiosos, depressivos e de desesperança, em relação aos outros dois grupos.

Quadros ansiosos - Pesquisas como a de Bertolote et al. (2004) mostram que a severidade de sintomas ansiosos (sentimentos de medo, preocupações exageradas, ataques de pânico, agitação, raiva e frustração) aumenta o risco suicida.

Acontecimentos de vida negativos - Pesquisas efetuadas com adolescentes e adultos jovens com comportamentos suicidários mostram uma elevada incidência de experiências adversas durante o seu desenvolvimento emocional. A vivência de acontecimentos negativos na infância tem sido associada a múltiplos problemas

psicológicos na idade adulta, tais como, a ideação e conduta suicidas (Gonçalves et al., 2011). A presença de uma situação traumática pode fomentar o risco de suicídio, comprometendo a capacidade para agir e as cognições (Wasserman, 2001).

Os adolescentes suicidas vivenciaram um maior número de acontecimentos negativos recentes, como problemas disciplinares ligados à escola, perdas interpessoais significativas, ruptura de relações amorosas, separação dos pais e gravidez precoce, entre adolescentes do sexo feminino (Freitas & Botega, 2002).

Suporte familiar e social – Estudos, como de Baptista e Cardoso (2010), têm revelado ausência ou fraco suporte social e familiar entre os indivíduos com comportamento suicida. Pessoas que demonstram conflitos em relacionamento significativos, ou ausências desses relacionamentos, revelam maior probabilidade de apresentar comportamento suicida. Ao contrário, pessoas que vivem com um companheiro, têm rede de amigos ou outro tipo de vinculação social, revelam menor probabilidade de apresentar tal comportamento. Há indícios de que o isolamento social, físico e psicológico constitui-se como indicador de risco, independente de outras circunstâncias (Wasserman, 2001).

Estresse – As pessoas que vivenciam altos níveis de estresse são sobrecarregadas por ansiedade, raiva, desesperança, associados a reações psíquicas intensas. Repetidas e duradouras situações de estresse tornam as pessoas mais susceptíveis, prejudicando a habilidade para lidar com as situações adversas da vida. Quando o ambiente é percebido como excessivamente estressante, a pressão é grande, levando ao aumento da ansiedade, ao sentimento de desesperança, podendo surgir uma ideação suicida severa e culminar no suicídio (OMS, 2001).

Disponibilidade do método suicida - Há evidências de que a decisão de atentar contra a própria vida, em muitos casos, é tomada pouco tempo antes de o ato ser perpetrado, principalmente, na população mais jovem, denotando elevada impulsividade. Esse aspecto sugere o efeito protetor da restrição do acesso a métodos letais entre populações com risco. A incidência de suicídio é maior quando, por exemplo, o acesso a uma arma de fogo está facilitado, sendo este um dos métodos mais escolhidos em tal contexto (Prieto & Tavares, 2005).

1.2 Indicadores protetivos

Fatores protetivos são considerados isoladores e agem como escudo, pois diminuem a probabilidade de comportamento suicida. Para Sánchez (2001), tais fatores agem como força contrária aos impulsos suicidas e fortalecem as estratégias no enfrentamento dos problemas. Geralmente estão ligados a relacionamentos significativos com familiares e amigos; envolvimento na comunidade; uma vida social satisfatória; integração social como, por exemplo, através do trabalho e do uso construtivo do tempo de lazer; crenças religiosas, culturais e étnicas; virtudes, espiritualidade, esperança, satisfação com a vida e planos para o futuro (Osman et al., 2004).

A presença de fatores de proteção pode diminuir a incidência do risco por meio do fortalecimento de estratégias de enfrentamento da pessoa. A presença de pessoas significativas que possam oferecer condições de suporte, recursos e ajuda afetiva para o enfrentamento de uma crise reduz o risco de suicídio. Já as condições de isolamento social e de relações frustrantes ou disfuncionais podem aumentar a probabilidade de um comportamento de risco (Botega et al., 2005; Fremouw, Perczel, & Ellis, 1990;).

Possuem funções protetivas a presença de fatores relacionados a atividades e condições ambientais, sociais e internas favoráveis, tais como: emprego, esporte, crianças em casa, senso de responsabilidade para com a família, gravidez, participação em grupos comunitários, políticos ou religiosos, satisfação com a vida, teste de realidade preservado, capacidade adaptativa, capacidade de resolver problemas, apoio social e terapêutico positivo e história de vida que tenha propiciado a internalização de valores e suporte emocional adequado (Kutcher & Chehil, 2007; Tavares, Montenegro, & Prieto, 2004).

O suporte social se constitui em importante fator protetivo, podendo ter efeito protetivo direto ou, pelo menos, amenizando os efeitos da desesperança ou da depressão no comportamento suicida (Reifman & Windle, 1995). Relacionamentos de confiança e suporte familiar afetivo e social ajudam no crescimento sócioemocional e no desenvolvimento da autoestima e da sensação de bem-estar geral. Pertencer e compartilhar recursos de uma rede social ou comunidade evita atitudes egoístas e excessivamente autocentradas, prevenindo comportamentos de risco, principalmente, entre os jovens (King et al., 2001; Reifman & Windle, 1995).

Os atos suicidas ocorrem quando os riscos estão presentes e os indicadores protetivos estão ausentes (Wasserman, 2001). A mesma autora propõe quatro esferas de indicadores protetivos, sendo:

Estilos cognitivos e características de personalidade - Incluem autoconfiança, capacidade para procurar ajuda perante as dificuldades, abertura para experiências e soluções de outras pessoas; abertura para aprender; habilidade para comunicar.

Modelo familiar - Bom suporte familiar e padrões de vinculação seguros são protetores contra o suicídio. Incluem-se, também, os relacionamentos importantes e significativos com familiares e amigos.

Fatores culturais e sociais – Adoção, adição de valores e tradições culturais específicos; boas relações com amigos, colegas e vizinhos; integração social, como participação em atividades desportivas, religiosas e sociais. Virtudes como humanidade (generosidade e bondade), capacidade de amar e ser amado; transcendência que inclui espiritualidade, esperança e senso de justiça e cidadania.

Fatores ambientais – Alimentação equilibrada, bom sono, luz solar e ambiente sem drogas, uso construtivo do tempo de lazer. Estratégias de *coping*, estratégias eficazes na gestão do tempo e das pressões do estresse; flexibilidade cognitiva, habilidade para lidar com os problemas, capacidade de encontrar soluções alternativas e existência de um projeto de vida com objetivos realistas também apresentam correlação negativa com o risco suicida.

A autoestima e autoeficácia aumentam a probabilidade de que as estratégias de enfrentamento sejam bem sucedidas, enquanto o desamparo aumenta a probabilidade de que uma adversidade seja seguida por outra (Rutter, 1985). A satisfação com a vida e a existência de um propósito para viver também se constituem como indicadores protetivos contra o suicídio (Heisel & Flett, 2004). A *American Psychiatric Association* (APA, 2003) também aponta como indicadores de proteção, a satisfação com a vida, a religiosidade, as habilidades para solucionar problemas, o suporte social positivo e a relação terapêutica positiva.

Alguns exemplos de fatores protetivos para o suicídio incluem um suporte ativo por outros significativos (familiares e não familiares), otimismo, atração pela vida, vida social satisfatória, o uso construtivo do tempo de lazer, religiosidade, planos positivos para o futuro, estratégias efetivas de resolução de problemas (Osman et al., 2002; Sánchez, 2001).

Os principais indicadores protetivos e de risco para comportamento suicida já discutidos nesse trabalho estão apresentados a seguir na Tabela 1.

Tabela 1
Indicadores Protetivos e de Risco

	Fatores de risco		Fatores de proteção
<i>Transtornos mentais</i>	O histórico de sintomas de transtornos do eixo I ou II é um preponderante indicador de risco. Transtornos mentais associam-se à maioria dos casos de suicídio sendo esta porcentagem de 90%. Dentre estes destacam-se transtornos do humor, esquizofrenia, transtornos da personalidade e entre os mais frequentes estão os transtornos relacionados às substâncias (Prieto & Tavares, 2007; WHO, 1999;).	<i>Estilos de vida e características da personalidade</i>	Diz respeito as dimensões de um indivíduo que estão relacionadas aos aspectos pessoais que dizem respeito ao valor pessoal; confiança em si mesmo e em suas próprias realizações; ser capaz de procurar por auxílio quando as dificuldades aparecem; ter capacidade de procurar conselho quando importantes decisões devem serem tomadas; abertura para experiências e soluções de outras pessoas; abertura para aprender; habilidade para comunicar-se (Wasserman, 2001).
<i>Indicadores clínicos</i>	Estudos não apenas destacam os quadros clínicos psiquiátricos associados ao suicídio como também os indicadores destes quadros. A Depressão, desesperança, pensamentos negativos ou percepções sobre eventos estressores são indicadores clínicos que revelam elevada associação com aumento do risco do comportamento suicida (Hall, Platt, & Hall, 1999; Osman et al., 2002;)	<i>Suporte social e familiar</i>	Ter boas relações familiares e bom suporte familiar são protetivos contra o suicídio. Verifica-se elevada incidência de problemas de saúde mental entre os familiares de pessoas com comportamento suicida (Wasserman, 2001)
<i>Eventos estressores</i>	Estudos com adolescentes e jovens adultos detectaram presença de eventos estressores na história de vida destes que tentam ou cometem suicídio, apontando para uma persistente incidência de experiências adversas no desenvolvimento emocional de tais sujeitos (Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1999; Prieto & Tavares, 2005)	<i>Fatores culturais e sociais</i>	De uma forma geral ter uma aceitação de valores e tradições culturais específicos; boas relações com amigos, colegas e vizinhos; integração social, como participação em atividades desportivas, religiosas e sociais (Wasserman, 2001).
<i>Eventos da vida</i>	Estudos apontam que há vida de um indivíduo contem fatores predisponentes que admitem compreender a motivação ou razões psicológicas que levam ao suicídio. Mudanças frequentes em aspectos importantes da vida podem comprometer a capacidade de enfrentamento, principalmente quando ocorrem nos períodos iniciais de desenvolvimento correspondentes à infância e à adolescência, elevando o risco de suicídio (Werlang & Botega, 2004).	<i>Fatores ambientais</i>	De uma forma geral ter uma aceitação de valores e tradições culturais específicos; boas relações com amigos, colegas e vizinhos; integração social, como participação em atividades desportivas, religiosas e sociais (Wasserman, 2001).
<i>Disponibilidade do método suicida</i>	Métodos letais entre populações de risco como armas de fogo, altos edifícios, garagem privativas e o aumento do acesso a esses diferentes meios, mostra-se associado ao crescimento na taxa final do suicídio (Prieto, 2007).	<i>Suporte ativo por outro significativo</i>	Fatores relacionados aos aspectos ambientais que podem influenciar e serem associados como protetivos são: uma boa dieta, bom sono, luz solar e ambiente sem drogas (Wasserman, 2001).

A seguir, é apresentada uma revisão de literatura com o enfoque nos aspectos positivos da vida. Contribuições de Seligman e de alguns pesquisadores sobre o tema são apresentadas para possibilitar a reflexão crítica sobre diversas variáveis, como bem-estar e satisfação, virtudes, esperança e otimismo a partir do referencial da Psicologia Positiva e seus aspectos relacionados à saúde, como preditores importantes na prevenção de comportamentos de risco.

Capítulo 2 – Psicologia Positiva

Avanços em estudos e pesquisas marcaram profundamente o século XX na erradicação, tratamento e prevenção de distúrbios, doenças e acidentes. Este foco pautou investigações, como também as intervenções de serviços e políticas públicas (Polleto & Seibel, 2013). Dessa forma, verificava-se um interesse maior pela prevenção dos resultados negativos sobre o desenvolvimento humano (Moore & Keys, 2003).

Em meados do século XX, os psicólogos aprenderam muito sobre depressão, racismo, violência, irracionalidade, gerenciamento da autoestima e sobre o crescimento diante de adversidades. Entretanto, o mesmo não pode ser dito em relação às capacidades e virtudes humanas, ao desenvolvimento de potencialidades e à ênfase em aspectos positivos da vida (Gable & Haidt, 2005). O direcionamento da Psicologia e de outras áreas da saúde para essa tendência ocorreu pelos seguintes motivos: antes da Segunda Guerra Mundial, a Psicologia possuía as funções de curar doenças mentais, tornar a vida das pessoas mais produtiva e feliz e identificar e criar talentos (Seligman, 2002). Em decorrência da guerra, a Psicologia passou a se preocupar com os que sofreram com a guerra e na correção dos danos mentais.

Muitos estudos e pesquisas voltados para a Psicologia Positiva criticam e, muitas vezes, responsabilizam a Psicologia pelo foco no negativo, na doença, no desvio e na psicopatologia. Entretanto, como todo percurso da ciência, seu entendimento agrega valor e clareza ao compreendê-lo de maneira contextualizada. Embora seja de conhecimento que houve um recrutamento em massa para o estudo dos aspectos negativos, havia a necessidade da compreensão e do desenvolvimento de técnicas e tratamentos para famílias, grupos e indivíduos em sofrimento (Poletto & Seibel, 2013).

Gable e Haidt (2005) observam que a Psicologia Positiva não estaria adotando uma postura ingênua e que nem as demais áreas da Psicologia seriam negativas. Sugerem reconhecer que há um desequilíbrio nos focos de estudos, atualmente limitados aos aspectos negativos. Os autores acreditam haver uma possibilidade de estudar conjuntamente tanto as condições negativas como as positivas, ou seja, uma compreensão mais total da vida do ser humano. Nesse sentido, é necessário perceber o sujeito como um todo e como este se encontra com todos os seus componentes, positivos e negativos. É possível pensar que a preocupação com a ênfase na doença possibilitou avanços em pesquisas para a intervenção e tratamento do sofrimento humano, porém faz-se necessária a integração das perspectivas, ou seja, vislumbrar e promover seu desenvolvimento saudável e seu potencial.

A discussão acerca dos fatores de proteção da saúde na Psicologia teve seu início com Martin Seligman, em 1998. Em janeiro de 2000, Seligman e Csikszentmihalyi editaram um número especial da Revista da Associação Americana de Psicologia (*American Psychologist*). Nele, publicaram e organizaram artigos que mencionavam conceitos centrais de uma nova área na Psicologia, denominada Psicologia Positiva. Entre os temas trabalhados encontram-se esperança, criatividade, felicidade, sabedoria, espiritualidade, entre outros (Silva, 2006). Porém, historicamente, conforme destacam Giacomoni (2004) e Graziano (2005), a Psicologia apresentou as suas primeiras pesquisas em relação à perspectiva positiva em alguns estudos, dentre eles, o de Carl Gustav Jung sobre a preocupação com o sentido da vida e os da Psicologia humanista, na década de 1960, que tem como um dos seus principais pensadores Carl Rogers e Abraham Maslow. Ainda em 1954, Maslow escreveu um capítulo intitulado *Toward a Positive Psychology*, no livro *Motivação e Personalidade* (Snyder & Lopez, 2009).

Em relação às contribuições da Psicologia positiva para a clínica psicológica, Seligman e Peterson (2003) destacam aspectos relacionados à resiliência e às forças no desenvolvimento humano, como sendo sabedoria e conhecimento, coragem, amor, justiça e transcendência. Salientam também a importância na ênfase da prevenção no processo de psicoterapia como, por exemplo, a atenção à conotação otimista como forma de prevenir a depressão e a ansiedade em crianças e adultos. A prática da Psicologia positiva transcende o sistema de saúde vigente; propõe estimular o desenvolvimento das forças positivas inerentes à pessoa e sugere o investimento em intervenções nesse enfoque (Calvetti, Muller, & Nunes, 2007). Dentre as variáveis positivas, tem-se estudado, recentemente, o otimismo, a espiritualidade, a criatividade e a imagem corporal, que têm sido associados ao bem-estar e à qualidade de vida de pessoas doentes e não-doentes e também a seus cuidadores (Silva, 2006).

A Psicologia Positiva tem direcionado também seu enfoque para fatores relacionados a potencialidade das pessoas, explorando, assim, os aspectos sadios do ser humano. Conforme Yunes (2003), a resiliência tem tido destaque por estar relacionada a processos que buscam compreender a superação de adversidades. O autor também salienta a necessidade do avanço nas pesquisas relacionadas ao tema quanto aos aspectos de saúde.

A partir da compreensão da interação da pessoa com o ambiente, é possível ampliar o entendimento dos fatores de risco e de proteção envolvidos no processo saúde doença. Como visto anteriormente, os fatores de risco estão relacionados aos eventos negativos que aumentam a probabilidade de a pessoa apresentar problemas físicos, psicológicos e sociais. Os fatores de proteção se referem às influências que transformam ou melhoram respostas pessoais. Morais e Koller (2004) discutem a resiliência como variável de proteção à saúde. As autoras afirmam que houve um avanço em pesquisas sobre prevenção sob uma

perspectiva da construção de aspectos positivos, que incluem resiliência, bem-estar subjetivo, otimismo, felicidade, autodeterminação, esperança, criatividade, habilidades interpessoais e fé (Calvetti et al., 2007).

Seligman e Csikszentmihalyi (2000) destacam que a Psicologia Positiva trouxe para este novo século, importantes contribuições para o entendimento científico e para intervenções em indivíduos, famílias e comunidades. Entendem, ainda, que essa área não é um novo conceito, mas que sugere um redirecionamento do enfoque das pesquisas e intervenções para os aspectos sadios do desenvolvimento. Para os autores, a Psicologia não deve se ater apenas ao estudo da doença, da fraqueza e das perdas; semelhante atenção deve ser dada ao estudo de forças e virtudes humanas. Concluem que o tratamento psicológico não envolve apenas um reparo de algo que está doente, mas o cultivo do que há de melhor em cada indivíduo.

O termo Psicologia Positiva foi adotado por Martin Seligman para fundar uma linha psicológica que se aprofundasse no “conhecimento do que faz com que a vida valha a pena” (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Esta área de atuação se estrutura a partir de três eixos principais: emoções e afetos positivos, forças pessoais e instituições positivas (Snyder & Lopez, 2009). Eixos esses que serão discutidos a seguir.

Emoções e afetos positivos - No livro Positividade, de Barbara Fredrickson (2009), a pesquisadora esclarece que o termo positividade é usado para designar um conjunto de emoções positivas, incluindo também as intenções positivas e as atitudes otimistas que geram essa emoções, além do impacto de longa duração que estas emoções provocam na vida das pessoas. A autora afirma que desenvolver a positividade não significa negar os problemas, ou não se preocupar com as dificuldades, mas ao contrário disso, positividade é

tomar frente às emoções positivas apesar do que é preciso enfrentar no dia-a-dia. Nesse sentido, a positividade amplia o horizonte de possibilidades frente a cada situação.

Uma emoção positiva, como gratidão ou amor, também provoca mudanças no organismo. Os hormônios do *estresse* diminuem e, por isso, o sistema imunológico, que defende o corpo contra vírus e bactérias, torna-se mais potente. Em contrapartida, hormônios e substâncias que provocam prazer são mais liberados (Pressman & Cohen, 2005). Nesse sentido, os pesquisadores da área afirmam que emoções positivas geram melhorias na saúde, na qualidade de vida e no bem-estar das pessoas. Da mesma forma, emoções positivas podem reduzir o impacto negativo causado por uma situação de estresse e, conseqüentemente, prevenindo comportamentos de risco, como, por exemplo, desesperança e ideações suicidas (Fredrickson, Mancuso, Branigan, & Tugade, 2000).

Cada experiência positiva contribui para que se criem reservas de satisfação, que acabam interferindo de maneira saudável no próximo dia. Para Fredrickson (2009), as dez formas de positividade, ou as dez emoções positivas que fazem a vida ficar melhor são alegria, gratidão, orgulho, serenidade, interesse, esperança, orgulho, diversão, inspiração, admiração e amor. Essas emoções geram energia e disposição no indivíduo, criando uma reserva de bem-estar para o corpo e para a mente. Na impossibilidade de manter-se sempre e apenas com afetos positivos, Fredrickson (2009) propõe que cada afeto negativo no dia seja compensado por três afetos positivos. Pode-se criar um hábito, por exemplo, pensando em razões para se sentir grato, fazer planos para o futuro, prestar atenção na beleza das coisas e praticar atividades de lazer. As experiências que levam a emoções positivas dissipam rapidamente as negativas (Seligman, 2002).

Forças pessoais - Ao entender a Psicologia Positiva como a identificação e a promoção de potencialidades humanas para o desenvolvimento individual, é possível

traduzi-las em forças pessoais. O conceito de forças pessoais foi desenvolvido por Peterson e Seligman (2004), em pesquisas realizadas nos Estados Unidos. A partir dos dados coletados, os pesquisadores identificaram 24 principais forças, que estariam presentes, em maior ou menor grau, em qualquer indivíduo. Essas 24 forças foram agrupadas em seis categorias, denominadas virtudes, mostradas na Tabela 2.

Tabela 2
As Forças Pessoais e suas Relações com as Virtudes

Conhecimento e sabedoria	<p>Criatividade, engenhosidade e originalidade - pensar em novas formas de fazer as coisas.</p> <p>Curiosidade e interesse no mundo - ser curioso, fazer questões e achar os assuntos fascinantes, gostar de explorar e descobrir.</p> <p>Juízo, pensamento crítico e abertura a novas ideias - pensar sobre as coisas e examiná-las de todos os lados, não precipitar conclusões, ser capaz de mudar de opinião.</p> <p>Amor pela aprendizagem: gostar de aprender coisas novas, em qualquer lugar que haja oportunidade de aprendizado.</p> <p>Sabedoria - ter uma visão de mundo que faz sentido para os outros e para si mesmo.</p>
Coragem	<p>Coragem e bravura - ser corajoso, não recuar diante de uma ameaça, desafio, dificuldade ou dor. Defender o que é certo mesmo que haja oposição e agir de acordo com as próprias convicções.</p> <p>Honestidade, autenticidade e sinceridade - ser honesto, não apenas por falar a verdade, mas por viver de forma genuína e autêntica. Ser realista, ter os pés no chão.</p> <p>Perseverança, assiduidade e diligência - trabalhar duro para terminar o que começou no tempo previsto; não se distrair e ter satisfação em completar uma tarefa.</p>
Humanidade	<p>Capacidade de amar e ser amado - valorizar relações próximas com outras pessoas, especialmente, aquelas nas quais compartilhar e cuidar são recíprocos.</p> <p>Bondade e generosidade - ser bom e generoso para os outros, e nunca estar ocupado para apoiar alguém.</p> <p>Inteligência social - estar consciente dos motivos e sentimentos das outras pessoas, saber o que fazer para se adequar a diferentes situações sociais e para deixar as pessoas à vontade.</p>
Justiça	<p>Cidadania, trabalho em equipe e lealdade - sobressair-se como membro de um grupo, ser um colega leal e dedicado.</p> <p>Liderança - sobressair-se em tarefas de liderança, como encorajar um grupo a realizar coisas e preservar a harmonia entre o grupo.</p> <p>Integridade, igualdade e justiça - tratar todos imparcialmente, não permitir que sentimentos pessoais tendenciem decisões sobre os outros; oferecer uma nova chance ao outro.</p>
Temperança	<p>Perdão e misericórdia - perdoar aqueles que erraram, dar aos outros uma segunda chance.</p> <p>Modéstia e humildade - preferir que suas realizações falem por elas mesmas. Os outros reconhecem e valorizam sua modéstia.</p> <p>Autorregulação e autocontrole - regular conscientemente o que sente e o que faz, ser disciplinado, controlar desejos e emoções.</p> <p>Prudência, cuidado e discrição - ser cuidadoso e fazer escolhas de forma prudente, não dizer ou fazer algo que se arrependa depois.</p>
Transcendência	<p>Apreciação da beleza e excelência - perceber e apreciar a beleza, a excelência e/ou o bom desempenho em todos os domínios da vida.</p> <p>Gratidão: ser consciente das coisas boas que acontecem, expressar agradecimentos.</p> <p>Esperança, otimismo e visão de futuro - esperar o melhor do futuro e trabalhar para alcançar, acreditar que o futuro é algo que pode ser controlado.</p> <p>Bom humor e diversão - Você gosta de rir e caçar. Provocar sorrisos nas outras pessoas é importante pra você. Você tenta ver o lado bom de todas as situações.</p> <p>Espiritualidade, senso de propósito e fé - ter crenças fortes e coerentes sobre um propósito maior e sobre o sentido do universo.</p> <p>Deleite, entusiasmo e energia - fazer tudo com empolgação e energia, não fazer algo pela metade ou sem entusiasmo encarar a vida como uma aventura.</p>

Fonte: Peterson e Seligman (2004).

Esta classificação foi publicada no livro, chamado *Character, Strengths and Virtues* (Caráter, Forças e Virtudes, traduzido do inglês). O livro é um contraponto ao Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais – DSM, uma classificação utilizada para verificar a presença de doenças mentais. Assim, da mesma forma que é possível identificar e tratar uma patologia a partir do DSM, também tornou-se viável desenvolver as forças pessoais (Snyder & Lopez, 2009).

Instituições positivas - Além de pensar nos indivíduos, a Psicologia Positiva também se dedica a estudar as instituições. Parte-se da ideia de que pessoas que exercitam sua positividade (emoções e afetos positivos) e que desenvolvem suas forças geram ambientes e instituições positivas. Aqui, entende-se por instituições as escolas, os hospitais, as universidades, as empresas, os serviços públicos (Snyder & Lopez, 2009).

Sabe-se da importância de um bom professor para as crianças. Ele pode ensinar além das palavras e dos cálculos. Um professor que gosta de seu trabalho e que vê o valor de seu papel pode passar aos seus alunos valores muito importantes para a construção de uma sociedade positiva. A escolarização positiva, uma abordagem alicerçada no respeito e no trabalho com a diversidade, é uma das propostas de instituição positiva.

Sheldon e King (2001) sugeriram que os psicólogos adotem uma abertura que propicie uma perspectiva que considere as potencialidades, motivações e capacidades humanas nos mais variados momentos e situações de vida. Os autores lançam o desafio para que os psicólogos procurem explicar o fato de que, apesar de todas as dificuldades, a maioria das pessoas consiga superar as adversidades e manifestar competência. Seguindo nessa linha, Snyder e Lopez (2009) solicitam aos profissionais de psicologia que desenvolvam uma abordagem que examine os defeitos e as qualidades pessoais individuais, mas também os fatores de estresse e os recursos presentes no ambiente. Ou seja, dessa

perspectiva é possível uma avaliação ou possível entendimento de maneira mais integrada ao considerar tanto os aspectos positivos como os negativos da experiência humana.

Com este direcionamento, diversos trabalhos têm utilizado a Psicologia Positiva, a resiliência e o bem-estar subjetivo para a compreensão de temáticas quanto à concepção de saúde (por exemplo, Carlton et al., 2006; Viveros, 2004). Diante dessa constatação, a Psicologia Positiva busca uma mudança de paradigma, na qual a prevenção viria de uma perspectiva focada na construção de competências e não na correção de fraquezas ou fragilidades. Características como felicidade, autodeterminação, otimismo, bem-estar, criatividade, fé e habilidades interpessoais são exemplos de características humanas que os teóricos da Psicologia Positiva vêm relacionando a um desenvolvimento saudável.

A Psicologia vem buscando integrar a investigação de situações de sofrimento, nas mais variadas situações, associadas a estes aspectos saudáveis e positivos. Assim, ao considerar o sujeito um ser atuante frente ao ambiente, quanto mais resistente às condições desfavoráveis e estressantes ela estiver, conseqüentemente, de maneira mais ativa desenvolverá estratégias benéficas ao seu desenvolvimento e atuará sobre seu ambiente (Poletto, Wagner, & Koller, 2004).

Nesse sentido, variáveis positivas como virtude, suporte social, espiritualidade, felicidade, otimismo, resiliência e satisfação pela vida entre outras são importantes dimensões aliadas ao bem-estar físico e mental e agem como agente de proteção à saúde.

2.1.1 - Psicologia Positiva e Saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) define saúde como “o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade” e vem discutindo desde 1983, a inclusão das dimensões espiritual e social. Nesse sentido,

entende-se o bem-estar como a harmonização de diferentes modos de viver e dos níveis físico, mental, social, cultural, ambiental e espiritual. (Fleck, Borges, Bolognesi, & Rocha, 2003).

De acordo com Seidl e Zannon (2004) existem dois aspectos conceituais que estão diretamente relacionados ao termo bem-estar, a subjetividade e a multidimensionalidade. O primeiro permite ao sujeito seu olhar sobre o seu estado de saúde e aos aspectos relacionados ao seu contexto de vida. O segundo se relaciona ao fato de que a multidimensionalidade é composta de variadas dimensões, e a identificação destas têm levado ao desenvolvimento de pesquisas e estudos empíricos.

Dimensões como suporte social (relacionamentos significativos), virtude (espiritualidade, resiliência), e atração pela vida (felicidade, amor à vida, otimismo), tendem a ser vistas como aspecto da natureza humana e que se relaciona ao bem-estar e qualidade de vida (Marques, 2000; Osman et al., 2004). Tais aspectos multidimensionais, avaliados em relação à percepção que o indivíduo tem sobre o seu bem-estar geral e sobre os seus estilos de vida, também podem levá-lo a valorar o sentido de sua vida. O estudo sobre saúde e bem-estar permite que se visualizem os aspectos da vida da pessoa que estão mais saudáveis e os que estão mais prejudicados. Dessa forma, resultados de investigação podem auxiliar um planejamento de intervenção psicossocial, no intuito de prevenir e promover a saúde (Calvetti et al., 2007).

O suporte social (relacionamentos significativos) está relacionado com o senso de pertencimento e acolhimento por parte de outras pessoas que constituem a rede social do sujeito (Cockerham, 1991). Pode ser entendido, de forma sintética como sendo a percepção, por parte do indivíduo, de que possui pessoas em seu contexto de atuação que proporcionam recursos, sendo de ordem afetiva ou financeira (Okun & Lockwood, 2003).

Desta forma Taylor (2011), em seu estudo destaca que o suporte social é considerado um construto multidimensional, uma vez que pode ser percebido em diversas esferas de atuação do indivíduo. A autora também ressalta que a avaliação do suporte social é subjetiva, isso é, depende da percepção, implicando em que, por vezes, o apoio ofertado e percebido pelo indivíduo pode ser discrepante.

O contexto familiar demonstra grande importância em relação ao suporte social. Souza e Baptista (2008) relatam que o suporte familiar pode ser compreendido como manifestação de atenção, carinho, diálogo, liberdade, proximidade afetiva, autonomia e independência existente entre os integrantes da família e pode ser pensado como agente de proteção frente ao risco a doenças mentais, e agente amortecedor frente aos eventos estressantes, o que sustenta a criação de programas de prevenção e tratamento, visando ao restabelecimento da saúde.

A família é entendida como rede primária de interação social e provedora de apoio indispensável à manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo. Assim, torna-se referência nas crenças, valores e comportamentos do indivíduo, à medida que pune ou premia suas atitudes, orientando-o quanto à forma de agir (Campos, 2004).

As relações estabelecidas na família parecem constituir uma fonte de relações que contribui nos processos de saúde ou doença. No agrupamento familiar é possível que haja uma predisposição à enfermidade, ocasionando desintegração, regressão e ruptura na comunicação, porém, quando as funções primordiais da família são desempenhadas, tais como afeição, proteção, formação social, autonomia etc., a possibilidade existente é a de um potencial de promoção à saúde (Féres-Carneiro, 1996).

O provimento e o recebimento do suporte familiar, entendido também como relacionamentos significativos, influem diretamente no bem-estar físico, psíquico e social

do indivíduo, sendo que a falta desse suporte é um dos fatores que traduz predisposições à doença mental. A percepção e o recebimento de suporte pelos membros da família e amigos constituem fontes fundamentais para a manutenção da saúde mental, no que tange à promoção de benefícios nos processos fisiológicos (sistema endócrino, cardiovascular e imunológico) e ao enfrentamento de situações estressantes e ao alívio dos **estresse** físico e mental (Cacioppo, Cacioppo, Dulawa, & Palmer, 2014).

Baptista, Souza, e Alves (2008) realizaram um estudo com 157 estudantes de uma universidade particular do sul de Minas Gerais, tendo como objetivo a busca por evidências de validade para a Escala de Depressão (EDEP, atual EBADEP-A), baseada na relação com outras variáveis. Na relação com o construto suporte familiar, utilizando o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF), os autores encontraram correlações negativas e significativas, sugerindo que quanto maior a sintomatologia de depressão, pior a percepção do suporte familiar recebido.

O estudo de Souza, Baptista, e Alves (2008) teve uma amostra de 530 estudantes de uma universidade particular de São Paulo, com faixa etária de 17 a 54 anos, objetivando buscar evidências de validade baseada na relação com outras variáveis. Os instrumentos utilizados foram Inventário de Percepção de suporte Familiar (IPSF) e o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG). Os resultados possibilitaram concluir que a correlação entre o Estresse Psíquico (QSG) e as dimensões Afetivo-Consistente, Autonomia Familiar, Adaptação Familiar e Suporte Familiar Total do IPSF, estão de acordo com a literatura, demonstrando que quanto menor a percepção nas demonstrações de afeto, cuidado, carinho, emoção por parte da família e ainda, na configuração das regras familiares, na eficácia na resolução das situações-problema, na autonomia outorgada, na adaptação do indivíduo na família, maior o estresse psíquico.

Com o objetivo de verificar as relações entre suporte familiar, sintomatologia depressiva e crenças irracionais, Lemos, Baptista, e Carneiro (2011) realizaram um estudo com 377 voluntários de uma universidade do interior do estado de São Paulo. Os resultados indicaram correlações entre o IPSF com o BDI e a Escala de Crenças Irracionais (ECI) indicando que, quanto maior a percepção de suporte familiar, menores são os escores de sintomas depressivos e de crenças irracionais. Correlações entre BDI e ECI também foram encontradas, indicando que quanto maior o número de crenças irracionais, maiores os sintomas depressivos, o que vai ao encontro dos dados da literatura.

Relacionamentos significativos apresentam crucial importância para qualidade de vida e razões para viver na classe dos idosos. Leite, Battisti, Berlezi, e Scheuer, (2008) tiveram como objetivo analisar o suporte familiar e social de idosos ($n = 308$) residentes no município de Alecrim, no Rio Grande do Sul. Os autores encontraram resultados demonstrando que um significativo percentual (87%) dos idosos possuía uma rede familiar e social que lhes forneciam suporte de natureza emocional, material, afetiva e informativa, caracterizando uma interação social positiva. Concluíram que estes idosos teriam bom convívio familiar e social (amizades), o que lhes possibilitava viver dignamente e com qualidade de vida.

A dimensão Virtude (Peterson & Seligman, 2004), tem sido contemplada na literatura científica internacional, nos quais são explorados aspectos de espiritualidade no tratamento de doenças crônicas, melhora de quadros clínicos graves e no restabelecimento pós-cirúrgico e na prevenção de comportamentos de risco de suicídio (Culloford, 2002). A literatura também apresenta um grande número de investigações que relacionam a espiritualidade ao bem-estar e qualidade de vida, bem como o desenvolvimento de inventários de espiritualidade (Hill & Pargament, 2003). Sendo assim, torna-se fundamental

diferenciar e esclarecer o entendimento sobre religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais. A religiosidade refere-se à extensão em que um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Espiritualidade tem sido entendida como as questões relacionadas ao significado da vida e de motivos de viver, independentemente de crenças e práticas religiosas. Já as crenças pessoais são crenças ou valores que a pessoa sustenta e que formam a base de seu estilo de vida e de comportamento. A dimensão Virtude (espiritualidade) torna-se central para a avaliação em saúde ao oferecer um referencial de significados para o enfrentamento da enfermidade. (Fleck et al., 2003).

No contexto das práticas de saúde, a influência de aspectos religiosos na cura e no tratamento de doenças tem sido pesquisada por Faria e Seidl (2005), como uma forma de enfrentamento destacada para lidar com situações de adversidade, como a situação de enfermidade. Os autores salientam a importância da escuta dos aspectos religiosos bem como dos demais aspectos do desenvolvimento humano no contexto do atendimento psicológico.

No Brasil, também já existem estudos sobre espiritualidade realizados e publicados, porém ainda escassos, com destaque daqueles relativos à validação de instrumentos e ao processo saúde-doença. (Faria & Seidl, 2005; Fleck et al., 2003; Panzini & Bandeira, 2005; Volcan, Sousa, Mari, & Horta, 2003). Uma pesquisa bibliográfica identificou muitos instrumentos referentes ao tema da religiosidade e espiritualidade, em sua maioria, no âmbito internacional. Nunes (2005) encontrou um total de 17 instrumentos, em busca realizada no período de 2000 a 2003, na base de dados *PsycINFO*. A autora enfatiza a importância da validação de instrumentos para o contexto brasileiro. Dentre os instrumentos validados para o Brasil sobre o tema da religiosidade e espiritualidade, encontra-se a escala de Bem-Estar Espiritual (SWBS), de Paloutizian e Ellison (1982), e a

versão brasileira validada por Volcan et al. (2003). O bem-estar espiritual refere-se à percepção subjetiva da pessoa em relação à sua crença, e é constituído por dois componentes: o bem-estar religioso, que é relativo a Deus, e o bem-estar existencial, relacionado ao sentido de propósito e satisfação de vida. (Ellison, 1983).

Outros instrumentos relacionados à espiritualidade foram validados para o Brasil, dentre eles, a Escala de *Coping* Religioso Espiritual. (Panzini & Bandeira, 2005). Além deste, também foi desenvolvido, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a versão para o português do WHOQOL-SRPB – módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. (Fleck et al., 2003).

Estudo realizado no contexto de saúde em relação ao aspecto bem-estar espiritual e apoio social em mulheres com câncer de mama apontou escores mais altos de bem-estar espiritual religioso em relação ao bem-estar existencial. Nesse estudo, realizado por Hoffmann (2006), o aspecto religioso foi entendido também como fonte de apoio social no enfrentamento da adversidade, a doença. Em outro estudo sobre o tema, Marques (2000) investigou a saúde e o bem-estar espiritual em adultos em uma amostra não-clínica de 506 pessoas. A análise estatística revelou uma correlação altamente significativa entre espiritualidade e saúde geral, demonstrando que essa variável pode contribuir para a promoção de saúde e a prevenção de doença.

No contexto de saúde, a identificação das situações de enfrentamento (*coping*) constituem também em aspecto importante de virtude (transcendência/esperança) e vem sendo foco de pesquisas (Peterson & Seligman, 2004). Esse aspecto tem sido entendido como a adaptação psicossocial do ser humano diante da adversidade, influenciada pelas exigências situacionais, limitações, recursos disponíveis e fatores pessoais relacionados ao significado que a pessoa atribuir ao contexto (Calvetti et. al., 2007). Ainda em estudo

realizado por Woods, Antoni, Ironson, e Kling (1999), o *coping* religioso, em pessoas com HIV/AIDS, foi relacionado a escores mais baixos de depressão.

Pesquisas revelam que a espiritualidade possui relação estreita com a melhora da qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas. (Volcan et al., 2003). Estudo realizado com pacientes portadores de HIV/AIDS revelou que aqueles que apresentavam escores mais elevados de bem-estar espiritual tendiam a ser mais esperançosos (Fleck et al., 2003).

A inter-relação entre o bem-estar espiritual e a saúde geral, em estudo realizado também por Marques (2000) mostra importantes associações entre espiritualidade e saúde geral. A autora atribui relevância à inclusão dessa dimensão na concepção de saúde, integrada às dimensões biológica, psicológica e social, pois ela contribui para a promoção da saúde e a prevenção de doenças, bem como, para o bem-estar das pessoas.

Siegel e Schrimshaw (2002), em uma pesquisa realizada em Nova York com 64 portadores do HIV, relatam que as crenças espirituais e religiosas podem auxiliar na descoberta de significado na experiência da doença e no manejo do estresse. Os participantes mostraram uma variedade de benefícios advindos da religiosidade e espiritualidade, como o conforto das emoções e dos sentimentos, força e controle, suporte emocional e senso de pertença, encontro de significado e aceitação da doença, com redução da culpa.

Outro aspecto também importante, relacionado a virtudes, ou seja, à resiliência tem tido destaque como importante processo de proteção à saúde (Yunes, 2003). Esse conceito se refere, conforme Pinheiro (2004), à capacidade que o indivíduo possui para se recuperar psicologicamente frente às adversidades, tendo como características a esperança, a flexibilidade e a versatilidade, e advém do significado que a pessoa atribui aos eventos da

vida, da capacidade afetiva, e, ainda, da presença de projeto de vida (planos para o futuro), e tem enfoque positivo no desenvolvimento humano.

Nessa direção, a resiliência descreve a capacidade de um indivíduo superar condições adversas e situações que envolvem risco e ameaça ao bem-estar físico e mental. Para as ciências comportamentais, o conceito de resiliência refere-se a um processo de adaptação positiva diante de um contexto tipicamente desfavorável Luthar, 2006 (citado por Reppold et al., 2012).

De acordo com Yunes e Szymanski (2001), a resiliência possui características individuais e ambientais. No entendimento desse mecanismo, o indivíduo e o ambiente são vistos como sistemas de formação mútuos. As autoras frisam a importância dessa contribuição para o planejamento e as intervenções em políticas públicas.

Walsh (1998) afirma que a resiliência em famílias é constituída pelos seguintes processos, sistemas de crenças, padrões de organização e de comunicação. O primeiro refere-se à atribuição de sentido à adversidade, ao olhar positivo, à transcendência e à espiritualidade; o segundo representa a flexibilidade, a coesão e os recursos sociais e econômicos, e o terceiro processo relaciona-se à clareza, às expressões emocionais abertas e à colaboração na solução de problemas. A partir disso, pode-se observar que a virtude (espiritualidade) se relaciona ao processo de resiliência, sendo um dos aspectos que contribui para o aprendizado e o crescimento através da adversidade.

A associação entre positividade e virtudes (crenças religiosas e espirituais) foi demonstrada em estudo realizado por Sodergren, Hyland, Crawford, e Partridge (2004), com 194 pacientes com problemas respiratórios. Os autores salientam a necessidade de estudos que aprofundem a investigação sobre esta relação - positividade, religiosidade e crenças espirituais. Hasnain, Sinacore, Mensah, e Levy (2005) apontaram o fato de a

religiosidade poder ser preventiva de comportamentos de risco, como o uso de drogas, práticas sexuais sem proteção e comportamentos suicidas.

No que tange à espiritualidade e à psicoterapia, Nunes e Müller (2003) relatam que existe uma associação entre a dimensão da fé e a psicoterapia, afirmando que uma pode potencializar a outra e auxiliar, assim, na melhoria da qualidade de vida. Ressaltam que a espiritualidade pode ajudar a pessoa a enfrentar dificuldades referentes a determinada experiência de vida, porém destacam que ainda são frágeis as evidências sobre essa relação, sendo necessário o aumento das pesquisas na área.

Outra dimensão importante, a atração pela vida, em que se inclui a felicidade, otimismo e amor à vida (Osman et al., 2004) favorece positivamente o bem-estar e o desenvolvimento de uma vida saudável. Para Diener, Suh, e Oishi (2003), o campo de pesquisa sobre o tema atração pela vida, felicidade, otimismo, bem-estar subjetivo, satisfação com a vida e amor à vida tem investigado como as pessoas avaliam as suas vidas e inclui o estudo de variáveis como vida satisfatória, satisfação nos relacionamentos, ausência de depressão e ansiedade, emoções e estados de humor positivos.

O termo felicidade tem sido utilizado abrangendo significados distintos, entre os quais se inclui a alegria momentânea, a satisfação com a vida e o prazer a longo prazo, além de ser utilizado pelo senso comum representando o bem-estar subjetivo. Quanto ao bem-estar subjetivo, consiste na reação avaliativa das pessoas à sua própria vida, quer em termos de satisfação com a mesma - avaliação cognitiva -, quer em termos de afetividade - reações emocionais estáveis (Diener & Suligman, 2002).

Pereira (1997) concebe duas dimensões para o bem-estar, o bem-estar objetivo (*welfare*), que abarca as circunstâncias objetivas da vida (renda, educação, saúde, lazer, transporte, entre outros domínios) e bem-estar subjetivo (*well-being*), explicitado pelas

experiências subjetivas da vida. Para o autor, o estudo do bem-estar subjetivo (BES) tem como objetivo central compreender a avaliação que as pessoas fazem de suas vidas, podendo receber outras denominações, tais como felicidade, satisfação, estado de espírito, afeto positivo, sendo também considerado por alguns autores como avaliação subjetiva da qualidade de vida.

Embora a felicidade, o bem-estar subjetivo, a satisfação com a vida e o prazer a longo prazo sejam estados subjetivos inter-relacionados, podem ser discriminados da seguinte forma: felicidade como estado subjetivo em que há a preponderância dos afetos positivos sobre os afetos negativos; bem-estar subjetivo como sentimento de conforto e harmonia; satisfação como sentimento experimentado quando da conquista de um objetivo, através do uso e da ampliação de conhecimentos; e qualidade de vida, de acordo com a Organização Mundial de Saúde como percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Barros, 1998).

Nessa mesma perspectiva, da inter-relação do fator atração pela vida com a vida saudável, o otimismo é um indicador positivo na promoção da saúde mental. Scheir, Carver, e Bridges (2001), em estudo de uma variável da personalidade, identificaram como otimismo disposicional, uma expectativa global, de acordo com a qual se esperam acontecimentos positivos para o futuro, muito provavelmente um conceito contrário à desesperança.

Tal perspectiva baseia-se na forma como as pessoas tentam cumprir os objetivos a que se propõem, com uma postura de confiança e persistência, mesmo perante dificuldades, ou com uma atitude de dúvida e hesitação (Scheir et al., 2001). Carver et al. (2001) designam o seu modelo como sendo de autorregulação, tendo subjacente a ideia de que a

pessoa otimista persiste em atingir os seus objetivos, ao passo que a pessoa pessimista evidencia uma tendência para desistir dos objetivos que colocou para si. Os autores concluíram que pessoa otimista é aquela que encara as dificuldades como sendo temporárias, pontuais, e não se culpa pela sua ocorrência; quando confrontada com uma situação difícil, percebe-a como um desafio e esforça-se para a ultrapassá-la. Por outro lado, a pessoa pessimista acredita que os acontecimentos negativos vão perdurar e minar todas as suas ações, demonstrando uma tendência para se culpar de tais acontecimentos.

Estudos também têm sido realizados com o objetivo de verificar aspectos relacionados à felicidade, para responder às questões “Como é que as pessoas felizes se comportam?” e “O que fazem para serem felizes? Para tanto, Diener e Seligman (2002) procederam a uma comparação entre pessoas felizes e infelizes. Os participantes responderam questionamentos como: satisfação com a vida, estados emocionais, informação sobre as relações de amizade e traços de personalidade. Os autores compararam pessoas com os resultados mais elevados na felicidade (“muito felizes”) com pessoas com os resultados mais baixos na felicidade (“muito infelizes”). Verificou-se então que os resultados das pessoas muito felizes eram diferentes das pessoas muito infelizes em diferentes variáveis. As pessoas muito felizes apresentavam relações interpessoais gratificantes e muito satisfatórias. Eram mais extrovertidas, agradáveis e bem dispostas. Por outro lado, as pessoas infelizes demonstraram ter poucos amigos, poucos relacionamentos íntimos ao longo das suas vidas e relações familiares pouco satisfatórias. Demonstraram também mais emoções negativas que as pessoas felizes.

Frente ao advento da Psicologia Positiva, torna-se necessária a ampliação do modelo biopsicossocial da área da saúde, que incluem dimensões como Virtudes, Relacionamentos Significativos e Atração pela Vida e aspectos como bem-estar, felicidade,

resiliência, *coping*, espiritualidade e apoio social no desenvolvimento de pesquisas e intervenções em saúde. A atenção dos pesquisadores para os aspectos positivos do desenvolvimento humano necessita ser incorporada em estudos e intervenções a fim de contribuir para o entendimento dos mecanismos de proteção da saúde.

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo geral, construir a Escala de Motivos para Viver – EMVIVER. A seguir são apresentados os objetivos específicos.

- a) Construir os itens e categorias da EMVIVER com base na literatura científica;
- b) Buscar evidências de validade (estrutura interna), por meio da análise paralela e análise fatorial exploratória para a EMVIVER;
- c) Buscar evidências de validade baseada na relação com outras variáveis externas para EMVIVER;
- d) Avaliar a precisão por meio dos coeficientes de alfa de Cronbach.

Estudo 1 - Análise Qualitativa (Construção dos itens e categorias da EMVIVER)

Método

Participantes

Para o desenvolvimento desse estudo, participaram 107 universitários matriculados no Centro Universitário de Caratinga, localizado na cidade de Caratinga, Minas Gerais. Os critérios de inclusão foram (a) ter idade mínima de 18 anos e (b) estar cursando o ensino superior. A média de idade dos participantes foi de 26,2 anos ($DP= 9,9$) e a maioria era do sexo feminino ($n=83$; 77,6%). Em relação ao estado civil, 65 (60,7%) eram solteiros, 28 (26,2%) casados, 6 (5,6%) separados, 3 (2,8%) amasiados e apenas 1 (0,9%) viúvo.

Quanto ao curso matriculado, 47 (43,9%) cursavam Psicologia, 28 (26,2%) Engenharia Ambiental, 17 (15,9%) Nutrição e 15 (14,0%) Medicina. A seleção dos participantes foi pelo critério de conveniência e a participação dos universitários foi voluntária.

Instrumentos

Ficha de Identificação. Composta pelos seguintes dados, idade, sexo, estado civil e escolaridade. Esta ficha teve como objetivo possibilitar uma descrição da amostra.

Depoimento escrito sobre motivos para viver. Consistiu em uma questão aberta de autorrelato. Os participantes foram solicitados a redigirem um depoimento a partir da seguinte questão: “Quais seus motivos para viver?” Esta questão teve como objetivo investigar os motivos para viver dos participantes.

Procedimentos

Para essa primeira etapa da pesquisa, entrou-se em contato com os coordenadores dos cursos de Psicologia, Nutrição, Engenharia Ambiental e Medicina do Centro Universitário de Caratinga, localizado na cidade de Caratinga (Minas Gerais), para informar sobre a realização do estudo. Diante da anuência dos mesmos, agendou-se um horário para explicar detalhadamente a pesquisa e organizar a coleta de dados, onde foram definidos os dias e horários para os primeiros contatos com os participantes da pesquisa.

Além do pesquisador, participaram da coleta de dados cinco alunos matriculados no 5º período do curso de Psicologia e que já haviam cursado a disciplina “Entrevista Psicológica”. Esses alunos foram informados sobre a pesquisa e seus objetivos, e passaram por um processo de preparação para auxiliarem o pesquisador. Tais alunos ajudaram na distribuição do material e auxiliaram quando necessário a responder as dúvidas dos participantes da pesquisa. A coleta de dados foi realizada na universidade durante o período de aula. Foram agendados data e horário para que o pesquisador e seus colaboradores fossem à universidade aplicar os instrumentos aos participantes. Solicitou-se aos participantes o preenchimento e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos os alunos que aceitaram participar do estudo receberam instruções sobre o preenchimento dos instrumentos. O tempo médio de duração de cada aplicação foi de aproximadamente 30 minutos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade São Francisco (protocolo número CAAE 02015712.0.000.5514).

Plano análise de dados

O objetivo dessa primeira análise qualitativa foi identificar os motivos para viver dos participantes da presente pesquisa. Foram considerados motivos para viver todas as respostas contidas nos relatos escritos dos 107 universitários que responderam à questão “Quais seus motivos para viver”?

Considerando-se o objetivo de analisar os motivos para viver dos participantes, realizou-se uma análise qualitativa segundo Gibbs (2009). Para o autor, os dados qualitativos são essencialmente significativos, e mais do que isso, mostram grande diversidade. Eles não incluem contagens e medidas, mas, sim, praticamente, qualquer forma de comunicação humana. Ainda de acordo com o mesmo autor, a ideia de análise sugere algum tipo de transformação, começando com alguma coleta de dados qualitativos e processando-os posteriormente por meio de procedimentos analíticos, até que se transformem em uma análise clara, compreensível, criteriosa, confiável e até original.

Para esse estudo, optou-se pela codificação aberta, na qual o item é lido de forma reflexiva para identificar categorias relevantes (Strauss & Corbin, 1990). O objetivo inicial foi reunir temas semelhantes a partir dos trechos escolhidos (motivos para viver). A reunião dos temas (unidades temáticas) possibilitou a construção de categorias de motivos para viver comuns. Foram contabilizadas as frequências de temas nas categorias. Por fim, as categorias construídas foram comparadas com a literatura disponível. Os passos da análise foram (a) transcrição dos 107 relatos para uma tabela, (b) leitura de familiarização de todos os relatos, (c) identificação dos motivos para viver dos participantes, (d) construção de uma nova tabela com uma lista de todos os motivos para viver retiradas dos relatos dos participantes, (e) construção das categorias de análise e de suas subcategorias com base nos relatos dos participantes.

Resultados

A partir da análise de conteúdo, os motivos para viver foram agrupados em cinco grandes categorias: (1) relacionamentos significativos; (2) atração pela vida; (3) planos para o futuro; (4) aspectos relacionados ao eu e (5) virtudes. Após a definição das categorias, três profissionais envolvidos com a pesquisa, com formação em Psicologia e atuação na área avaliação psicológica, trabalharam separadamente para distribuir os itens da EMVIVER em cada uma das categorias de análise. Houve concordância de 100% entre os profissionais.

As categorias foram criadas a partir dos dados e nomeadas, quando possível, de acordo com a literatura. As três primeiras categorias – relacionamentos significativos, atração pela vida e planos para o futuro – foram nomeadas de acordo com a descrição de Osman et al. (2004) sobre fatores protetivos. A quarta categoria – aspectos relacionados ao eu – foi nomeada a partir de estudos de Ryan e Deci (2001) e Waterman (1993) sobre abordagem eudemonista do bem-estar que enfatiza as experiências de realização pessoal e de expressão dos potenciais individuais. Por fim, a quinta categoria – virtudes – foi nomeada de acordo com o estudo de Peterson e Seligman (2004) sobre forças e virtudes. A Tabela 3 apresenta as categorias, as subcategorias e exemplos de respostas dadas pelos participantes, bem como exemplos dos itens que foram construídos. Inicialmente 55 itens foram elaborados a partir das grandes categorias.

Tabela 3
Categorias, Subcategorias e Exemplos de Respostas e de Itens

Categorias	Subcategorias	Exemplo de respostas	Exemplo de item
Relacionamentos significativos	FAMÍLIA família de origem / família nuclear AMIZADE manter amigos / fazer novos amigos	“Tenho uma família que me ajuda crescer” “Amo a minha família” “Fazer novos amigos”	7- Poder desfrutar da proteção que a família proporciona. 53- Compartilhar amizades.
Atração pela vida	AMOR À VIDA curtir a vida APREVEITAR A VIDA oportunidade FELICIDADE ser feliz	“Foco na vida” “Oportunidades que virão” “Aproveitar a vida”	8- Poder usufruir dos momentos que a vida oferece. 10- A busca pela felicidade.
Planos para o futuro	ALCANÇAR OBJETIVOS REALIZAR SONHOS	“Ter projetos de vida” “Realizar sonhos”	1- O desejo de colocar em prática todos os projetos de vida. 9- Realizar os sonhos que fazem parte da vida.
Aspectos relacionados ao EU	AUTOVALORIZAÇÃO amor próprio AUTOAPERFEIÇOAMENTO estudo / trabalho / realização profissional)	“Ser uma pessoa melhor” “Carreira de sucesso”	48- Minha preocupação comigo mesmo. 49- A vontade de aprender a cada dia.
Virtudes	ESPIRITUALIDADE fé em Deus) HUMANIDADE generosidade JUSTIÇA Cidadania TRANSCEDÊNCIA esperança	“Fé que me fortalece” “Buscar fazer o bem” “Fazer a diferença” “Vencer obstáculos”	14- A certeza de que a vida é um presente divino. 45- força interior que tenho para viver.

Definida as categorias e os itens da escala EMVIVER, o passo seguinte foi fazer uma análise psicométrica para verificar a consistência interna e a definição dos fatores e itens da mesma. Dessa forma, o próximo tópico apresenta o delineamento utilizado no Estudo 2.

Estudo 2 Análise quantitativa (Análise psicométrica preliminar)

Método

Participantes

Para a realização da presente etapa, foi utilizada uma amostra composta por ($N=341$) universitários, divididos entre os cursos de Psicologia, Nutrição, Engenharia Ambiental e Medicina. A faixa etária dos participantes variou entre 18 e 63 anos. A média da idade foi de 26,9 anos ($DP=7,2$). Dentre eles, ($n=212$; 62,2%) eram do sexo feminino e ($n=129$; 37,8%) do masculino. Quanto ao estado civil, ($n=273$; 80,1%) eram solteiros, ($n=58$; 17%) casados, ($n=7$; 2,1%) desquitados e ($n=03$; 0,9%) viúvos.

A renda mensal dos participantes obteve a seguinte distribuição, ($n=153$; 45,3%) relataram não ter nenhuma renda, ($n=122$; 36,1%) disseram ter uma renda de até R\$ 1.000,00; ($n=46$; 13,6%) responderam ter uma renda de R\$ 1.000,00 a R\$ 2.000,00 reais e ($n=17$; 5%) narraram ter renda acima de R\$ 2.000,00 reais. No que diz respeito à ocupação, ($n=189$; 55,9%) disseram não trabalhar; ($n=148$; 43,8%) relataram trabalhar e ($n=1$; 0,3%) era aposentado. As respostas sobre a renda e o trabalho foram dadas por ($n=338$; 99,12%).

Instrumento

Escala de Motivos para Viver [EMVIVER] (Baptista & Gomes, 2014). Para a realização das análises psicométricas, aplicou-se a EMVIVER, elaborada a partir da análise qualitativa, contendo 55 itens e 5 categorias. Trata-se de uma medida das razões para viver,

atribuídas às pessoas; da extensão do otimismo e da esperança frente aos desafios, a perspectivas e planos para o futuro.

A escala foi criada para operacionalizar o componente “motivos para viver”, pensado a partir do modelo de “razões para viver” de Linehan et al. (1983), para identificar fatores protetivos aos comportamentos de riscos. A EMVIVER é uma escala que contém, inicialmente, 55 itens do tipo Likert de 4 pontos, tendo como opções de resposta são, *sem importância, pouco importante, importante e muito importante*. Os itens permitem ao indivíduo uma análise de quão importante são seus motivos para viver. Exemplo: “O entendimento de que a vida é bela e vale a pena viver”; “A coragem para encarar a vida”; “A certeza de que a vida é um presente divino”; “Ser importante para os familiares”.

A escala pode ser aplicada individualmente ou em grupo. O tempo para aplicação é de aproximadamente de 30 a 50 minutos. O que se espera com a EMVIVER é que os escores elevados indiquem maiores razões para viver e, conseqüentemente, menos possibilidade de comportamentos de riscos. A partir da análise qualitativa foram construídas 5 categorias, sendo (1) relacionamentos significativos; (2) atração pela vida; (3) planos para o futuro; (4) aspectos relacionados ao eu e (5) virtudes.

Procedimentos

Para essa segunda etapa da pesquisa, entrou-se em contato com os coordenadores e professores dos cursos de Psicologia, Nutrição, Engenharia Ambiental e Medicina do Centro Universitário de Caratinga, localizado na cidade de Caratinga (Minas Gerais), para informar sobre a realização do estudo. Diante da anuência dos mesmos, agendou-se um horário para explicar detalhadamente a pesquisa e organizar a coleta de dados, onde foram definidos os dias e horários para os primeiros contatos com os participantes da pesquisa.

Além do pesquisador, participaram da coleta de dados 10 alunos matriculados no 6º, 7º e 8º períodos do curso de Psicologia e que já haviam cursado ou que estavam cursando as disciplinas “Entrevista psicológica, Teorias e técnicas psicológicas I”, “Teorias e técnicas psicológicas II” e “Avaliação psicológica”. Esses alunos foram inteirados sobre a pesquisa e seus objetivos, e passaram por um processo de preparação para auxiliarem o pesquisador. Tais alunos ajudaram na distribuição do material e auxiliaram quando necessário a responder as dúvidas dos participantes da pesquisa. A coleta de dados foi realizada na universidade durante o período de aula. Foram agendados data e horário para que o pesquisador e seus colaboradores fossem à universidade aplicar os instrumentos aos participantes. Solicitou-se aos participantes o preenchimento e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos os alunos que aceitaram participar do estudo receberam instruções sobre o preenchimento dos instrumentos. O tempo médio de duração de cada aplicação foi de aproximadamente 30 minutos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade São Francisco (protocolo número CAAE 02015712.0.000.5514).

Plano de análise de dados

Foi realizada a análise fatorial da EMVIVER por meio da extração dos fatores com o modelo de análise de componentes principais e rotação *oblimin*. Para a análise da confiabilidade foi utilizado o alfa de Cronbach. Nesse sentido, foram analisados os conjuntos de itens que formam os fatores, em separado, assim como análise da escala em sua totalidade.

No intuito de analisar a estrutura interna da EMVIVER, foi feita uma análise paralela recomendado por Zwick e Velicer (1986) como o mais preciso para essa tarefa, utilizando o programa estatístico *FACTOR Analysis*. Esse tipo de análise é uma das mais indicadas para desenvolver instrumentos (Field 2009). A interpretação da análise paralela propõe a retenção de componentes cujos autovalores empíricos são superiores àqueles obtidos paralelamente por meio de matrizes de variáveis randômicas não correlacionadas, com igual tamanho de amostra e número de variáveis (Laros, 2005).

Resultados

De acordo com Anastasi e Urbina (2000), a validade do construto de um teste é a extensão em que se pode dizer que o teste mede um construto teórico ou um traço. Para Pasquali (2003), pode-se trabalhar essa validade sob duas formas, sendo a primeira uma análise da representação comportamental do construto e a segunda uma análise por hipótese. Ainda segundo o autor, para a análise da representação comportamental são utilizadas duas técnicas, como demonstração da adequação da representação do construto: análise da estrutura interna e a análise fatorial. A primeira consiste, essencialmente, em verificar a homogeneidade dos itens que compõem o teste e a segunda tem como lógica verificar quantos construtos comuns são necessários para explicar as intercorrelações dos itens. A análise fatorial também postula que um número menor de traços latentes é suficiente para explicar um número maior de variáveis observadas (os itens).

O teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) encontrado nesta análise foi de 0,935 e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ($\chi^2 = 24649.5$; $gl = 1485$; $p = 0.000010$). Os *eigenvalues* com as respectivas variâncias explicadas foram: Fator 1 (26,43; 48,04%); Fator 2 (7,72; 14,03%) e, Fator 3 (2,48; 4,51%), totalizando 66,56% da variância explicada total. O modelo foi expresso por um coeficiente *Comparative Fit Index* (CFI) = 0,71. Quanto ao *Root Mean Square of Residuals* (RMSR), o valor foi de 0,0505, considerado muito bom uma vez que o valor esperado foi de 0,0546. As correlações positivas entre os fatores se apresentaram da seguinte forma, correlação entre Fator 1 e Fator 2= 0,324; correlação entre Fator 1 e Fator 3= 0,643; correlação entre Fator 2 e Fator 3= 0,225.

A partir da análise paralela, foi rodada a análise fatorial exploratória da EMVIVER, restringindo-a a 3 fatores. Porém, para que fosse possível realizá-la, foi estudada a

adequação da amostra, a partir do determinante da matriz de correlação e pelo teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). O KMO é uma medida de diagnóstico da homogeneidade dos itens.

A extração dos fatores foi realizada por meio do modelo modelo WLS *weighted least square* (quadrados mínimos ponderados), incluindo um peso adicional que determina o quanto cada observação e o conjunto de dados influenciam no parâmetro final estimado, podendo ser utilizado com funções que são lineares ou não lineares (Field, 2009). Optou-se pela rotação *oblimin*, por esta permitir que surjam fatores ortogonais, quando estes existem e já que não força a dependência entre os fatores.

A fim de determinar o número certo de fatores que irão representar a estrutura latente dos dados da escala, foi utilizado o critério da raiz latente, que determina que o número de fatores deva ser igual ao número de autovalores maiores ou iguais à média das variâncias das variáveis analisadas (Hair, 2005); e o teste de *Scree* que determina um número ótimo de fatores quando a variação da explicação entre fatores consecutivos passa a ser pequena, e é realizado por meio da construção do gráfico das raízes latentes, relacionado ao número de fatores em sua ordem de extração. A curva resultante é usada na avaliação do ponto de corte. Como a derivação dos fatores ortogonais se dá por sucessivas rotações de eixos que melhor expressam a dispersão dos dados, no modelo fatorial final as variações das medidas estão maximizadas e as relações entre as dimensões suavizadas para sua interpretação, procedendo-se a uma rotação da matriz fatorial.

O passo seguinte foi retirar os itens que se encontravam em mais de um fator, e/ou que não se enquadravam nas dimensões. O KMO encontrado na segunda análise foi de 0,93 e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ao nível de 0,0001, apresentando $\chi^2=12613,3$ ($gl=406$), demonstrando que as correlações parciais foram bastante satisfatórias

para dar prosseguimento ao modelo de análise fatorial. De acordo com Pereira (1999), ao se referir sobre os valores do KMO, valores acima de 0,90 indicam ótima adequação dos dados para execução da análise fatorial; boa adequação dos dados ($0,89 > \text{KMO} > 0,80$); razoável adequação dos dados ($0,79 > \text{KMO} > 0,70$); adequação medíocre dos dados ($0,69 > \text{KMO} > 0,60$); imprópria adequação dos dados ($\text{KMO} < 0,50$).

A Tabela 4 demonstra a variância explicada pelas três dimensões encontradas na análise da EMVIVER, contendo 29 itens, explicando 27,8% da variância total.

Tabela 4

Total de Eingevalues e Variância Explicada

Fatores	<i>Eingevalues</i>	Variância (%)	Variância Acumulada
Relacionamentos Significativos	13,718	12,92	12,92
Atração pela Vida	6,515	6,31	19,23
Virtudes	1,977	8,56	27,80

O Fator 1 inicialmente denominado de Relacionamentos Significativos, constituiu-se de itens que estão relacionados ao suporte social dos indivíduos, sendo família em geral; família de origem; família nuclear e constituição de uma família; e de amizade representado por amigos; manter amizades concretizadas e manter novos amigos. O Fator 2 (Atração pela Vida) agrupou os itens referentes ao amor pela vida que é expresso pelo amor à própria vida e ao gosto de viver; ao aproveitar a vida, no que diz respeito às oportunidades, otimismo e a curtir a vida; e à felicidade que se refere ao alcançar a felicidade e ao ser feliz. Por fim, no Fator 3 (Virtudes) aglomeraram-se os itens sobre a espiritualidade, humanidade, justiça e transcendência.

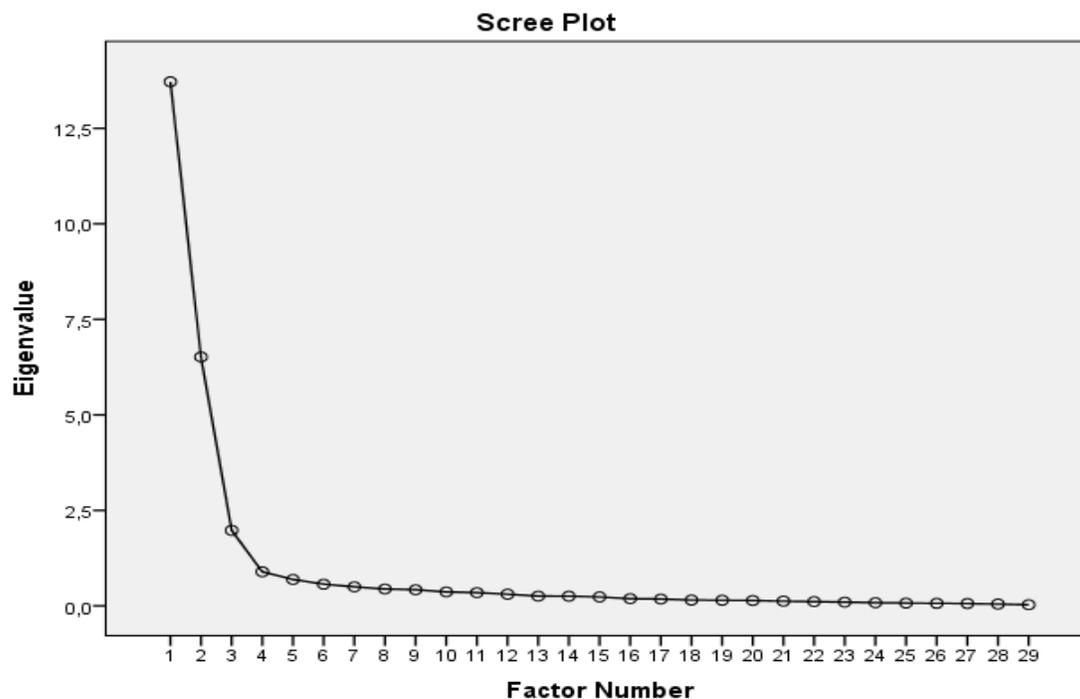


Figura 1. *Gráfico de Sedimentação dos Eigenvalues.*

São apresentados, na Tabela 5, as cargas fatoriais do modelo final da EMVIVER, convertido em três interações. Os fatores encontrados tiveram as seguintes denominações e composições: Fator 1 (Relacionamentos Significativos), composto por 15 itens; Fator 2 (Atração pela Vida), composto por nove itens; e Fator 3 (Virtudes), composto por cinco itens.

Tabela 5
Cargas Fatoriais dos Componentes Rotados (Oblimin) extraídos de Mínimos Quadrados não ponderados e Comunalidades da EMVIVER.

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3
EMVIVER01	0,98		
EMVIVER02	0,95		
EMVIVER03	0,93		
EMVIVER04	0,95		
EMVIVER05	0,93		
EMVIVER06	0,94		
EMVIVER07	0,88		
EMVIVER08	0,86		
EMVIVER09	0,82		
EMVIVER10	0,75		
EMVIVER11	0,66		
EMVIVER12	0,65		
EMVIVER13	0,63		
EMVIVER14	0,64		
EMVIVER15	0,61		
EMVIVER16		0,91	
EMVIVER17		0,87	
EMVIVER18		0,85	
EMVIVER19		0,85	
EMVIVER20		0,85	
EMVIVER21		0,83	
EMVIVER22		0,84	
EMVIVER23		0,82	
EMVIVER24		0,49	
EMVIVER25			0,92
EMVIVER26			0,87
EMVIVER27			0,77
EMVIVER28			0,74
EMVIVER29			0,70
<i>Eigenvalues</i>	14,40	6,50	2,00
Variância Explicada	13,60	6,30	8,90
Total de Variância Explicada		28,80	

Pode-se notar que as cargas fatoriais da EMVIVER apresentam-se acima de 0,40, estando em consonância com a literatura, que coloca como parâmetro concedido um mínimo aceitável de 0,30 (Paquali, 1999). Na Tabela 6 são apresentadas as correlações entre as dimensões da EMVIVER. É importante destacar que, de acordo com Dancey e Reidy (2006), as correlações foram classificadas como fracas e moderadas.

Tabela 6
Correlação Entre as Dimensões da EMVIVER

Fatores	1	2	3
1	1	0,324	0,643
2	0,324	1	0,225
3	0,643	0,225	1

Na Tabela 7 é apresentada a análise de itens por intermédio da correlação item-total, agrupados por fatores, tendo a finalidade de evidenciar uma informação a mais acerca das evidências de validade da EMVIVER.

Tabela 7
Correlação Item-total por Fator

Fator 1	<i>r</i>	Fator 2	<i>R</i>	Fator 3	<i>R</i>
EMVIVER 1	0,94	EMVIVER 16	0,91	EMVIVER 25	0,86
EMVIVER 2	0,93	EMVIVER 17	0,85	EMVIVER 26	0,87
EMVIVER 3	0,92	EMVIVER 18	0,83	EMVIVER 27	0,73
EMVIVER 4	0,92	EMVIVER 19	0,84	EMVIVER 28	0,76
EMVIVER 5	0,83	EMVIVER 20	0,83	EMVIVER 29	0,77
EMVIVER 6	0,90	EMVIVER 21	0,80		
EMVIVER 7	0,89	EMVIVER 22	0,82		
EMVIVER 8	0,88	EMVIVER 23	0,80		
EMVIVER 9	0,85	EMVIVER 24	0,45		
EMVIVER 10	0,80				
EMVIVER 11	0,80				
EMVIVER 12	0,83				

EMVIVER 13	0,74
EMVIVER 14	0,71
EMVIVER 15	0,72

O método utilizado para a determinação do grau de fidedignidade da EMVIVER foi o coeficiente alfa de Cronbach, que é a divisão racional do teste em subtestes, com aplicação em testes heterogêneos, formada por uma amostra estratificada de itens (Anastasi & Urbina, 2000; Pasquali, 2003). Tratando-se da confiabilidade da EMVIVER, o Fator 1 (Relacionamentos Significativos), composto por 15 itens, apresentou $\alpha=0,97$; o Fator 2 (Atração pela Vida), composto por nove itens obteve $\alpha=0,94$; e o Fator 3 (Virtudes), composto por cinco itens, $\alpha=0,92$. A EMVIVER ficou composta em seu total por 29 itens com satisfatória confiabilidade ($\alpha=0,93$), sendo que de acordo com Pasquali (1999), os coeficientes de precisão são considerados adequados para um teste quando estão acima de 0,70.

O passo seguinte, após a construção e análise da estrutura interna dos itens da EMVIVER, foi buscar evidências de validade baseada na relação com outras variáveis, como demonstrado na etapa a seguir.

Estudo 3 Evidências de validade baseadas na relação com variáveis externas

Método

Participantes

A amostra foi composta por ($N= 730$) sujeitos residentes em das cidades do interior do estado de Minas Gerais. A média de idade da amostra total foi de 36,90 anos ($DP= 16,60$), sendo a maioria do sexo feminino ($n=387$; 53%). Os participantes foram divididos em seis grupos distintos. Para melhor visualização, os dados foram em relação a caracterização da amostra, dados sociodemográficos e composição dos grupos foram organizados nas Tabelas 8 e 9, respectivamente.

Tabela 8

Caracterização da Amostra Sexo, Estado Civil, Escolaridade, Trabalho e Renda Mensal

	Sexo		Estado Civil					
	Masculino	Feminino	Solteiro	Casado	Viúvo	Divorciado	Outros	Recasado
N	343	387	443	149	73	42	16	07
%	47%	53%	61%	20%	10%	06%	02%	01%
Grau de Escolaridade								
	Analfabeto	Fundamental Incompleto	Fundamental Completo	Médio Incompleto	Médio Completo	Superior Incompleto	Superior Completo	
N	81	16	70	67	61	371	64	
%	11%	2%	10%	8%	9%	51%	9%	
Trabalho				Renda Mensal				
	Aposentado	Sim	Não	Nenhuma	Até 1000	De 1000 a 2000	Acima de 2000	
N		28	287	415	273	271	123	63
%		4%	39%	57%	37%	37%	17%	9%

Tabela 9
Caracterização dos Grupos, Idade Média, Desvio Padrão Estado Civil e Escolaridade

	Asilo	Terceira Idade	Universitários	Dependente Químico	Oncológicos	Psiquiátrico
	AS	TI	UNI	DQ	ONC	PSQ
<i>N</i>	59	70	342	88	86	85
Idade média	68,90	67,10	26,80	32,60	37,40	32,90
<i>DP</i>	4,70	3,50	7,40	8,60	8,30	7,20
Homens	40 (68%)	20 (29%)	129 (38%)	88 (100%)	20 (23%)	45 (58%)
Mulheres	19 (32%)	50 (71,%)	213 (62%)	0	66 (77%)	40 (42%)
Solteiro	07 (12%)	0	273 (80%)	29 (33%)	56 (55%)	78 (96%)
Casado	05 (8%)	27 (39%)	58 (17%)	26 (30%)	31 (36%)	02 (3%)
Viúvo	39 (66%)	26 (37%)	06 (6%)	05 (6%)	0	01 (1%)
Divorciado	04 (7%)	17 (24%)	07 (2%)	10 (11%)	0	0
Recasado	01 (2%)	0	0	06 (7%)	0	0
Outros	03 (5%)	0	01 (3%)	12 (13%)	0	0
Analfabeto*	45 (75%)	7 (10%)	0	3 (3%)	0	26 (31%)
Fund incompl	9 (15%)	7 (10%)	0	0	0	0
Fund compl	0	0	0	25 (28%)	0	45 (53%)
Médio incompl	0	5 (7%)	0	48 (55%)	1 (1%)	13 (15%)
Médio compl	5 (9%)	25 (36%)	0	11 (13%)	19 (22%)	1 (1%)
Superior inc	0	0	342 (100%)	1 (1%)	28 (33%)	0
Superior comp	0	26 (37%)	0	0	38 (44%)	0

* Os participantes que se declararam analfabetos obtiveram auxílio para responder aos instrumentos aplicados.

Tabela 10
Caracterização dos Grupos em Função do Trabalho e Renda Mensal

	Asilo AS	Terceira Idade TI	Universitários UNI	Dependente Químico DQ	Oncológicos ONC	Psiquiátrico PSQ
Trabalha	0	37 (53%)	148 (43%)	16 (18%)	83 (95%)	3 (1%)
Não Trabalha	59 (100%)	5 (7%)	191 (57%)	72 (82%)	4 (5%)	84 (99%)
Aposentado	0	28 (40%)	0	0	0	
Nenhuma renda	38 (64%)	0	154 (45%)	63 (72%)	05 (6%)	13 (15%)
Até 1 mil reais	21 (36%)	17 (24%)	123 (36%)	25 (28%)	13 (15%)	72 (85%)
De 1 a 2 mil	0	12 (17%)	46 (13%)	0	65 (74%)	0
Acima de 2 mil	0	42 (59%)	17 (06%)	0	04 (5%)	0

Instrumentos

Questionário Sócio Demográfico. Questionário com perguntas abertas e fechadas, contendo informações sobre idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação profissional e renda mensal (Apêndice A).

Escala de Desesperança de Beck – BHS (Cunha, 2001). A BHS é uma medida da dimensão do pessimismo ou “da extensão das atitudes negativas frente ao mundo”. O instrumento foi criado para operacionalizar o componente desesperança do modelo cognitivo de Beck sobre a depressão, como um sistema de esquemas cognitivos, nos quais o denominador comum é a expectativa negativa a respeito do futuro próximo e remoto. A BHS é uma escala dicotômica, com 20 itens com afirmações que envolvem cognições sobre a desesperança. As opções de respostas são Certo (C) e Errado (E). Exemplos: “Penso no futuro com esperança e entusiasmo”; “Seria melhor desistir, porque nada há que eu possa

fazer para tornar as coisas melhores para mim”; “Quando as coisas vão mal, me ajuda saber que elas não podem continuar assim para sempre”.

Quando aplicado de maneira administrativa oral, o tempo é de aproximadamente 15 minutos. Pode ser aplicado coletivamente ou individualmente, sendo muito utilizado também em pacientes psiquiátricos entre 17 e 80 anos. O escore total é o resultado da soma dos itens individuais, cuja resposta apontada no crivo vale 1 ponto cada. O resultado pode variar de 0 a 20, que é a estimativa da extensão das expectativas negativas frente ao futuro, classificadas em níveis: Mínimo (escore de 0 a 4); Leve (escore de 5 a 8); Moderado (escore de 9 a 13) e Grave (escore de 14 a 20). A BHS é um instrumento adequado como indicar psicométrico de risco de suicídio, mostrando-se mais útil em pacientes com histórico de depressão e de tentativas de suicídio. Quanto ao tempo, é de forma auto administrativa, em torno de 5 a 10 minutos.

Escala de Motivos para viver – EMVIVER (Baptista & Gomes, 2014). A partir das análises de validade psicométricas realizadas é possível notar que a EMVIVER está de acordo com os padrões de validade que se referem ao grau de evidência e suporte para interpretações de escores, vinculados aos usos propostos pelos testes (Pasquali, 2003). O instrumento EMVIVER consiste de 29 itens distribuídos em 3 dimensões ou categorias descritas a seguir.

A primeira categoria, contendo 15 itens, diz respeito aos relacionamentos significativos da vida de uma pessoa. Podendo ser entendido como relacionamentos significativos a dimensão familiar e social que cerca a vida de um indivíduo como mostrado nos itens: “A convivência com a família”; “A vontade de dividir e compartilhar amizades”, sendo seu *eigenvalue* 14,4 com alfa de Cronbach de 0,97. A segunda, que contém 9 itens,

trata da atração de um sujeito pela vida. Esta categoria está mais entrelaçada a aspectos relacionados ao otimismo pela vida, tratando da empolgação, motivação frente a desafios da vida, entre outros, como nos itens: “O amor pela vida” e “A busca pela felicidade”, apresentando *eingevalues* 6,5 e alfa de Cronbach de 0,94. A terceira categoria, contendo 5 itens, diz sobre as virtudes, podendo ser entendidas como virtude as questões relacionadas à espiritualidade, justiça, humanidade e transcendência, como exemplificada nos itens: “Acreditar que existe um ser superior” e “A fé”, apresentando *eingevalues* 2,0 e alfa de Cronbach de 0,92.

As correlações feitas com outros instrumentos foram realizadas com esta nova configuração da EMVIVER, contendo 29 itens, em 3 dimensões ou categorias. Na seção seguinte serão apresentados os resultados dos instrumentos utilizados na etapa desse trabalho.

Procedimentos

Para essa terceira etapa da pesquisa, além do contato com coordenadores e professores do UNEC, os contatos também ocorreram com coordenadores e responsáveis pelos demais grupos participantes da pesquisa, dentre eles: A Associação Mãe Admirável - AMA, associação de caráter de saúde na recuperação de dependentes de álcool e outras drogas localizadas em duas cidades do interior de Minas Gerais; Núcleo de Voluntários de Combate ao Câncer de Caratinga, no interior de Minas Gerais, com caráter de apoio terapêutico, familiar e social aos portadores de câncer; Centro de Atenção Psicossocial (Caratinga MG) – CAPS II, Centro de acolhimento e atendimento aos portadores de transtornos mentais; Grupo da Terceira Idade apoiado pelo núcleo de Apoio à saúde da família (NASF), com objetivo de atuar na melhor qualidade de vida dos idosos com

atividades físicas, terapêuticas e saúde me geral e; Grupo de idosos residentes no asilo Monsenhor Rocha de Caratinga, que acolhe vitimados de abandono social.

Diante da anuência dos mesmos, agendou-se um horário para explicar detalhadamente a pesquisa e organizar a coleta de dados, onde foram definidos os dias e horários para os primeiros contatos com os participantes da pesquisa.

Além do pesquisador, participaram da coleta de dados 20 alunos matriculados no 7º, 8º, 9º e 10º períodos do curso de psicologia. Esses alunos foram inteirados sobre a pesquisa e seus objetivos, e passaram por um processo de preparação para auxiliarem o pesquisador. Tais alunos ajudaram na distribuição do material e auxiliaram quando necessário a responder as dúvidas dos participantes da pesquisa, principalmente nos grupos com maior dificuldade de assimilação das informações como por exemplo os indivíduos com baixa ou nenhuma escolaridade e portadores de transtornos mentais. Foram agendados data e horário para que o pesquisador e seus colaboradores fossem aos locais onde se encontravam os grupos para aplicar os instrumentos aos participantes. Solicitou-se aos participantes o preenchimento e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos os participantes que aceitaram participar do estudo receberam instruções sobre o preenchimento dos instrumentos. O tempo médio de duração de cada aplicação variou entre 30 e 50 minutos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade São Francisco (protocolo número CAAE 02015712.0.000.5514).

Plano de análise de dados

Para as análises dos dados foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 20.0). Inicialmente foi feita uma análise descritiva da pontuação máxima,

média e desvio padrão dos instrumentos entre os grupos. Posteriormente foi realizada a correlação de Pearson entre os instrumentos e variáveis idade, escolaridade, renda mensal e entre os grupos. A correlação de Pearson é uma inferência estatística utilizada para medir o grau de correlação entre variáveis. E por fim foi executado o teste ANOVA *post-hoc* de Tukey para comparação de medias dos instrumentos entre os grupos e as variáveis estado civil, escolaridade e renda mensal. A análise de variância ANOVA é uma técnica estatística que permite avaliar afirmações sobre as médias de grupos populacionais.

Resultados

Quanto aos resultados da aplicação da Escala de Desesperança de Beck (BHS) e da Escala de Motivos para Viver (EMVIVER) e suas categorias, a BHS em um máximo de 20 pontos, teve a pontuação média de 7,5 ($DP=4,8$). Já, a EMVIVER, em uma pontuação máxima de 87, obteve uma média de 63,4 pontos ($DP=17,3$), já a categoria (1) Relacionamentos Significativos (RLS), em um máximo de 48, teve média de 33,5 (DP 12,6); a categoria (2) Atração pela Vida (AV), em um máximo de 27, mostrou média de 17,7 (DP 5,8); e a categoria (3) Virtudes (VR), no máximo de 15, apresentou média de 12,3 (DP 4,8). Os dados estão apresentados na Tabela 11.

Tabela 11
Pontuação Máxima, Média e Desvio Padrão nos Instrumentos

	BHS		EMVIVER		
	Total	Total	(RLS) Categoria 1	(AV) Categoria 2	(VR) Categoria 3
Máx	20	87	48	27	15
<i>M</i>	7,5	63,4	33,5	17,7	12,3
<i>DP</i>	4,8	17,3	12,6	5,8	4,8

Na aplicação da Escala de Desesperança de Beck (BHS) e da Escala Motivos para Viver (EMVIVER) e suas categorias, a BHS em um máximo de 20 pontos, teve sua maior pontuação no grupo AS, com média de 13,3 ($DP=5$), seguido do grupo PSQ, com média 11,4 ($DP=3,6$). Já em relação aos resultados da EMVIVER, em um máximo de 87 pontos, os mesmos grupos (AS e PSQ) tiveram as menores pontuações, com média de 46,6

($DP=9,2$) e 42,1 ($DP =12,8$) respectivamente. Tratando-se das categorias da EMVIVER, na categoria 1 (RLS) os grupos AS e PSQ obtiveram média 24,9 ($DP 4,8$) e 16,1 (9,5); na categoria 2 (AV) apresentaram média 10,7 ($DP=3,8$) e 15,6 ($DP=2,7$); e na categoria 3 (VR) as médias dos grupos foram 11,0 ($DP=1,24$) e 10,4 ($DP=1,4$). A EMVIVER atingiu sua maior pontuação nos grupos OC, média 67,4 ($DP= 2,2$) e no DQ com média de 75,5 ($DP= 6,5$). Já no BHS as menores pontuações foram observadas nos grupos OC com média de 3,9 ($DP=1,5$), DQ 4,6 ($DP=3,1$) e GTI 6,8 ($DP=4,7$), mostrados na Tabela 12.

Tabela 12
Pontuação dos Grupos nos Instrumentos

		Asilo	Terceira Idade	Universitários	Dependente Químico	Pacientes Oncológicos	Psiquiátrico
BHS	<i>M</i>	13,3	6,8	7,2	4,6	3,9	11,3
	<i>DP</i>	5,0	4,6	3,7	3,1	1,5	3,6
EMVIVER	<i>M</i>	46,6	58,3	66,6	75,5	67,4	42,1
	<i>DP</i>	9,2	20,5	16,7	6,5	2,2	12,8
Categoria 1	<i>M</i>	24,9	30,5	36,5	39,8	33,2	16,1
	<i>DP</i>	4,7	11,2	12,7	5,0	2,0	9,5
Categoria 2	<i>M</i>	10,7	17,1	17,7	22,6	19,6	15,6
	<i>DP</i>	3,8	6,2	6,3	2,0	1,2	2,7
Categoria 3	<i>M</i>	11,0	10,7	12,5	13,1	14,6	10,4
	<i>DP</i>	5,0	3,5	3,0	1,0	1,0	1,4

As correlações estabelecidas entre a BHS e a EMVIVER apontaram, na sua maioria, relações significativas com os dados sócios demográficos, assim como entre os próprios instrumentos, além das relações entre as variáveis sócio demográficas. Em relação à escolaridade, observou-se que pessoas com idade mais elevada possuem também menor

grau de escolaridade ($r = -0,27$). Em relação à renda mensal, quanto maior a renda, mais elevada a idade ($r = 0,37$). Quanto aos instrumentos utilizados, a BHS apontou correlação positiva com a variável idade ($r = 0,21$), ou seja, pessoas com idade mais elevadas, apresentam maior grau de desesperança. Ao contrário, os resultados da EMVIVER apontaram que a idade mais elevada se correlaciona com menos motivos para viver ($r = -0,47$).

Quanto à escolaridade, foi possível perceber uma correlação positiva com a variável renda mensal ($r = 0,36$), ou seja, quanto maior a escolaridade, maior a renda mensal. O BHS apontou correlação negativa com a escolaridade ($r = -0,40$), pois pessoas com mais escolaridade, possuem também menor nível de desesperança. O que está em consonância com argumento de Durkheim (2003), em que a baixa escolaridade pode ser um dos fatores de risco para comportamentos suicidas. Quanto à EMVIVER e à escolaridade, observou-se uma correlação positiva ($r = 0,54$), em que pessoas com maior escolaridade têm também mais motivos para viver.

Quanto à renda mensal, a BHS apontou correlação negativa ($r = -0,20$), demonstrando que quanto maior a renda menor o nível de desesperança das pessoas. Tratando-se da EMVIVER e o sexo, o grupo masculino ($r = -,073$) e feminino ($r = -0,54$) apresentaram correlações inversas entre os instrumentos. Na correlação estabelecida entre os instrumentos aplicados, observou-se uma significativa correlação negativa entre a BHS e a EMVIVER ($r = -0,60$), confirmando a hipótese de que, quanto mais motivos para viver, menor o grau de desesperança, como mostrado na Tabela 13.

Tabela 13
Correlações entre os Instrumentos e Variáveis

		Idade	Escolaridade	Renda Mensal	BHS	EMVIVER
Idade		1	-0,27**	0,37**	0,22**	-0,47**
	<i>N</i>	730	730	730	529	730
Escolaridade				0,36**	-0,40**	0,54**
	<i>N</i>		730	730	529	730
Renda Mensal					-0,20**	-0,07
	<i>N</i>				529	730
BHSTOT						-0,60**
	<i>N</i>				529	730

** $p=0,05$

Tratando-se das correlações entre a EMVIVER e a BHS nos grupos, todos apresentaram correlações inversas. Grupo Asilo ($r= -0,77$); Grupo Terceira Idade ($r= -0,48$); Grupo Acadêmico ($r= -0,46$); Grupo Dependentes Químicos ($r= -0,22$); Grupo Oncológicos ($r= -0,44$); Grupo Psiquiátrico ($r= -0,76$), como demonstra a Tabela 14.

Tabela 14
Correlações entre Grupos

		BHS
Asilo EMVIVER		-0,77**
	<i>N</i>	59
Terceira Idade EMVIVER		-0,48**
	<i>N</i>	70
Acadêmico EMVIVER		-0,46**
	<i>N</i>	342

** $p=0,05$

As diferenças relacionadas ao estado civil para o instrumento BHS foram exploradas pela análise de variância ANOVA e posteriormente submetidas ao teste de Tuckey (*post-hoc*). Os resultados mostraram que os escores da BHS se diferenciaram para o estado civil ($F=17,92$; $p < 0,05$). Os dados foram verificados por meio do teste *post-hoc* de Tuckey para verificar quais tipos de estados civis justificavam as diferenças encontradas. Assim, como pode ser visto, o único grupo que diferenciou dos demais foi o de viúvos, o qual apresentou pontuação mais alta, demonstrando mais desesperança, como demonstrado na Tabela 15.

Tabela 15
ANOVA, Post-Hoc de Tukey, para BHS e Estado Civil

Estado civil	N	$\alpha = 0,05$	
		1	2
Recasado	07	3,86	
Outros	16	5,69	
Casado	115	5,74	
Desquitado/Divorciado	36	7,11	
Solteiro	284	7,49	
Viúvo	71		11,73

As diferenças relacionadas também ao estado civil, mas desta vez para a EMVIVER foram exploradas pela análise de variância ANOVA, mostrando resultado significativo ($F=16,02$; $p < 0,005$). Posteriormente os dados foram verificados por meio do teste *post-hoc* de Tuckey para verificar quais tipos de estados civis justificavam tais diferenças encontradas. Foi possível observar novamente que o grupo que apresentou diferenciação para com os demais foi o de viúvos, apresentando pontuações menores, demonstrando menos razões para viver. Dados também encontrados por Sass, Hannaway, Figlio, e Feng (2012), que apresentaram em seus dados uma prevalência de depressão em viúvos,

destacando também a importância da atenção extra neste grupo em razão da prevalência de sintomas depressivos. (Tabela 16)

Tabela 16
ANOVA post-hoc de Tukey para EMVIVER e Estado Civil

Estado Civil	N	$\alpha= 0.05$	
		1	2
Viúvo	75	49,72	
Solteiro	405	62,82	62,82
Desquitado/Divorciado	48		66,48
Outros	16		68,25
Casado	179		69,33
Recasado	7		74,86

As diferenças relacionadas a escolaridade foram exploradas pela análise de variância ANOVA e posteriormente submetidas ao teste de Tukey para diversas amostras. Observou-se que na BHS os dados demonstraram uma diferenciação entre o grupo médio completo, apresentando as menores médias, com os grupos superior incompleto e médio incompleto, e estes se diferenciaram dos grupos analfabetos e fundamental completo, sendo estes os que apresentaram as maiores médias ($F= 32,03$; $p<0,05$) (Tabela 17).

Tabela 17
ANOVA post-hoc de Tukey para BHS e Escolaridade

Escolaridade	N	$\alpha= 0,05$		
		1	2	3
Médio Completo	56	4,25		
Superior Completo	64	5,06	5,06	
Superior Incompleto	168		6,73	
Médio Incompleto	72		6,97	
Analfabeto/Fundamental Incompleto	82			10,68
Fundamental Completo	87			10,69

A análise de variância ANOVA, com teste *post-hoc* de Tukey, observou-se que o EMVIVER apresentou diferenciação para a escolaridade ($F=150,46$; $p<0,05$). Neste caso, os dados apresentam uma diferença dos grupos fundamental completo e analfabetos, demonstrando estes as menores médias, para com os grupos médio incompleto e superior completo e estes com os grupos superior incompleto e médio completo, sendo estes dois últimos os que apresentaram as maiores médias. (Tabela 18).

Tabela 18
ANOVA post-hoc de Tukey para EMVIVER e Escolaridade

Escolaridade	N	$\alpha= 0,05$		
		1	2	3
Fundamental Completo	142	44,15		
Analfabeto/Fundamental Incompleto	105	46,74		
Médio Incompleto	86		61,42	
Superior Completo	76		62,68	
Superior Incompleto	231			72,23
Médio Completo	90			73,81

No seguimento das comparações realizadas pela utilização da ANOVA, foi possível observar que a BHS apresentou diferenciação para a renda mensal ($F= 8,46$; $p<0,05$). Os grupos que têm renda acima de 2000 reais e de 1000 a 2000 reais apresentaram as menores pontuações, demonstrando menor desesperança. Já os grupos que têm renda até 1000 reais, ou nenhuma, apresentaram as maiores pontuações, demonstrando maior desesperança. A Tabela 19 demonstra esses dados.

Tabela 19
ANOVA post-hoc de Tukey para BHS e Renda Mensal

Renda Mensal	N	$\alpha= 0,05$	
		1	2
Acima de 2000 reais	47	5,53	
De 1000 a 2000 reais	95	6,03	
Até 1000 reais	176		7,97

Na aplicação da ANOVA, o EMVIVER também apresentou diferenciação para com a renda mensal ($F= 16,70$; $p<0,05$). Nessa comparação, o grupo que tem renda de até 1000 apresentou as menores médias e uma diferenciação com os demais grupos, e o grupo de indivíduos que têm uma renda de 1000 a 2000 reais demonstrou as maiores médias. (Tabela 20).

Tabela 20

ANOVA post-hoc de Tukey para EMVIVER e Renda Mensal.

Renda Mensal	N	$\alpha= 0,05$	
		1	2
Até 1000 reais	302	58,63	
Nenhuma	200		64,98
Acima de 2000 reais	77		67,44
De 1000 aos 2000 reais	151		68,55

No que diz respeito à aplicação da ANOVA, com teste *post-hoc* de Tukey, para diversas amostras em relação aos grupos, a BHS apresentou diferenciação ($F= 76,65$; $p<0,05$). É possível observar uma grande diferença entre os grupos, sendo que, os pacientes oncológicos e dependentes químicos demonstraram as menores pontuações, com menor desesperança, seguidos dos universitários e grupo de terceira idade, diferenciando do grupo psiquiátrico e, por fim, o grupo de asilares demonstrou as maiores pontuações, apresentando maior desesperança, como demonstra a Tabela 21.

Tabela 21

ANOVA post-hoc de Tukey para BHS e Grupos.

Grupo	N	$\alpha= 0,05$			
		1	2	3	4
Pacientes Oncológicos	86	3,88			
Dependentes Químicos	88	4,61			

Terceira Idade	70	6,77	
Universitários	141	7,24	
Psiquiátrico	85		11,35
Grupo Asilo	59		13,29

Já em relação à aplicação da ANOVA para com os grupos, a EMVIVER foi diferenciada ($F= 70,33; p<0,005$). Como pode ser visto, há uma grande diferenciação entre os grupos. Os indivíduos psiquiátricos e residentes de asilo apresentaram as menores pontuações, demonstrando menores razões para viver, seguidos pelo grupo da terceira idade, acadêmicos, pacientes oncológicos, e, por último, dos dependentes químicos que apresentaram as maiores pontuações, demonstrando maiores razões para viver, como é possível ver na Tabela 22.

Tabela 22
ANOVA *post-hoc de Tukey para EMVIVER e Grupos*

Grupo	N	$\alpha= 0,05$			
		1	2	3	4
Psiquiátrico	85	42,10			
Grupo Asilo	59	46,62			
Terceira Idade	70		58,28		
Universitários	342			66,63	
Pacientes Oncológicos	86			67,43	
Dependentes Químicos	88				75,52

Discussão

O presente estudo teve como objetivo apresentar a construção da Escala de Motivos para Viver (EMVIVER), que busca ser um instrumento útil para aferir indicadores protetivos de comportamentos de risco, ou seja, uma medida dos motivos para viver atribuídos às pessoas, da extensão do otimismo e da esperança frente aos desafios, a perspectivas e planos para o futuro. De fato, como observado por Sánchez (2001), os fatores protetivos agem como “escudo”, protegem o sujeito, diminuindo a probabilidade de comportamentos de risco, inclusive o suicídio. E como assinalado por Osman et al (2004), fatores protetivos geralmente estão ligados a relacionamentos significativos, laços de amizades, suporte familiar, uma vida social ativa, integração social em grupos de trabalho e lazer, crenças religiosas, espiritualidade, esperança, satisfação com a vida e planos para o futuro, que segundo os autores, se constituem em importantes razões e motivos para viver.

Fremouw e Ellis (1990) e Botega et al. (2005) salientam que a presença de fatores de proteção podem diminuir a incidência do risco, através do fortalecimento de estratégias de enfrentamento, ou seja, a presença de motivos para viver pode oferecer condições de suporte, constituindo-se em recursos e ajuda efetiva para enfrentamento de uma crise, diminuindo o risco de suicídio. A compreensão desses fatores de proteção é fundamental, uma vez que possibilitam a elaboração de perspectivas eficazes de prevenção e promoção de saúde (Morais & Koller, 2004).

Nessa direção, a EMVIVER está inserida em uma visão ampla e atual da Psicologia, denominada Psicologia Positiva. Seligman e Csikszentmihalyi (2000) definiram Psicologia Positiva a partir do seu objetivo de compreender os fatores e processos que promovem o desenvolvimento psicológico sadio e que se interessa pela compreensão de aspectos

responsáveis pelo fortalecimento e construção de competências. Como assinalado por Sheldon e King (2001), a Psicologia Positiva estuda cientificamente as forças e virtudes humanas. Aspectos como bem-estar subjetivo, otimismo, felicidade, autodeterminação, esperança, criatividade, habilidades interpessoais e fé são alguns exemplos de traços humanos que os teóricos da Psicologia Positiva vêm relacionando a um desenvolvimento saudável.

Embora nesse estudo a escala apresentada tenha buscado como referencial a RFL (Linehan, 1983), uma importante observação a ser feita entre a RFL e EMVIVER é que a primeira avalia indiretamente a ideação suicida, mais precisamente por um enfoque cognitivo, por meios de questionamentos relativos a diferentes razões para manter-se vivo, ou seja, para não se matar, valorizando as crenças e razões para que a pessoa não apresente comportamento autodestrutivo, como nas dimensões: “Crenças de Sobrevivência“, “Responsabilidade para com a família”, “Medo do suicídio”, “Medo da desaprovação social” e “Objeções morais”. Por seu lado, a EMVIVER avalia diretamente as razões e motivos para viver, a partir de questionamentos positivos que agrupam-se em dimensões positivas como “Relacionamentos Significativos”, “Atração Pela vida” e “Virtudes”.

Os estudos relacionados ao comportamento humano, que investigam comportamentos de riscos como os transtornos mentais, uso de substâncias, agressividade, delinquências e suicídio, geralmente direcionam seu olhar para os aspectos negativos do comportamento humano como depressão, desesperança, estresse, dentre outros (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Contudo, sobre o olhar da Psicologia Positiva, como observam Seligman e Peterson (2003), Silva (2006), Yunes (2003), Morais e Koller (2004) é possível se pensar o sujeito a partir de competências para superar desafios e problemas relacionados à sua afetividade, à personalidade, à sua saúde de maneira mais ampla, por meio de

aspectos relacionados, por exemplo, à resiliência e às forças no desenvolvimento humano, tais como conhecimento, coragem, amor, justiça e transcendência.

Para alcançar o objetivo, proposto nesse estudo, de construir a Escala de Motivos para Viver (EMVIVER), primeiramente no Estudo 1, buscou-se construir os itens da escala e suas respectivas categorias. Para esse primeiro estudo, utilizou-se de uma amostra Universitária de diferentes cursos. Com o objetivo de identificar os motivos para viver dos participantes, foi solicitado aos mesmos que respondessem a questão “Quais seus motivos para viver”? As respostas da amostra foram analisadas qualitativamente, e 55 itens foram construídos e identificadas 5 categorias, sendo essas comparadas com a literatura disponível.

Na categoria denominada de Relacionamentos Significativos (Osman et al., 2004), foram distribuídos os itens que se ligavam aos afetos e sentimentos voltados para familiares e amigos como, por exemplo, “poder desfrutar da proteção que a família proporciona”, “compartilhar amizade” e “convivência com pessoas queridas”. Na categoria Atração pela vida (Osman et al., 2004) permaneceram os itens voltados para o desejo de vivenciar momentos positivos, de viver com entusiasmo e otimismo como nos exemplos “o amor pela vida”, “a vontade de viver” e “poder usufruir dos momentos que a vida oferece”. Na categoria Planos para o futuro (Osman et al., 2004), prevaleceram os itens relacionados para planos e objetivos futuros como demonstrado nos itens “Realizar conquistas”, “Realizar os sonhos que fazem parte da vida” e “O desejo de colocar em prática todos os projetos de vida”. Na categoria Aspectos Relacionados ao Eu (Ryan & Deci, 2001, Waterman, 1993), destacaram-se os itens ligados ao conhecimento, auto aperfeiçoamento e valorização pessoal como, por exemplo, “A busca do meu equilíbrio interior”, “A busca pela realização profissional” e “A vontade de aprender a cada dia”. Por fim, na categoria Virtudes, ficaram

os itens voltados para a espiritualidade, humanidade e transcendência como, nos exemplos, “A certeza que a vida é um presente divino”, “Fazer o bem” e “Acreditar em dias melhores”.

No Estudo 2, a partir de uma análise psicométrica preliminar, por meio de testes de KMO e esfericidade de Barlett, foi constatado que os 55 itens eram passíveis de serem fatorados (Pereira, 1999). Foi feita a análise paralela a fim de determinar o número de fatores, forçando-se em 3. Na análise fatorial, a estrutura dos itens apresentou-se distribuída em fatores, assim denominados: Relacionamentos significativos; Atração pela vida e Virtudes. Os 29 itens que permaneceram na escala, após a análise paralela, apresentaram-se com cargas maiores que 0,40. Essa é uma informação que Pasquali (1999) contempla, uma vez que, para esse autor, índices fatoriais acima de 0,30 são considerados adequados no processo de análise fatorial.

No que diz respeito às análises dos fatores da EMVIVER, a categoria “Relacionamentos significativos” ficou composta por itens relacionados ao suporte social e familiar, que incluem subcategorias como família em geral, família nuclear, manter amizades e fazer novos amigos. As relações sociais tendem a ter papel essencial na atenção e promoção da saúde física e mental (Penning, 1995). Nessa mesma direção, pesquisas têm demonstrado que as relações sociais são capazes de moderar o estresse em pessoas com experiência em problemas de saúde, morte do cônjuge ou mesmo crises financeiras (Souza & Baptista, 2008). Os efeitos positivos do suporte social estão associados à utilização de diferentes tipos de suporte fornecidos pela família (emocional ou funcional), constituindo em importantes indicadores protetivos (Tavares, 2010).

Pesquisas também revelam que o estabelecimento de relações significativas com familiares e amigos funcionam como suporte para diferentes grupos, seja na manutenção de

sua estrutura interna, ou mesmo, em momentos de crise (House, Landis, & Umberson, 1988). O suporte familiar tem merecido atenção especial, tanto no tratamento como na prevenção de uso e dependência de substâncias entre jovens e adolescentes (Kalina, 1999). Dentro da dinâmica atual do fenômeno das drogas é fundamental focalizar o papel da família.

Para Suárez e Galera (2004), a família influencia as crenças, atitudes e comportamentos de seus membros, relacionados com a saúde e a enfermidade. Hábitos saudáveis, tais como a alimentação e os exercícios físicos, assim como os não saudáveis como uso de tabaco e álcool estão presentes no contexto familiar. Como afirma Bastos (1999), a família aparece, no mundo contemporâneo, como eixo estratégico ao longo do qual se organiza a socialização e a sobrevivência cotidiana e pelas quais passam, necessariamente, ações de controle social, no sentido de conformidade ou da emancipação.

Relacionamentos significativos agem também como suporte protetivo na vida de idosos. As redes sociais, formadas por familiares e amigos, diminuem, significativamente, efeitos do estresse nos indivíduos mais velhos. Elas oferecem suporte social na forma de amor, afeição, preocupação e assistência (Cockerham, 1991). Pessoas que não têm este tipo de suporte tendem a ter mais dificuldade para lidar com o estresse que aquelas que o têm. Normalmente, a ausência de parentes, especificamente parentes mais próximos, como o cônjuge ou os filhos, está associada com doença e mortalidade entre pessoas idosas (Bosworth, & Schaie, 1997).

Um suporte familiar adequado pode estar relacionado com a prevenção de transtornos mentais, como a depressão (Ivanova & Israel, 2006). Em estudo realizado por Santana (2008), verificou-se que, quanto maior o suporte familiar recebido, menor sintomatologia depressiva e melhores os estilos parentais encontrados.

No que tange à importância dos relacionamentos significativos, a APA (2003) retrata que problemas que afetam este tipo de relacionamento, ou seja, a falta de apoio e de laços afetivos com familiares e amigos, podem se constituir em aspectos relevantes para avaliação do risco de suicídio e/ ou desenvolvimento de transtornos mentais.

Para Sánchez (2001), esses relacionamentos significativos, no que tange ao suporte familiar, agem como força contrária aos impulsos destrutivos e fortalecem as estratégias no enfrentamento dos problemas. Para o autor, os psicólogos são confrontados com o desafio de como aplicar o conhecimento crescente sobre comportamentos de risco em sua prática clínica. Sugere um modelo prático e fácil para integrar este conhecimento como proposta ao profissional da psicologia para orientar suas avaliações de risco e tomada de decisão clínica. Este modelo baseia-se em fatores de risco conhecidos para o suicídio que são categorizados como histórico pessoal, psicossocial, ambiental e clínico e são dicotomizados em estados agudos e crônicos. O modelo inclui fatores de proteção que são categorizados como temporários e permanente (Sánchez, 2001).

Osman et al. (2004) destacam que os fatores protetivos, como o suporte social, familiar e relações de amizades, fortalecem as estratégias de enfrentamento do sujeito e constituem-se em condições de suporte que ajudam a diminuir a probabilidade do indivíduo engajar-se em um comportamento suicida.

Ainda sobre a análise de fatores da EMVIVER, a categoria “Atração pela Vida” ficou composta por itens relacionados à felicidade, otimismo, amor pela vida e satisfação com a vida. A respeito dessa dimensão, Diener e Lucas (2002) destacam que o campo de pesquisa sobre atração pela vida, felicidade, otimismo, bem estar, satisfação com a vida e amor à vida têm sido método de investigação de como as pessoas avaliam as suas vidas, incluindo estudo de variáveis como vida satisfatória, satisfação nos relacionamentos,

ausência de depressão e ansiedade, emoções e estados de humor positivos. Tais construtos são fenômenos complexos e de difícil mensuração, por se tratar de estados subjetivos. A satisfação com a vida, por exemplo, é um julgamento cognitivo de alguns domínios específicos na vida como saúde, trabalho, condições de moradia, relações sociais, dentre outras. Satisfação reflete, em parte, o bem-estar subjetivo individual, ou seja, o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem suas experiências de vida de maneira positiva.

Albuquerque e Tróccoli (2004) relataram que o bem-estar subjetivo busca compreender a avaliação que os indivíduos fazem de suas vidas, em relação aos aspectos: felicidade, satisfação, estado de espírito e afeto positivo, sendo considerada por alguns autores como variáveis importantes que fortalecem razões e motivos para viver (Osman et al., 2004). Bem-estar subjetivo e felicidade, para alguns autores, são termos sinônimos (Diener et al., 2002; Graziano, 2005). No âmbito do conhecimento científico, o termo “felicidade” tem sido traduzido por bem-estar subjetivo. Assim, o construto bem-estar subjetivo (BES) tem sido concebido como o estudo científico da felicidade, estando fortemente relacionado à promoção de saúde. Trata-se de experiência interna de cada indivíduo, que emite um julgamento de como a pessoa se sente e o seu grau de satisfação com a vida. Pesquisas, como já mencionado nesse trabalho, têm demonstrado que o bem-estar subjetivo, a felicidade e o otimismo são determinantes para uma vida saudável, diminuindo comportamentos de riscos e elevando, consideravelmente, a qualidade de vida entre diferentes grupos populacionais.

No terceiro fator analisado, Virtudes, aglomeraram-se os itens relacionados à espiritualidade, humanidade, justiça, transcendência e esperança. Nessa direção, Lemos e Cavalcante (2009) pontuam que testes contendo como critério indicadores positivos que avaliam dimensões como virtudes, espiritualidade e esperança, constituem em importantes

fatores protetivos, o que contribui no processo de prevenção e promoção da saúde mental. Fleck et al., (2003) por sua vez, destacam que a espiritualidade é um fator central para a avaliação em saúde, ao oferecer um referencial de significados para o enfrentamento de enfermidades, contribuindo para a saúde mental de um indivíduo. E, ainda, de acordo com a OMS (2001), a saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social. Desde 1983, discute-se a inclusão da espiritualidade como elemento essencial no processo de promoção da saúde. Para Marques (2000), a espiritualidade tende a ser vista como uma dimensão da natureza humana relacionada à qualidade de vida e bem-estar. Pesquisas nos âmbitos nacionais e internacionais vêm apresentando trabalhos, nos quais são explorados aspectos de espiritualidade no tratamento de doenças crônicas, melhora de quadros clínicos graves e no restabelecimento pós-cirúrgicos, assim como relacionando a espiritualidade como suporte protetivo na prevenção de comportamentos de riscos, como no caso de transtornos mentais, uso de substâncias e comportamentos suicidas (Culloford, 2002; Osman et al., 2004; Tavares, 2010). A literatura também apresenta um grande número de investigações que relacionam a espiritualidade à qualidade de vida e a inventários de espiritualidade (Culloford, 2002; Ellerhorst-Ryan, 1988; Ellison, 1983; Fee & Ingran, 2004; Panzini & Bandeira, 2005).

Panzini e Bandeira (2007) alertam que a qualidade de vida é um conceito recente, que engloba e transcende o conceito de saúde, sendo composto de vários domínios ou dimensões: física, psicológica, ambiental, entre outras. Os fatores analisados nessa pesquisa, como Relacionamento Significativo, Atração pela Vida e Virtudes, como mostra a literatura, estão diretamente ligados à saúde de maneira geral, e se apresentam como importantes indicadores de proteção na prevenção da saúde mental (Cavalcante, 2009; Culloford, 2002; Fleck et al., 2003; Osman et al., 2004; Tavares, 2010)

Quanto aos índices de confiabilidade da EMVIVER, em sua totalidade, assim como de seus fatores, isoladamente, mostraram-se acima dos parâmetros estabelecidos pela literatura, apresentando alfa de Cronbach entre 0,92 e 0,98, sendo que, de acordo com Pasquali (1999) e outros autores, como Prieto e Muniz (2000), convencionou-se acima de 0,70 índice aceitável de confiabilidade.

O próximo ponto a ser discutido, a partir do Estudo 3, diz respeito às análises psicométricas, por meio das correlações de Pearson, entre as variáveis sócio demográficas e os instrumentos e entre os próprios instrumentos aplicados.

Nessa direção, a BHS apontou correlação positiva com a variável idade, ou seja, pessoas com idade mais elevada apresentam maior grau de desesperança. Esse dado corrobora com afirmações de Oliveira et al., (2006), nas quais as autoras ressaltaram uma relação estatisticamente significativa entre ansiedade, depressão e desesperança nos idosos. Esse fato talvez esteja relacionado a uma visão pessimista do idoso em relação a diversas situações de sua vida. Ao contrário, os resultados da EMVIVER apontaram que a idade mais elevada se correlaciona com menos motivos para viver ($r = -0,47$). Este fato está em consonância com estudos que apontam que a satisfação com a vida (componente cognitivo) diminui com a idade, enquanto que a intensidade das experiências afetivas aumenta no decorrer dos anos (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999; Kunzmann, Little & Smith, 2000). A BHS apontou correlação negativa com a escolaridade ($r = -0,40$), pois pessoas com mais escolaridade possuem também menor nível de desesperança.

Sobre a escolaridade e desesperança, Alvarenga, Oliveira, e Faccenda (2012), realizaram um estudo para verificar a estrutura fatorial da Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens, em uma amostra de idosos assistidos pela Saúde da Família; descrever o perfil social e analisar as respostas aos itens da Escala de Depressão Geriátrica. As autoras, com

base nos dados analisados, pontuam que a pouca escolaridade também contribuiu para a apatia, a desmotivação e a desesperança.

Quanto à EMVIVER e a escolaridade, observou-se uma correlação positiva ($r=0,54$), em que pessoas com maior escolaridade têm também mais motivos para viver. Coleta, Lopes, e Coleta (2012) encontraram dados que estão em consonância com tal achado em estudo realizado com 388 estudantes universitários, utilizando um conjunto de escalas para medida de variáveis associadas à felicidade, bem-estar subjetivo, comportamento social e algumas questões sobre dados sócio demográficos. Os autores demonstram que ao se testarem as diferenças entre as médias dos diversos grupos, constituídos por suas características sócio demográficas, verificou-se que as mulheres, os mais jovens, os casados ou namorados, os religiosos, os que estudaram em escolas privadas no ensino fundamental e públicas no ensino superior, que conhecem outros idiomas, com renda familiar mais alta, com altos níveis de escolaridade dos pais, com mais altos níveis socioeconômicos mostram-se significativamente mais populares, menos solitários, mais satisfeitos com a vida e mais felizes.

Quanto à renda mensal, a BHS apontou correlação negativa ($r= -0,20$), demonstrando que quanto maior a renda mensal menor o nível de desesperança das pessoas. Dado que tem relação com estudo realizado por Crepaldi (2009). O autor encontrou dados, demonstrando que síndromes depressivas se associam ao gênero feminino, faixas etárias mais altas, baixo status socioeconômico, maior número de morbidades físicas, níveis mais altos de limitação funcional e maior uso de serviços de saúde.

Ainda sobre a EMVIVER e a BHS, no que diz respeito a evidências de validade de um teste psicológico, alguns autores, como Primi, Muniz, e Nunes (2009), pontuam que evidência de validade se refere à capacidade do teste medir aquilo a que se propõe. Com

base nas definições contemporâneas de validade para os testes psicológicos, os autores pontuam que essas podem ser obtidas por meio de estudos de validade com base no conteúdo, processo de resposta, estrutura interna, na relação com variáveis externas e evidências de validade baseadas nas consequências da testagem. Nessa etapa de análise, pode-se dizer que a EMVIVER apresentou evidências de validade com base na relação com variáveis externas, nesse caso, por meio do instrumento BHS, uma vez que os instrumentos se correlacionaram de forma negativa, confirmando a hipótese de que quanto mais motivos para viver menor o grau de desesperança, sendo o presente estudo justificado com base na literatura pertinente.

Sabe-se que a desesperança é considerada um dos sintomas psíquicos de maior preocupação dentro do contexto dos comportamentos de riscos, pois é aceita como um fator de risco tanto para suicídio, ideação suicida e o desejo de morte prematura, apresentando forte tendência, também, a associar-se a quadros depressivos (Beck, Steer, Beck, & Newman, 1993). Os mesmos autores definiram a desesperança como um sistema de esquemas cognitivos, cujo denominador comum são as expectativas negativas sobre o futuro. Assim, segundo Benzein e Berger (2005), diante do sentimento de desesperança, vivencia-se a sensação de que é impossível alcançar uma meta almejada e, portanto, não vale a pena tentar. Tal fato é de extrema importância e consideração, no que se refere a indicadores de riscos para comportamentos suicidas. Em contra partida, fatores protetivos como atração pela vida, razões para viver e relações significativas podem servir de suporte e se contrapor ao estado de desesperança (Wasserman, 2001).

De acordo com McClement e Chochinov (2008) pode-se dizer que promover a esperança pode ajudar a pessoa a transcender da situação de adoecimento, de forma a

encontrar força interior que a ajude na recuperação da situação de desesperança, possibilitando o encontro com uma harmonia interna.

Na discussão relacionada às análises de variância (ANOVA) com as variáveis analisadas, em relação ao teste *post-hoc* de Tukey dos instrumentos e o estado civil, observou-se que o BHS mostrou significativo resultado em relação aos viúvos. Esses apresentaram pontuações mais altas, demonstrando mais desesperança. Para este grupo observou-se que a EMVIVER foi diferenciada, apresentando pontuações menores, demonstrando menos razões para viver. O presente resultado está em consonância com estudos que apresentaram em seus dados uma prevalência de depressão e desesperança em viúvos idosos, destacando, também, a importância da atenção extra neste grupo em razão da prevalência de sintomas depressivos e desesperança (Sass et al., 2012).

Observa-se também que no teste *post-hoc* de Tukey entre os instrumentos e a escolaridade que, na BHS os dados demonstraram uma diferenciação dos grupos analfabetos e fundamental completo que apresentaram as maiores médias, indicando maior desesperança. Cunha, Bastos, Duca (2012), encontraram resultados em um estudo com o objetivo de estimar a prevalência e os fatores demográficos e socioeconômicos associados à depressão, demonstrando que indivíduos de baixa escolaridade apresentam maior depressão. Para a EMVIVER, os dados apresentam os grupos superior incompleto e médio completo, sendo os que apresentam as maiores médias, evidenciando mais motivos para viver.

No seguimento das comparações realizadas entre os instrumentos e a renda mensal, na BHS os grupos com renda acima de 2000 reais e de 1000 a 2000 reais apresentaram as menores pontuação, ou seja menor desesperança, já os grupos com renda até 1000 reais, ou nenhuma, apresentaram as maiores pontuações, demonstrando ter mais desesperança. Pinto

et al. (2014), tendo o objetivo de correlacionar a atividade física à desesperança e observar de que forma essas variáveis se relacionam, demonstram que a renda mensal se apresenta importante no que diz respeito à desesperança, pois indivíduos em atividade física e com menos desesperança possuem uma maior renda mensal, comparados aos que não têm essa prática.

Tratando-se da EMVIVER e a renda mensal, o grupo de indivíduos, que têm uma renda de 1000 a 2000 reais, demonstrou as maiores médias, apresentando mais motivos para viver. Segundo Jakobsson, Hallberg, e Westergren (2004), uma boa situação socioeconômica mostra-se associada à melhor qualidade de vida. Sherbourne et al (1992), também, concluíram que problemas financeiros reduzem o bem-estar, achados que corroboram os encontrados neste estudo.

Em relação aos grupos e os instrumentos aplicados, é possível observar uma grande diferença tratando-se da BHS, sendo que os pacientes oncológicos, dependentes químicos, idosos em grupos da terceira idade e universitários apresentaram pontuações menores, demonstrando menos desesperança, e as maiores pontuações na EMVIVER, demonstrando mais motivos para viver. Quanto aos grupos asilares e psiquiátricos, esses apresentaram valores maiores na BHS, demonstrando mais desesperança e menos motivos para viver. Esses dados vão ao encontro de estudos que objetivam relacionar o nível de desesperança/esperança em diferentes grupos populacionais.

Nessa direção, Oliveira et al. (2006), com o objetivo de explorar o nível de desesperança entre grupos de idosos, utilizando para tanto uma amostra de 79 idosos, divididos entre idosos provenientes de um centro de terceira idade e idosos numa instituição asilar, obtiveram resultado que evidenciaram a presença maior de desesperança no grupo de idosos institucionalizados. Os resultados também apontaram que os idosos

pertencente ao centro de terceira idade, na sua maioria, desfrutava da convivência familiar (esposa, filho e netos), praticavam atividade de lazer (atividades físicas) e regularmente eram assistidos por fisioterapeutas e médicos. Quanto aos idosos institucionalizados, na sua maioria, não desfrutavam da convivência familiar, possuíam pouco contato social, e a assistência médica ocorria de maneira precária na própria instituição. Esses dados estão de acordo com a literatura. Envolvimento na comunidade, relacionamento familiar, vida social satisfatória e integração social são fatores que fortalecem as estratégias no enfrentamento dos problemas, contribuindo, entre outras coisas, com a satisfação pela vida e esperança (Osman et al.,2004; Sánchez, 2001; Wasserman, 2001).

Tratando-se dos pacientes em tratamento oncológico, aumentava a esperança e a motivação diante da melhora e da cura, pois tratava-se de uma parcela constituída por pacientes em etapa de evolução e recuperação do tratamento. Isso está em concordância com estudo feito por Rodrigues e Polidori (2012), já que os autores tiveram o objetivo de compreender o processo de enfrentamento da doença e a resiliência dos pacientes com câncer, submetidos a tratamento quimioterápico, e de seus familiares. As informações obtidas por intermédio desta pesquisa sugerem que o tratamento quimioterápico pode estar associado ao enfrentamento da doença e no processo de resiliência dos pacientes em tratamento e de seus familiares. Constatou-se que o tratamento contribui para o desenvolvimento da resiliência, promovendo maior utilização dos fatores protetores dos indivíduos.

O grupo de dependentes químicos, por sua vez, foi constituído de indivíduos em tratamento para a dependência, o que implica aos mesmos mais motivação frente ao tratamento e à vida. Desta forma, a dependência química é considerada um problema de saúde pública, que vem crescendo na sociedade atual. Observa-se que os usuários de

drogas, incluindo, de álcool e crack, possuem altos índices de recaídas, sendo que suportes como a família, amigos, espiritualidade, dentre outros, são fatores importantes para o sucesso do tratamento.

Neste sentido, Ribeiro, Melo, Maciel, e Oliveira (2013) tiveram como objetivo principal identificar os estágios de motivação para a mudança em 200 usuários de álcool e crack institucionalizados. Verificou-se que a maioria dos participantes encontra-se no estágio de contemplação, em que a pessoa admite ter um problema e considera possibilidades de mudança, demonstrando preocupação e uma clara avaliação entre as vantagens e as desvantagens de mudar. Entre os motivos principais para a mudança destacaram-se a convivência com a família, a construção de novos laços de amizade e o apoio espiritual.

Para Figlie, Dunn, e Laranjeira (2004), a motivação é vista como um estado de prontidão ou avidez para a mudança, que pode flutuar de um momento (ou situação) para outro e pode ser entendido como uma condição interna influenciada por fatores externos. Bittencourt (2009) acrescenta que a motivação pode ser conceituada como algo que faz uma pessoa agir, ou o processo de estimular uma pessoa a agir frente a situações adversas da vida. Ainda de acordo com o autor, situação como bem-estar, otimismo, esperança e atração pela vida se constituem como variáveis importantes no estado motivacional do indivíduo.

Em uma última análise, é possível concluir que a Escala de Motivos para Viver apresentou qualidades psicométricas satisfatórias para aferir itens positivos como relações familiares, atração pela vida e virtudes. Tais dimensões, conforme demonstrado pela literatura pertinente, são fatores protetivos de comportamentos de riscos e podem contribuir diretamente na prevenção e promoção da saúde mental.

Considerações finais

O presente estudo teve como objetivo a construção e busca por evidências de validade e precisão para a Escala de Motivos para Viver (EMVIVER). Por meio da análise fatorial, foi possível constatar que o conjunto de itens construído se mostrou satisfatório, evidenciando, portanto, validade com base na estrutura interna.

A EMVIVER se mostrou uma escala adequada para avaliação de motivos para viver. Os resultados encontrados foram coerentes com achados de outros estudos, apresentando correlações negativas entre motivos para viver e desesperança, constando-se assim, evidência de validade com base na relação com outras variáveis.

Outro ponto importante a ressaltar é que a prática da Psicologia Positiva transcende o sistema de saúde vigente, pois estimula e valoriza o desenvolvimento de forças positivas inerentes à pessoa, justificando, assim, não só pesquisas, mas também investimentos em intervenções com esse enfoque. A Escala de Motivos para Viver apresenta-se como uma possibilidade metodológica de atender tais questões. Primeiramente, por apresentar itens positivos aos quais é requisitado que sejam feitas reflexões sobre os motivos para se viver. Em segundo lugar, por apresentar dimensões ou categorias que vão ao encontro com aspectos positivos da vida e que são protetores de comportamentos de risco.

A EMVIVER é um instrumento pioneiro na avaliação dos motivos para viver, no contexto brasileiro. Neste sentido, pode ser um instrumento utilizado de forma a verificar os motivos para viver dos indivíduos e ser utilizada como uma medida preventiva aos fatores positivos relacionados à saúde mental e a comportamentos de risco.

Quanto às limitações desse estudo, foi possível perceber a necessidade de pesquisas com novas amostras. No que se refere à análise qualitativa, utilizou-se apenas uma amostra de universitários, e tais resultados não devem ser generalizados devido ao pequeno número

utilizado. No que tange à amostra utilizada na correlação com outros instrumentos, apesar de ser diversificada, é possível se pensar na expansão de novos estudos, utilizando, por exemplo, grupos clínicos com diagnósticos definidos comparados com grupos “sadios” ou seja, grupos que não se enquadram em comportamentos de risco.

Outro aspecto importante a ser considerado nesse estudo foi a utilização de apenas um instrumento (BHS) na correlação com a EMVIVER. Novas pesquisas, com ênfase na validação deste estudo, fazendo uso de outros instrumentos e grupos, dará maior respaldo ao instrumento elaborado. Entretanto, o instrumento se apresenta válido, tendo como proposta sua construção e suas medidas psicométricas.

É importante salientar que este é um primeiro estudo de evidência de validade para a EMVIVER, sendo importante dar continuidade com novas investigações, tendo o intuito de evidenciar outras formas de validades para a escala, bem como estudos de normatização. Outras amostras, no futuro, com grupos diversificados, podem também ser utilizados para complementação de itens e ampliação da escala.

Referências

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, *96*, 358-372.
- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *20*(2), 153-164.
- Alvarenga, M. R. M., Oliveira, M. A. C., & Faccenda, O. (2012). Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, *25*(4), 497-503.
- American Education Research Association [AERA], American Psychology Association [APA] & National Council on Measurement in Education [NCME]. (1999). *Standards for Psychology and Educational Testing*. Washington, DC: American Psychology Association.
- American Psychiatric Association [APA]. (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicide behavior*. Washington, DC: APA.
- American Psychological Association [APA]. (2003). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist*, *59*, 236-260. Recuperado de <http://www.apa.org/practice/adult.pdf>
- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem Psicológica* (7ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andrews, F., & Robinson, J. (1991). Measures of subjective well being. In J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (pp. 61-67). San Diego: Academic Press.

- Aragão, A. T. M., Milagres, E., & Figlie, M. B. (2009). Qualidade de vida e desesperança em familiares de dependentes químicos. *Psico-USF*, 14(1), 117-123.
- Bahls, S. C., & Botega, N. J. (2007). Epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios. In M. F., Mello, A. F., Mello, & R. Kohn (Eds). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil* (pp. 151-171). Porto Alegre: Artmed.
- Baptista, M. N. & Cardoso, H. F. (2010). *Escala de Percepção do Suporte Social (versão adulta) - EPSUS-A*. Relatório técnico. Universidade São Francisco, Itatiba.
- Baptista, M. N. (2004). *Suicídio e depressão. Atualizações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Baptista, M. N., Souza, M. S., & Alves, G. A. S.(2008). Evidências de validade entre a Escala de depressão (EDEP), o BDI e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IFP). *Psico-USF*, 3(2), 211-220.
- Barros, J. (1998). *Felicidade: teorias e factores*. Lisboa: Psicologia, Educação e Cultura.
- Bastos, A. C. S. (1999). Editorial. *Interfaces: Revista de Psicologia*, 2(1), 7-8.
- Beck, A. T., Steer, R., A., Beck, J., S., & Newman, C., F. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide Life Threatening Behavior*; 23(2), 139-145.
- Beck, A. T., Steer, R., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-years prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142(5), 559-563.
- Benincasa, M., & Rezende, M. M. (2006). Tristeza e suicídio entre adolescentes: factores de risco e proteção. *Boletim de Psicologia*, 124, 93-110.

- Benzein, E. G., & Berg, A. C. (2005). The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. *Palliative Medicine*, 19(3), 234-240.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: Revisiting the evidence. *Crisis*, 25(4), 147-155.
- Bittencourt, S. A. (2009). *Motivação para a mudança: adaptação e validação da escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment) para o comportamento de comer compulsivo* (Tese de doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Blackmore, E. R., Munce, S., Weller, I., Zagorski, B., Stansfeld, S.A., Stewart, D. E., ... Conwell, Y. (2008). Psychosocial and clinical correlates of suicidal acts: Results from a national population survey. *The British Journal of Psychiatry*; 192(4), 279-284.
- Blumenthal, S. (1990). Youth suicide: Risk factors, assessment, and treatment of adolescent and young adult suicide patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 511-556.
- Bohlander, R. (1999). Differentiation of self, need fulfillment and psychological well-being in married men. *Psychological Reports*, 84, 1274-1280
- Borges, V. R., Werlang, B. S. G (2006). Estudo de Ideação suicida em Adolescentes de 13 a 19 anos. *Psicologia: Saúde e Doença*, 7(2), 195-210.
- Borges, V. R., Werlang, B. S., & Paranhos, M. E. (2004). Ideação suicida em adolescentes fora de um contexto clínico. In Ribeiro, J., & Leal, I. (Eds.) *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.231-237). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Bosworth, H., & Schaie, K. W. (1997). The relationship of social environment, social networks, and health outcomes in the Seattle longitudinal study: Two analytical approaches. *Journal of Gerontology: Psychological Science*, 52(5), 197-205
- Botega, N. J., Barros, M. B., Oliveira, H. B., Dalgalarondo, P., & Marín-León, L. (2005).
- Cacioppo, J. P.; Cacioppo, S.; Dulawa, S., & Palmer, A. A. (2014). Social neuroscience and its potential contribution to psychiatry, *World Psychiatry*, 13(2), 131-139.
- Calvetti, P. U., Muller, M. C., & Nunes, M. L. T. (2007). Psicologia da Saúde e Psicologia Positiva: perspectivas e desafios. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(4), 706-717.
- Campos, E. P. (2004). Suporte social e família. In J., Mello Filho (Ed.). *Doença e família* (pp. 141-161). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Capitão, C. G.; Scortegagna, S. A.; & Baptista, M. N. (2005). A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 75-74.
- Cardoso, H. F. (2013). Construção e estudos psicométricos da Escala de Percepção do Suporte Social (Versão Adulto) – EPSUS-A. (Tese de doutorado), Universidade São Francisco, Itatiba, São Paulo, Brasil.
- Carlton, B. S., Goebert, D. A., Miyamoto, R. H., Andrade, N. N., Hishinuma, E. S., Makini, G. K. Jr., ... Nishimura, S. T. (2006). Resilience, family adversity and well-being among hawaiian and non-hawaiian adolescents. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(4), 291-308.
- Cockerham, W. (1991). *This aging society*. New Jersey: Prentice Hall, 1991.
- Coleta J. A. D; Lopes J. E. F; & Coleta M. F. D. (2012). Felicidade, bem-estar subjetivo e variáveis sociodemográficas, em grupos de estudantes universitários. *Psico-USF*, 17(1), 129-139.

- Comportamento suicida na comunidade: prevalência e fatores associados à ideação suicida. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1), 45-53.
- Crepaldi S. A. (2009). *Auditoria contábil: teoria e prática* (5ª ed). São Paulo: Atlas.
- Cruz, R. M. (2007). O processo de conhecer em avaliação psicológica. In: R. M. Cruz, J. C. Alchieri, & J. J. Sardá-Jr. (Orgs.). *Avaliação e medidas psicológicas: produção do conhecimento e da intervenção profissional* (pp.15-26). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Culloford, L. (2002). Spirituality and clinical care. *British Medical Journal, London*, 325, 1434-1436.
- Cunha R. V; Bastos G. A. N; & Duca G. F. (2012). Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(2), 346-354
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cutcliffe, J. R. (2003). Research endeavors into suicide: A need to shift the emphasis. *British Journal of Nursing*, 12(2), 92-99.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para Psicologia usando o SPSS para Windows*. (3ª ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Desjarlais, R. (1997). Salud mental em el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. *Organización Panamericana de la Salud*. Washington DC: OPS.
- Diaconu, G., & Turecki, G. (2008). Family history of suicidal behavior predicts impulsive-aggressive behavior levels in psychiatric outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 113(1-2), 172-178.

- Diener, E., & Lucas, R. E. (2002). Subjective emotional well-being. In M. Lewis, & J. M. Haviland-Jones (Eds). *Handbook of Positive Psychology* (pp. 325-337). New York: Guilford.
- Diener, E., & Seligman, M. (2002). Very happy people. *Psychological Science, 13*(1), 81-84.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*, 276–302.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (2003). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology, 24*(1), 25-41.
- Durkheim, E. (2003). *As formas elementares da vida religiosa (3º Ed)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Ellerhorst-ryan, J. (1998). Instruments to measure spiritual status. In: B. Spilker (Ed.). *Quality of life pharmacoeconomics in clinical trials* (145-153). Filadélfia: Lippincott-Raven.
- Ellison, G. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology, 11*(4), 330-340.
- Faria, J. B.; & Seidl, E. M. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão de literatura. *Psicologia, Reflexão e Crítica, 18*(4), 381-389.
- Fawcett, J., Clark, D. C., & Bush, K. A. (1993). Assessing and treating the patient at risk for suicide. *Psychiatric Annals; 23*, 244-256.
- Fee, J. L., Ingram, J.A. (2004). Correlation of the holy spirit questionnaire with the spiritual well-being scale and the spiritual assessment inventory. *Journal of Psychology and Theology, 32*, 104-115.

- Fensterseifer, L., & Werlang, B. S. G. (2003). Suicídio na infância - será a perda da inocência? *Psicologia Argumento*, 21(35), 39-46.
- Féres-Carneiro, T. (1996). *Família: diagnóstico e terapia*. Petrópolis: Vozes.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS (3ª. Ed.)*. Library of Congress Control Number: 2008930166. SAGE
- Figlie, N. B., Dunn, J., & Laranjeira, R. (2004). Estrutura fatorial da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) em dependentes de álcool tratados ambulatoriamente. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(2),91-99.
- Fleck, M. P. A.; Borges, Z. N.; Bolognesi, G.; & Rocha, N. S. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública* 37(4), 446-455.
- Fredrickson, B. L. (2009). *Positividade: descubra a força das emoções positivas, supere a negatividade e viva plenamente*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Fredrickson, B. L., Mancuso, R. A., Branigan, C., & Tugade, M. M. (2000). The undoing effect of positive emotions. *Motivation and Emotion*, 24, 237-258.
- Freitas, G. V. S., & Botega, N. J. (2002). Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48(3), 245-249.
- Fremouw, W. J., Perczel, M. & Ellis, T. E. (1990). *Suicide risk: assessment and response guidelines*. USA:Pergamon Press.
- Gable, S., & Haidt, J. (2005). Positive psychology. *Review of General Psychology*, 9(2), 1089-2680.
- Giacomoni C. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Revista Temas de Psicologia*; 12(1), 43-51.

- Gibbs, G. (2009). *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed.
- Gil, N. P., & Saraiva, C. B. (2006). Comportamentos suicidários: aspectos conceituais. *Psiquiatria Clínica*, 27(3), 211-225.
- Gomes, J. O. (2013). *Estudos psicométricos da Escala Baptista de depressão – versão adulto (EBADEP-A)*. (Tese de doutorado), Universidade São Francisco, Itatiba, São Paulo.
- Gonçalves, A., Freitas, P., & Sequeira, C. (2011). Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: fatores de risco e de proteção. *Millenium*, 40, 149-159.
- Gouveia, V. V. (2009). Avaliação psicológica no Brasil: caminhos, desafios e possibilidades. *Psicologia em Foco*, 2, 110-119.
- Graziano, L. D. (2005). *A felicidade revisitada: um estudo sobre bem-estar subjetivo na visão da Psicologia Positiva*. (Tese de doutorado), Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Hair, J. (2005). *Análise multivariada de dados*. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman.
- Hall, R. C. W., Platt, D. E., & Hall, R. C. W. (1999). Suicide risk assessment: A review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts. Evaluation of suicide risk in time of managed care. *Psychosomatics*, 40(1), 18-27.
- Hasnain, M.; Sinacore, M.; Mensah, E. K.; & Levy, J. A. (2005). Influence of religiosity on HIV risk behaviors in active injection drug users. *AIDS Care*, Abingdon, 17(7), 892-901.
- Heisel, M. J., & Flett, G. L. (2004). Purpose in life, satisfaction with life and suicide ideation in a clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(2), 127-135.

- Hill, P.; & Pargament, K. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, 58(1), 64-74.
- Hoffmann, F. (2006). Apoio social e bem-estar espiritual em mulheres: da espera pelo diagnóstico ao início do tratamento para câncer de mama. (Dissertação de mestrado). Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- House, J., Landis, K., e Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-544.
- Ivanova, Y. M., & Israel, C. A. (2006). Family stability as a protective factor against psychopathology for urban children receiving psychological services. *Journal of Clinical Childhood and Adolescence Psychology*, 35(4), 564-570.
- Jakonsson U. L. F; Hallberg, I. R; & Westergren, A. (2004). Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Quality of Life Research*, 13(1), 125-136.
- Kalina, E. (1999). Teoria e prática da psicoterapia familiar do adito: atualização. In E. Kalina, S. Kovadloff, P. M. Roig, J. C. Serran; & F. Cesarman (Orgs.). *Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade* (pp.39-68). Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda.
- Kaplan, H. I, Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1994/1997). Emergências psiquiátricas. In H. I. Kaplan, B. J. Sadock, B. J. & J. A. Grebb (Orgs D. Batista, Trad.). *Compêndio de psiquiatria. Ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (pp. 753-770). Porto Alegre: Artes Médicas.
- King, R. A., Schwab-Stone, M., Flisher, A. J., Greenwald, S., Kramer, R. A., Goodman, S. H., ... Gould, M. S. (2001). Psychosocial and risk behavior correlates of youth

- suicidal attempts and suicidal ideation. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), 837.
- Kunzmann, U., Little, T. D., & Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin ageing study. *Psychology and Aging*, 15, 511–526
- Kuo, W. H, Gallo, J. J., & Tien, A.Y. (2001). Incidence of suicide ideation and attempts in adults: The 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychology Medical*, 31, 1181-1191.
- Kutcher, S. & Chehil, S. (2007). Manejo do risco de suicídio: um manual para profissionais de saúde. Massachusetts, USA: Lundbeck Institut.
- Laros, J. A. (2005). O uso da análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores. In: L. Pasquali (Org.). *Análise fatorial para pesquisadores* (pp. 163-184). Brasília, DF: LabPAM.
- Leite, M. T., Battisti, I. D. E., Berlezi, E. M., & Scheuer, A. I. (2008). Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Texto e Contexto em Enfermagem*, 17(2), 250-257.
- Lemos, P. M., & Cavalcante, F. S. Jr. (2009). Psicologia em orientação positiva: uma proposta de intervenção no trabalho com grupos em saúde mental. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(1), 233-242.
- Lemos, V. A., Baptista, M. N., & Carneiro, A. M. (2011). Suporte familiar, crenças irracionais e sintomatologia depressiva em estudantes universitários. *Psicologia Ciência e Profissão*, 31(1), 20-29.
- Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive. When you are thinking of killing yourself. The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 276-286.

- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L. & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal Psychiatry*, 156 (2), 181-189.
- Marques, L. F. (2000). A saúde e o bem-estar espiritual em adultos portoalegrenses. (Tese de doutorado), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Martins, C. B. G. (2013). Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(4), 578-84.
- McClement, S. E., & Chochinov, H. M. (2008). Hope in advanced cancer patients. *European Journal of Cancer*, 44(8), 1169-1174.
- Minayo, M. C. S., Pinto, L. W., Assis, S. G., Cavalcante, F. G., & Mangas, R. M. N. (2012). Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980-2006. *Revista de Saúde Pública*, 46(2), 300-309.
- Minois, G. (1995). *História do suicídio. A sociedade ocidental perante a morte voluntária*. Lisboa: Editorial Teorema.
- Montenegro, B. F. S. (2005). *Eventos de vida e risco suicida em estudantes de uma universidade brasileira*. (Dissertação de mestrado), Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Moore, K. A. & Keys, C. L. M. (2003). A brief history of the study of well-being in children and adults. In M. H. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes, & K. A. Moore (Eds.), *Well-being: positive development across the life course* (pp. 1-11). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Morais, N. A., & Koller, S. H. (2004). Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: a ênfase na saúde. In S. H. Koller

- (Ed.), *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (pp.91-107). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moreira, T. C., Belmonte, E. L., Vieira, F. R., Noto, A. R., Ferigolo, M., & Barros, H. M. T. (2008). A violência comunitária e o abuso de álcool entre adolescentes: comparação entre sexos. *Jornal de Pediatria*, 84(3), 244-50.
- Noronha, A. P. P., & Alchieri, J. C. (2004). Conhecimento em avaliação psicológica. *Revista Estudos de Psicologia*, 21(1), 43-52.
- Nunes, M. L. (2005). Instrumentos de pesquisa, espiritualidade, religiosidade. In: M. Volcan, J. Pizzi (Orgs.). *Ciência e Deus no mundo atual: uma abordagem inter e transdisciplinar* (278-284). Pelotas: EDUCAT.
- Nunes, M. L.; & Müller, M. (2003). Espiritualidade influência na qualidade de vida. *PUCRS Informação*, 26(116), 25.
- O'Connor, R.C., Connery, H., & Cheyne, W. M. (2000). Hopelessness: the role of depression, future directed thinking and cognitive vulnerability. *Psychology, Health & Medicine*, 5(2), 155-161.
- Okun, M. A., & Lockwood, C. M. (2003). Does level of assessment moderate the relation between social support and social negativity?: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 25(1), 15-35.
- Oliveira, K. L., Santos, A. A. A., Cruvinel, M., & Néri A. L. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 351-359.
- Oliveira. C. S; & Neto, F. L. (2003). Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. *Revista. Psiquiatria Clínica*, 30(1), 4-10.

- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2001). *Relatório Mundial de Saúde*. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Recuperado de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf.
- Organização Mundial Da Saúde [OMS]. (1993). *Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID – 10*. Artes Médicas: Porto Alegre.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2002). *Relatório Mundial da Saúde 2001: Saúde Mental: Nova compreensão, Nova Esperança* (1ª ed.) Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2006). *Prevenção do Suicídio– um recurso para conselheiros*. Genebra, Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias.
- Organização Mundial de Saúde [OMS], (2001). Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo. Genebra: OMS.
- Osman, A., Barrios, F. X., Gutierrez, P. M., Wrangham, J. J., Kopper, B. A., Truelove, R. S., & Linden, S. C. (2002). The positive and negative suicide ideation (PANSI) Inventory: Psychometric evaluation with adolescent psychiatric inpatient samples. *Revista*, 79(3), 512-530.
- Osman, A., Giffords, J., Jones, T., Lickiss, L., Osman, J., & Wenzel, R. (1993). Psychometric evaluation of the Reasons for Living Inventory. *Psychological Assessment*, 5(2), 154-158.
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Muehlenkamp, J. J., Dix-Richardson, F., Barrios, F. X., & Kopper, B. (2004). Suicide resilience inventory-25: Development and preliminar psychometric properties. *Psychological Reports*, 94(3), 1349-1360.
- Osman, A., Kopper, B. A., Linehan, M. M., Barrios, F. X., Gutierrez, P. M., & Bagge, C. L. (1999). Validation of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire and the

- Reasons for Living Inventory in an adult psychiatric inpatient sample. *Psychological Assessment*, 11(2), 115-123.
- Paloutizian, R.; & Ellison, C. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau, D.; Perlman, D. (Orgs.). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (224-235). New York: John Wiley and Sons.
- Panzini, R. G. & Bandeira, D. (2005). Escala de coping religioso-espiritual (escala CRE): elaboração e validação de constructo. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 507-516.
- Panzini, R. G.; & Bandeira, D. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 126-135.
- Pasquali, L. (1999). *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília: LabPAM/IBAPP.
- Pasquali, L. (2001). *Técnicas de Exame Psicológico – TEP: fundamentos das técnicas psicológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Penning, M. (1988). Health, social support and the utilization of health services among older adults. *Journal of Social Gerontology: Social Science*, 50(B), 330-339.
- Pereira, C. A. A. (1997). Um panorama histórico-conceitual acerca das subdimensões de qualidade de vida e do bem-estar subjetivo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 49(4), 32-48.
- Pereira, J. C. R. (1999). *Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais*. São Paulo: EDUSP/FAPESP.

- Pergher, G. K., Stein, L. M., & Wainer, R. (2004). Estudos sobre a memória na depressão: achados e implicações para a terapia cognitiva. *Revista de Psiquiatria Clínica, 31*(2), 82-90.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). Character strengths and virtues: A handbook and classification. New York: Oxford University Press.
- Pinheiro, D. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo, 9*(1), 67-75.
- Pirkis J, Burgess P, & Dunt D. (2000). Suicidal ideation and suicide attempts among Australian adults. *Crisis, 21*, 16-25.
- Poletto, M., & Seibel, B.L. (2013). *Direitos humanos, prevenção à violência contra crianças e adolescentes e mediação de conflitos: manual de capacitação para educadores* (pp 26-32). Porto Alegre, Editora IDEOGRAF.
- Poletto, M., Wagner, T. M. C., & Koller, S. H. (2004). Resiliência e desenvolvimento infantil de crianças que cuidam de crianças: uma visão em perspectiva. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 20*(3), 241-250.
- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin, 131*, 925-971.
- Prieto, D., & Tavares, M. (2005). Factores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 54*(2), 146-154.
- Prieto, D.Y.C. (2007). *Indicadores de risco e de proteção para suicídio*. (Tese de doutorado), Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.
- Prieto, G., & Muñoz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo, 77*(1), 65-75.

- Primi, R., Muniz, M., & Nunes, C. H. S. S. (2009). Definições contemporâneas de validade de testes psicológicos. In C. S. Hutz (Org.). *Avanços e polêmicas em avaliação psicológica* (pp. 243-265). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Reifman, A., & Windlle, M. (1995). Adolescent suicidal behaviors as a function of depression, hopelessness, alcohol use, and social support: A longitudinal investigation. *American Journal of Community Psychology*, 23(3), 329.
- Reppold, C. T.; Mayer, J. C., Almeida, L. S., & Hutz, C. (2012). Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso das escalas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 248-255.
- Ribeiro, L. C. M; Melo J. R. F; Maciel S. C; & Oliveira M. X. (2013). Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre a motivação para mudança. *Temas em Psicologia*, 21(1), 259-268
- Rodrigues F. S; & Polidori M. M. (2012). Enfrentamento e resiliência de pacientes em tratamento quimioterápico e seus familiares. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 58(4), 619-627.
- Roy, A. (1999). Emergências psiquiátricas. In: H. I. Kaplan; B. J. Sadock (Eds). *Tratado de Psiquiatria*. (pp. 185, Vol. 2, 6ª. Ed). Artmed. Porto Alegre.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166.
- Sampaio D. (2000). Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário - as explicações dos jovens. *Análise Psicológica*, 18(2), pp. 139-155.

- Sánchez, H. G. (2001). Risk factor model for suicide assessment and intervention. *Professional Psychology Research and Practice, 31*(4), 351-358.
- Santana, P. R. (2008). Suporte familiar, estilos parentais e sintomatologia depressiva: um estudo correlacional. (Dissertação de mestrado), Universidade São Francisco, Itatiba, SP.
- Saraiva, C. (2006). *Estudos sobre o para-suicídio: o que leva os jovens a espreitar a morte*. Coimbra: Redhorse.
- Sass, T. R., Hannaway, J., Xu, Z., Figlio, D., & Feng, L. (2012). Value added of teachers in high-poverty Schools and lower-poverty schools. *Journal of Urban Economics, 72*, 104-122.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (2001). Optimism, pessimism, and psychological well-being. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 189-216). Washington, DC: American Psychological Association.
- Schmitt, R. et al. (2001). *Risco de suicídio: avaliação e manejo*. In: R. Schmitt (Org.). *Emergências Psiquiátricas* (pp. 149-165). Porto Alegre: Artmed.
- Schneidman E. (1985). Definition of suicide. New York: Wiley.
- Seidl, E. M. F.; & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública, 20*(2), 580-582.
- Seligman, M., & Peterson, C. (2003). Positive clinical psychology. In: L. G. Aspinwall, & U. M. Staundinger (Orgs). *A Psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive Psychology* (pp. 305-317). Washington DC: American Psychological Association.

- Seligman, M. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, *55*(1), 5-14.
- Sheldon, K. M., & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary? *American Psychologist*, *56*, 216-217.
- Sherbourne C. D. et al. (1992). Social support and estresseful life events: age differences in their effects on health related quality of life among chronically ill. *Quality of Life Research, Springer Netherlands*, *1*(4), 235-246
- Siegel, K., & Schrimshaw, E. (2002). The perceived benefits of religious and spiritual coping among older adults living with HIV/AIDS. *Journal for the scientific study of religion, Malden*, *41*(1), 91-102.
- Silva, I. (2006). *Psicologia da saúde: uma perspectiva positiva*. Trabalho apresentado no 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Faro, Portugal.
- Silva, N. (2006). Espaço de criação criatividade e resiliência: formação docente numa perspectiva inter e transdisciplinar. *Cadernos de Psicopedagogia*, *5*(9), 00-01.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2009). *Psicologia positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porto Alegre: Artmed.
- Sodergren, S. C.; Hyland, M. E.; Crawford, A.; & Partridge, M. R. (2004). Positivity in illness: Self-delusion or existential growth. *British Journal of Health Psychology*, *9*, 163-174.
- Souza, L. D., Silva, R. A., Jansen, K., Kuhn, R. P., Horta, B. L., & Pinheiro, R.T. (2009). Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: Prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *32*(1), 37-41.

- Souza, M. S., & Baptista, M. N. (2008). Associações entre suporte familiar e saúde mental. *Psicologia Argumento*, 26(54), 207-215.
- Souza, M. S., Baptista, M. N., & Alves, G. A. S. (2008). Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. *Aletheia* 28, 45-59.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage.
- Suárez, R. E. S., & Galera, S. A. F. (2004). Discurso de los padres sobre el uso de drogas lícitas e ilícitas percibido por estudiantes universitarios. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12, 406-411.
- Tatai, K., & Tatai, K. (1991). Suicide in the elderly: A report from Japan. *Crisis* 12(2), 40-43.
- Tavares (2010). Da ordem social da regulamentação da avaliação psicológica e do uso dos testes. In: Conselho Federal de Psicologia. *Avaliação Psicológica: Diretrizes na Regulamentação da Profissão*. (pp. 31-56). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Tavares, M. (2000). *Comorbidade na depressão e no suicídio: configurações psicopatológicas e dinâmicas*. Brasília: Laboratório de Psicoterapia e Psicodiagnóstico, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- Tavares, M., Montenegro, B., & Prieto, D. (2004). Modelos de prevenção do suicídio: princípios e estratégias. In: M. Gunther, J. S. Bucher-Maluschke, & K. Hermanns, (Orgs.). *Direitos humanos e violência: desafios da ciência e da prática*. Fortaleza: UNIFOR.

- Taylor, S. E. (2011). Social support: A review. In: H. S. Friedman (Ed.). *The Oxford Handbook of Health Psychology* (pp. 189-214). Oxford NY: Oxford University Press, Inc.
- Viveros, C. G. (2004). Transformación y resiliencia en familias desplazadas por la violencia hacia Bogotá. *Revista de Estudios Sociales*, 18(1), 123-130.
- Volcan, S.; Sousa, P.L.; Mari, J. J.; & Horta, B. L. (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, 37(4), 440- 445.
- Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New York: London: The Guilford Press.
- Wasserman, D. (2001). *Suicide - An unnecessary death*. London: Martin Dunitz.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678-691.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678–691.
- Wechsler, S. M. (1999). Guia de procedimentos éticos para a avaliação psicológica. In: M. Wechsler, & R. S. L. Guzzo (Orgs.). *Avaliação Psicológica: perspectiva internacional* (pp. 133-141). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Werlang, B. S. G., Borges, V. R., & Fensterseifer, L. (2005). Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia*, 39(2), 59-266.

- Woods, T. E., Antoni, M. H., Ironson, G. H., & Kling, D.W. (1999). Religiosity is associated with affective and immune status in symptomatic HIV-infected gay men. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(2), 165-176.
- World Health Organization [WHO] (1999). *Figures and Facts about Suicide*. Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2008). *Suicide Prevention (SUPRE)*. Recuperado de http://who.int/mental_health/prevention/suicideprevent/en/.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8(Esp.), 75-84.
- Yunes, M. A., & Szymanski, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: J. Tavares (Org.). *Resiliência e educação* (pp. 13-42). São Paulo: Cortez.
- Zwick, W. R., & Velicer, W. F. (1986). Comparison of five rules for determining the number of components to retain. *Psychological Bulletin*, 3, 432-442.