



**AGAR NOGUEIRA  
CARREIRA ALMEIDA**

**SUPERVISÃO E FORMAÇÃO DE PROFESSORES EM  
ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Supervisão, realizada sob a orientação científica da Doutora Maria Helena Gouveia Fernandes Teixeira Pedrosa de Jesus, Professora Associada com Agregação do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro e coorientação científica da Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira, Professora Auxiliar com Agregação do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro



**Dedicatória**

Aos professores/educadores que amam a vida.



## **o júri**

presidente

**Professora Doutora Ana Isabel de Oliveira Andrade**  
professora associada da Universidade de Aveiro

**Professor Doutor José Carlos Pereira dos Santos**  
professor adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**Professora Doutora Maria Helena Gouveia Fernandes Teixeira Pedrosa de Jesus**  
professora associada com agregação da Universidade de Aveiro

**Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira**  
professora auxiliar com agregação da Universidade de Aveiro



## agradecimentos

A minha gratidão a Deus, pelas oportunidades criadas, pela vida, por me permitir fazer o que gosto, e pela força e equilíbrio emocional neste importante momento da minha vida.

Uma palavra especial à Professora Doutora Maria Helena Pedrosa de Jesus, minha orientadora, pelo encaminhamento proporcionado por si, por me levar a pensar e repensar, escrever e reescrever num processo de crescente qualidade, contribuir na expansão e conexão da Supervisão a outras áreas de saber.

Um carinho de grande agradecimento à Professora Doutora Anabela Pereira, minha coorientadora, pela disponibilidade, reflexões, sugestões, por dar de si mesma, tempo de leitura, de preocupação pelo outro, de crer no valor da vida humana e possibilitar-me um crescente desenvolvimento neste processo de investigação.

Aos Professores do Mestrado em Supervisão, pela sua dedicação, rigor e partilha de saberes.

Às colegas de curso, pelas suas experiências de vida, partilhas e encorajamento. Em especial, à Vânia, pelo constante apoio e reveladora amizade, iniciada neste mestrado.

Aos especialistas de várias partes do mundo, que responderam de imediato aos meus *emails* e me esclareceram as dúvidas.

Aos professores e diretores, que deram do seu tempo a responder ao questionário e autorizaram a realização deste estudo, o meu muito obrigada.

À minha família, que nas minhas constantes ausências se manteve presente, com o seu permanente apoio, motivação e carinho.

A todos os amigos, de perto e de longe, que se preocuparam genuinamente, investiram o seu tempo a ouvir-me, a aconselhar-me e a mimar-me.

O meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação, estimulando-me intelectual e emocionalmente.





## palavras-chave

Supervisão, Formação de Professores, Saúde Escolar, Prevenção do Suicídio.

## resumo

A escola de hoje, para além da transmissão de conhecimentos, também deve educar para os valores, promover a saúde, a formação e a participação cívica dos alunos. Inserida no que se designa por Escolas Promotoras da Saúde poderá ainda intervir no âmbito da saúde mental. Sendo o suicídio uma das principais causas de morte em Portugal, a promoção da saúde mental revela-se como um elemento fundamental na sua prevenção.

Com este estudo, de natureza exploratória, pretende-se mostrar de que modo a Supervisão da formação de professores na área da Educação para a Saúde, em particular na prevenção do suicídio, pode ajudar a minimizar este problema, preparando e munindo a comunidade educativa com os instrumentos e saberes adequados às circunstâncias.

A metodologia usada foi maioritariamente quantitativa e descritiva, correlacional, numa amostra constituída por 323 professores da Zona Centro. A colheita de dados foi elaborada através de um questionário *online*, no *Qualtrics Survey Software*.

Dos resultados obtidos, podemos salientar que, das escolas/agrupamentos que responderam ao questionário, 95% contemplam o Projeto de Educação para a Saúde e 36% dos professores realizaram formação na área de Educação para a Saúde. Apenas 3% refere ter-lhe sido proporcionada formação na área de prevenção do suicídio e 79% reconhece necessitar de orientação e suporte para identificar e prevenir comportamentos de risco suicidário. Quanto ao parassuicídio, 92% desconhece a sua existência e 13% declara que já teve alunos que fizeram tentativa de suicídio durante a sua experiência profissional. Também 88% dos educadores/professores da escola consideraram que identificar as crianças/adolescentes em risco de suicídio pode reduzir o número de tentativas de suicídio e 87% pensam que as escolas devem garantir uma política de prevenção do suicídio.

Como principal implicação deste trabalho emergiu a necessidade de formação dos professores, nesta área específica, referindo a escola como o local privilegiado para a formação sobre a prevenção do suicídio. Esta constatação leva-nos a propor um Programa de Formação contínua, focado nestas temáticas perspetivando a excelência da promoção da saúde nas escolas.



**keywords**

Supervision, Teacher Training, School Health, Suicide Prevention.

**abstract**

The role of today's school is to educate students for values, to promote health, as well as training for civic participation in order to construct deep knowledge. The so called Health Promoting Schools may be a privileged context to intervene in mental health. Being the suicide one of the leading causes of death in Portugal, the promotion of mental health reveals itself as a key element in its prevention.

This exploratory study, it is intended to show how teachers training Supervision in Education to Health, particularly in the prevention of suicide, can help to minimize this problem, preparing and empowering the educational community with the instruments and skills needed to deal with this problem.

The methodology was mainly quantitative, correlational descriptive, with a sample of 323 teachers from the central zone of Portugal. Data was collected using an online survey on "Qualtrics Survey Software".

The results pointed out that 95% of School Groups have Health Education's Project and 36% of teachers were trained in Health Education. Only 3% report they were provided with training in suicide prevention and 79% need guidance and support to identify and prevent behaviors of suicide risk. As for the *parassuicide*, 92% were not aware of its existence and 13% refer that during their work experience students had already attempted suicide. Also 88% of educators/school teachers considered that by being able to identify children/adolescents at risk of suicide they can reduce the number of suicide attempts and 87% believe that schools should ensure a policy of suicide prevention.

As a main outcome from this study emerged the need for teachers' training in this particular area, appointing School as the place where suicide's prevention should happen. This awareness leads us to propose a continuous Training Program, focused on these issues envisaging to Health Promotion Schools of Excellence.



# ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS .....	XV
ÍNDICE DE TABELAS .....	XV
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	XVII
ÍNDICES DE FIGURAS .....	XVII
LISTA DE SIGLAS .....	XIX
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I: REVISÃO DA LITERATURA.....	5
1. Escolas Promotoras de Saúde e a prevenção do suicídio .....	5
2. Supervisão e Formação de Professores: contributos para a prevenção do suicídio .....	25
3. Apoio à Prevenção do suicídio com Linhas telefónicas.....	40
CAPÍTULO II: METODOLOGIA .....	43
1. Enquadramento .....	43
2. Abordagem Metodológica .....	45
3. Procedimentos de Recolha e Análise de Dados .....	60
CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	65
1. Caracterização da amostra de professores .....	65
2. Identificação das necessidades de Formação dos Professores .....	67
3. Perceção dos professores nas dimensões. ....	70
4. Estratégias e Intervenção .....	75
5. Relações entre as variáveis das dimensões .....	76
6. Comentários dos professores .....	81
7. Discussão dos resultados .....	82
CONCLUSÃO .....	93
BIBLIOGRAFIA.....	101
ANEXOS .....	111
Anexo 1: Linhas Telefónicas, em Portugal .....	113
Anexo 2: Calculadora da amostra.....	117
Anexo 3: Escolas que participaram no estudo.....	121
Anexo 4: Questionário em suporte de papel.....	125
Anexo 5:Estudo Piloto - thinking aloud .....	129
Anexo 6: Questionário online.....	133
Anexo 7:Carta aos Diretores dos Agrupamentos/Escolas .....	139
Anexo 8: Proposta para um projeto de intervenção em meio escolar.....	143
Anexo 9: Proposta de um Programa de Formação .....	147



## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Resumo dos termos relativos ao suicídio. Fonte: elaboração própria. ....	13
Quadro 2: Fatores de Risco. Adaptado ( <i>Ministerio de Ciencia e Innovación</i> , 2009). ....	14
Quadro 3: Fatores de Proteção. Adaptado de <i>Department of Health and Human Services</i> (1999). ....	15
Quadro 4: Sinais de Alarme. Fonte: Santos, M. (2006). ....	15
Quadro 5: Número de estabelecimentos de ensino por nível escolar da zona centro. Fonte: GEPE, 2012. ....	24
Quadro 6: Síntese dos cenários, segundo Alarcão & Tavares (2003) e Sá-Chaves (2002). ....	28
Quadro 7: Elementos distintivos dos estudos qualitativos e dos estudos quantitativos (adaptado de Creswell, 1994). ....	45
Quadro 8: Distribuição das escolas, Ministério da Educação (2011), por distrito e nível de ensino. ....	50
Quadro 9: Percentagem dos estratos da população (GEPE, 2010/2011). Elaboração própria. ....	52
Quadro 10: Percentagem dos estratos da amostra. Elaboração própria. ....	52
Quadro 11: Número de agrupamentos/escolas por distrito da amostra. ....	53
Quadro 12: Vantagens e desvantagens do questionário (Reis, 2010, p.95). ....	54
Quadro 13: Conteúdos das partes do questionário. ....	55
Quadro 14: Visualização das categorias e subcategorias da questão “ <i>Comentário sobre a sua/experiência com situações de suicídio</i> ”. ....	63
Quadro 15: Visualização das categorias e subcategorias da questão “ <i>Comentário ou observação adicional sobre o tema ou sobre a investigação</i> ”. ....	63
Quadro 16: Relação dos domínios com as necessidades de formação ....	83
Quadro 17: Percentagens da soma dos níveis 1 e 2, 4 e 5 e nível 3, na questão Q20. ....	88

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: <i>Mínimo, Máximo, Média (M) e Desvio Padrão (DP) para tempo global de serviço e tempo de permanência na escola</i> .....	67
Tabela 2: <i>Frequências absolutas (n) e relativas (%) para questões relativas à formação/contacto com suicídio</i> .....	68
Tabela 3: <i>Frequências absolutas e relativas para o cruzamento das variáveis “Realizo formação em educação para a saúde” e “género”</i> . ....	69
Tabela 4: <i>Frequência absoluta e relativa para o cruzamento das variáveis “Leitura de revistas científicas de educação para a saúde” e “género”</i> .....	69
Tabela 5: <i>Frequência absoluta e relativa para o cruzamento das variáveis “Recorrer a ajuda para apoiar alunos com atitudes em risco” e “nível de ensino lecionado”</i> .....	70
Tabela 6: <i>Frequência absoluta e relativa para o cruzamento das variáveis “Durante experiência profissional já teve alunos com tentativa de suicídio” e “nível de ensino lecionado”</i> .....	70
Tabela 7: <i>Média (M) e Desvio Padrão (DP) para os valores encontrados nas dimensões da Parte III do Questionário</i> .....	76
Tabela 8: <i>Medidas de correlação de Pearson para as dimensões da Parte III do Questionário</i> .....	76
Tabela 9: <i>Média (M), Desvio-Padrão (DP) e Teste-T (321 gl) para as dimensões do Questionário entre quem lê e quem não lê revistas científicas</i> .....	77
Tabela 10: <i>Média (M), Desvio-Padrão (DP) e Teste-T (321 gl) para as dimensões da Parte III do Questionário entre quem tem oportunidade de fazer formação na área de prevenção do suicídio e quem não tem</i> . ....	77
Tabela 11: <i>Média (M, Desvio-Padrão (DP) e Teste-T (321 gl) para as dimensões da Parte III do Questionário entre quem entende necessitar de Orientação e suporte para identificar e prevenir comportamentos de risco suicidário e quem não o entende</i> .....	78
Tabela 12: <i>Média (M, Desvio-Padrão (DP) e Teste-T (321 gl) para as dimensões da Parte III do Questionário entre quem Realiza autoformação sobre prevenção em suicídio e quem não o faz</i> .....	78
Tabela 13: <i>Médias, Desvios Padrão (M±DP) e Teste F para a comparação das dimensões da Parte III do Questionário</i> . ....	79





Tabela 14: Média (M, Desvio-Padrão (DP) e Teste-T (321 gl) para as dimensões da Parte III do Questionário entre quem tem e quem não tem PES na escola .....	80
Tabela 15: Média (M, Desvio-Padrão (DP) e Teste-T (321 gl) para as dimensões da Parte III do Questionário entre quem conhece e quem não conhece o PES da escola.....	80
Tabela 16: Categorias, Subcategorias e respetivas percentagens da Questão 19 “Comentário sobre a sua experiência com situações de suicídio” .....	81
Tabela 17: Categorias, Subcategorias e respetivas percentagens da Questão 21 “Comentário ou observação adicional sobre o tema ou sobre a investigação” .....	82

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição das escolas da DREC por distrito e nível de ensino.....	50
Gráfico 2: Distribuição dos professores na amostra pelas áreas do saber. ....	65
Gráfico 3: Distribuição dos professores na amostra pelo nível de ensino. ....	66
Gráfico 4: Formação dos professores e contacto com situações de suicídio. ....	68
Gráfico 5: Distribuição da soma de níveis 1e 2, 4 e 5 e o nível 3 na dimensão <i>Sinais de Alerta</i> .....	71
Gráfico 6: Distribuição da soma de níveis 1e 2, 4 e 5 e o nível 3 na dimensão <i>Fatores Precipitantes</i> . ....	72
Gráfico 7: Distribuição da soma de níveis 1e 2, 4 e 5 e o nível 3 na dimensão <i>Prevenção e Tratamento do Suicídio</i> . ....	72
Gráfico 8: Distribuição da soma de níveis 1e 2, 4 e 5 e o nível 3 na dimensão <i>Demografia e Estatística</i> . ....	73
Gráfico 9: Distribuição da soma de níveis 1e 2, 4 e 5 e o nível 3 na dimensão <i>Fatores de Risco</i> . ....	74
Gráfico 10: Distribuição da soma de níveis 1e 2, 4 e 5 e o nível 3 na dimensão <i>Estratégias de Formação e Intervenção</i> .....	75

## ÍNDICES DE FIGURAS

Figura 1: Cenários, estratégias, forma, natureza, momento, e direção da supervisão, segundo Sá-Chaves (2010). Fonte: elaboração própria. ....	31
Figura 2: Estratificação da amostra. ....	51



## **LISTA DE SIGLAS**

**ACP** – Análise de Componentes Principais

**CE** – Conselho Europeu

**CEB** – Ciclo do Ensino Básico

**DREC** – Direção Regional de Educação do Centro

**EPS** – Escola Promotora da Saúde

**EPS** – Escolas Promotoras de Saúde

**GEPE** – Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação

**GPC** – Guia de Prática Clínica

**HUC** – Hospitais da Universidade de Coimbra

**LUA** – Linha da Universidade de Aveiro

**NES** – Núcleo de Estudos do Suicídio

**NUTS** – Nomenclaturas de Unidades Territoriais

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**PAA** – Plano Anual de Atividades

**PE** – Projeto Educativo

**PES** – Projeto de Educação para a Saúde

**PNSE** – Programa Nacional de Saúde Escolar

**QE** – Quadro Escola

**QZP** – Quadro de Zona Pedagógica

**RI** – Regulamento Interno

**SIDA** – Síndrome da imunodeficiência adquirida

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**SPS** – Sociedade Portuguesa de Suicidologia

**SPSS** – Statistical Package for the Social Science

**UFG** – Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás

**WHO** – World Health Organization

**WHY** – Youth Mental Health

**SUPRE** - the WHO worldwide initiative for the prevention of suicide - SU(icide)PRE(vention)



*Anormalmente mulher*

*“... Após ter decifrado o porquê de tudo isto que estava a viver (coisa extremamente injusta!), tentei falar com ela. Não me ouviu. A sua sede de vingança era maior do que o meu apelo! Seguidamente chegou mais perto de mim, senti-me sufocada e direccionou-me as suas longas garras. Eu nada poderia fazer! Até que... senti-me estranha... E eis o que me aconteceu: uma força anónima apoderou-se de mim, talvez o meu lado negro tenha sido descoberto e apesar de ter conhecimento de toda a história daquela mulher, tinha de fazer alguma coisa. Era a minha vida que estava em jogo! Não sei como, mas esmurrei-a e ela caiu inanimada no chão, mas não morta, pois afinal era imortal!*

*Fiquei por poucos instantes a olhar para aquele corpo, metade animal, metade mulher, estatelado no chão, até que incidiu uma luz sobre mim. Era uma velha janela..., aquela era a minha oportunidade, não a podia desperdiçar. Debrucei-me a olhar pela janela e vi como tudo era branco, o mais bonito e profundo branco!... Senti-me uma gaivota prestes a sobrevoar no branco, na paz!*

*SALTEI... ”*

*Liliana Albergaria S. de Almeida, 9º B 2007/2008  
Agrupamento de Escolas do Búzio, Vale de Cambra  
(Publicado na agenda do Agrupamento em 2008/2009)*



## INTRODUÇÃO

A escola, como lugar central na promoção da saúde, tem vindo, desde o século passado, a ter uma constante intervenção do Ministério da Educação. Agora, em parceria com o Ministério da Saúde (2006), cabe-lhe promover novas estratégias e formas de operacionalizar a Saúde Escolar, mantendo-se como o grande referencial da promoção da saúde. A escola é, por excelência, o local de influência decisiva nos comportamentos das crianças, adolescentes e jovens, tanto a nível académico como emocional, competindo-lhe zelar não só pela saúde física, como também pela mental, sendo um lugar privilegiado para a instrução, aquisição de conhecimento, e também de educação cívica e formação, sociabilização, afetos e divertimento.

Desde o dia em que nascemos que o nosso sistema imunológico nos protege de eventuais doenças fatais. Em caso de doença, o nosso corpo utiliza todos os meios para a manutenção da vida, demonstrando sempre grande flexibilidade nos seus recursos, sempre para evitar a morte. Após esta luta diária, o mesmo corpo é capaz de atitudes de autodestruição, como é o caso do suicídio.

Os comportamentos suicidários sempre causaram grande impacto na sociedade, provocando enorme sofrimento aos que convivem e se relacionam com as vítimas. Sabe-se que resultam de uma esfera de complexas interações: fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturais e ambientais. Requerem a nossa atenção, na prevenção e intervenção, não sendo esta uma tarefa fácil.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no mundo inteiro, “o suicídio está entre as cinco maiores causas de morte na faixa etária de 15 a 19 anos. Em vários países ele fica como primeira ou segunda causa de morte entre meninos e meninas nessa mesma faixa etária. Sendo assim, a prevenção do suicídio entre crianças e adolescentes é de alta prioridade. Devido ao facto de, em muitas regiões e países, a maioria dos adolescentes dessa idade frequentarem a escola, este parece ser um excelente local para desenvolvermos a prevenção” (OMS, 2000, p.6). Ainda, de acordo com a Comissão das Comunidades Europeias (2005), no mundo, 450 milhões de pessoas sofrem de distúrbios mentais. Um em

cada indivíduo é atingido por problemas dessa natureza ao longo da vida; em cada ano na Europa, há 58 000 suicídios e o número de tentativas é dez vezes superior. Morrem mais pessoas por suicídio do que por acidentes de viação ou SIDA. Três em cada cem pessoas sofrem de depressão; um em cada três indivíduos, que procuram o seu médico de família, padece de problemas de saúde mental, mas apenas um em cada seis é diagnosticado; a doença mental atinge um em cada quatro cidadãos e pode conduzir ao suicídio.

Em Portugal, segundo Saraiva (2010), os dados da Consulta de Prevenção de Suicídio do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra revelam valores elevados de ideação suicida, assim como o aumento de parassuicídio nos adolescentes.

“No contexto da intervenção de Saúde Escolar, as áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudável são: 1. Saúde mental; 2. Saúde oral; 3. Alimentação saudável; 4. Atividade física; 5. Ambiente e saúde; 6. Promoção da segurança e prevenção de acidentes; 7. Saúde sexual e reprodutiva; 8. Educação para o consumo” (Ministério da Saúde, 2006, p.15). Sendo a saúde mental a primeira área prioritária apresentada para a promoção de estilos de vida saudáveis e, perante o exposto anteriormente, espera-se que um dos contributos deste trabalho seja os professores e a comunidade escolar poderem usufruir de formação adequada, que lhes permita prevenir o suicídio dos adolescentes nas escolas, apoiando as famílias, contribuindo também para que a sociedade deixe de encarar o tema como um estigma social grave e passe a observá-lo com certa serenidade. Por conseguinte, a supervisão, saindo do paradigma supervisivo circunscrito à formação inicial, com formandos em estágio pedagógico, para uma supervisão alargada ao quotidiano dos professores, a uma comunidade educativa aprendente, colaborativa, democrática, reconhecendo a escola como uma instituição promotora da saúde, e de liderança que perspetive o futuro, será uma mais-valia no desenvolvimento. A supervisão de programas de formação, com um auxílio fundamental na prevenção do suicídio em meio escolar, será outro dos contributos possíveis. A supervisão surge, então, numa escola entendida como um todo organizacional ecológico, promovendo o envolvimento de uma comunidade educativa, reflexiva e aprendente (Alarcão & Roldão, 2008; Oliveira-Formosinho, 2002).

Neste estudo houve a particular influência dos autores Sá-Chaves (2010), Alarcão e Tavares (2003) na área da Supervisão e Peixoto, Saraiva e Sampaio (2006) na área da



Prevenção do suicídio em Portugal. Tendo em conta os estudos de organizações, como a OMS, e investigações destes e outros autores mencionados ao longo do trabalho nas dimensões Supervisão e Prevenção de Suicídio, o tema resulta do entrecruzar de ambas as áreas possibilitando a elaboração de projetos de prevenção da saúde mental.

Perante a escassa investigação sobre esta temática em Portugal, no âmbito supervisoivo, este estudo possibilita pesquisar o contributo da Supervisão, em comunidades aprendentes e em Escolas Promotoras de Saúde, na prevenção do suicídio.

Em relação à estrutura do trabalho, esta divide-se em três partes. A primeira parte, denominada Revisão da Literatura, encontra-se subdividida em três pontos: 1. Escolas promotoras de Saúde e a prevenção do suicídio, 2. Supervisão e Formação dos Professores: contributos para a prevenção do suicídio e 3. Apoio à prevenção do suicídio com linhas telefónicas. A segunda parte, intitulada Metodologia, subdivide-se em quatro pontos: 1. Enquadramento, 2. Abordagem metodológica, 3. Procedimentos de recolha e análise de dados e 4. Procedimentos éticos e deontológicos.

Por fim, apresenta-se a conclusão incluindo implicações práticas, limitações do estudo e algumas hipóteses e linhas de ação para futuros estudos/investigações. Os anexos constituem um suporte à dissertação, permitindo que outros leitores possam utilizar/adaptar aqueles instrumentos em situações de investigação análogas.



## **CAPÍTULO I: REVISÃO DA LITERATURA**

*«Um programa de saúde escolar efectivo ... é o investimento de custo-benefício mais eficaz que um País pode fazer para melhorar, simultaneamente, a educação e a saúde».*  
(Gro Harlem Brundtland, Directora-Geral da OMS, Abril 2000, Despacho n.º 12.045/2006)

*«To understand suicide we must understand suffering and psychological pain and various thresholds for enduring it; to treat suicidal people (and prevent suicide) we must address and then soften and reduce the psychache that drives it.»*  
(Edwin S. Shneidman, *Child and Adolescent Suicidal Behavior*, Miller, p.1, 2010)

Este capítulo pretende descrever e refletir sobre o que se tem feito nas Escolas Promotoras de Saúde no âmbito da prevenção do suicídio, abordando a contextualização da saúde escolar, definição de suicídio, comportamentos relevantes ao suicídio e suas terminologias, fatores de proteção e fatores de situações de risco, o adolescente/ a família/ e a escola, a prevenção do suicídio e contributos da Supervisão e Formação de Professores na prevenção do suicídio.

### **1. Escolas Promotoras de Saúde e a prevenção do suicídio**

Nunca se soube tanto sobre saúde como hoje e, no entanto, constata-se que um elevado número de problemas de saúde continua a resultar de ações diretas e por vezes intencionais do ser humano. Cada indivíduo é autor de um percurso de vida como cidadão, com implicações no mundo que o rodeia. A leitura que cada um faz de si e do outro é determinante na forma como assume a responsabilidade social de contribuir para o bem de todos. Nesta medida, a escola deve ser um lugar de promoção de educação para a saúde, centrada nas crianças e adolescentes, assumindo a visão prioritária de investir na sua educação e desenvolvimento saudável, ao longo da vida, prevenindo os problemas juvenis, nomeadamente o suicídio.

A educação é um pilar para a construção da cidadania e competências criadoras de condições de bem-estar. Educação e Saúde são duas vertentes indissociáveis, as quais permitem a aplicação sistémica e eficaz dos princípios educativos, perspetivando mudanças positivas nas atitudes e comportamentos em saúde dos indivíduos.

A saúde é um conceito que tem sofrido ao longo dos tempos algumas modificações. A Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, é reconhecida como um marco importante para o seu conceito: “A saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (World Health Organization, 2011, p.1). Relativamente à saúde mental, a Comissão das Comunidades Europeias (2005) refere como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao *stress* normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere” (p.4). Começa a ser reconhecido que as questões de saúde têm de ser abordadas com antecipação, numa perspetiva profilática, pois os recursos financeiros são reduzidos e a prevenção significa ganhos em saúde, com mais meios e economia. Defendem-se, assim, valores de moderação das normas de conduta e estilos de vida de bem-estar, como forma de prevenir as doenças. Assim, vai-se mais além na definição da OMS ao ver o indivíduo como um todo, também na sua dimensão mental e espiritual. Esta visão conduz-nos aos conceitos de bem-estar social, importante e determinante de saúde, bem-estar físico e mental, bem-estar espiritual e uma conceção holística e ecológica de saúde (Martínez, Carreras, & Haro, 2000).

Dentro desta perspetiva, a Educação para a Saúde é um processo que utiliza a comunicação pedagógica no sentido de facilitar a aprendizagem para a saúde e deve ter como finalidade a preservação da saúde individual e coletiva. Assim, dota as crianças e jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudam a tomar decisões adequadas à sua saúde; ao seu bem-estar físico, social, mental e espiritual de si e dos outros, atribuindo-lhes assim um papel interventivo.

A OMS, com a carta de Ottawa, definiu Promoção da Saúde como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” ou seja, corresponsabilizou o indivíduo pela sua saúde e pela saúde

da comunidade. A sua noção acentua os recursos sociais e pessoais, e as capacidades físicas. Em consequência, a “Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar” (Carta de Ottawa, 1986, p.1-2).

De acordo com o Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série), publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de junho, referente ao Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE): “A escola ocupa um lugar central na ideia de saúde”. Para que tal aconteça terá de mobilizar a participação direta da comunidade, exercer o envolvimento da própria escola, dos serviços de saúde, da comunidade de pais, empresas, parcerias sólidas que defendam um trabalho em rede e permitam organizar equipas multiprofissionais que se responsabilizem na implementação do Programa Nacional de Saúde Escolar. Incluímos, assim, as Associações de Pais, as Autarquias, a Segurança Social, Organizações Não Governamentais entre outros setores que trabalhem com crianças e jovens.

As estratégias do Programa Nacional de Saúde Escolar (2004-2010) assentam em dois eixos: a vigilância e proteção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde (Ministério de Saúde, 2004a). Assim, tem de existir uma gestão dos determinantes da saúde da comunidade educativa, para que no futuro se obtenham ganhos, a médio e longo prazo, na população portuguesa. O Programa Nacional de Saúde Escolar (2004-2010) refere ainda que “o insucesso escolar, associado ou não a problemas *minor* de saúde mental, aumenta o risco de comportamentos anti-sociais, delinquência, abuso de consumo de substâncias nocivas, gravidez na adolescência, etc. Ao invés, o envolvimento da escola numa prática pedagógica e num desenvolvimento social e emocional dos seus elementos aumenta a assiduidade, a produtividade e o acesso adequado a serviços de saúde. A escola, a par de poder ser um ambiente de excelência para a promoção da saúde, tem uma influência decisiva nos comportamentos das crianças e dos jovens, no seu desenvolvimento académico e emocional, competindo à saúde escolar zelar pela sua saúde física e mental” (Ministério da Saúde, 2006, p.10).

Neste contexto, uma das intervenções referidas no Programa Nacional de Saúde Escolar (2004-2010) dirigidas à saúde individual e coletiva é a promoção da saúde mental na

escola, através de projetos que visem “desenvolver competências pessoais e sociais nos alunos; criar um clima de escola amigável; combater o abandono e a exclusão escolar; identificar as crianças em risco de doença mental ou distúrbios comportamentais; promover a equidade entre alunos (sexo, etnia, religião, classe socioeconómica, etc.)” (ibidem, p.11). Como podemos constatar, no Programa Nacional de Saúde Escolar (2004-2010) já consta a prevenção.

Uma escola deverá distinguir-se pela inovação, cultura de desenvolvimento individual e organizacional, implementando e promovendo a saúde, criando mecanismos de avaliação do processo e incluir a Educação para a Saúde no currículo, com atividades escolares. Com a ausência de informação e/ou a dificuldade de tomada de decisões relativas à saúde mental, será necessário e importante a abordagem de projetos nesta temática, na Educação para a Saúde em meio escolar. É essencial que os professores, com projetos para a saúde no âmbito da prevenção do suicídio, sejam capazes de detetar precocemente os sinais de alarme, sem se convencerem de que tudo é perturbação mental. Será pertinente referir que a depressão grave e o risco de suicídio só podem ser detetados perante um conjunto de fatores e nunca apenas por uma única ou pontual observação.

Deste modo, é necessária a tríade Escola, Centros de Saúde e Programas de Saúde Escolar, como agentes promotores da saúde, promovendo a dinâmica escola/família/comunidade, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida.

### ***Contextualização da Saúde Escolar***

A Saúde Escolar, em Portugal, iniciou-se em 1901, sendo mantida durante todo o séc. XX. Foi, contudo, sujeita a diversas reformas numa tentativa de se adequar às necessidades escolares. “Até 1971, o Ministério da Educação organizou a intervenção médica nas escolas através dos Centros de Medicina Pedagógica, vocacionados para actividades médicas e psicopedagógicas, limitando-a, porém, aos concelhos de Lisboa, Porto e Coimbra” (Ministério da Saúde, 2006, p. 3).

Durante os anos de 1971 a 2001 os Ministérios da Educação e da Saúde compartilharam responsabilidades a nível da Saúde Escolar, com os mesmos objetivos, mas de formas distintas. Em 1993, os Centros de Medicina Pedagógica foram extintos e os seus técnicos foram integrados nos quadros das administrações Regionais de Saúde. Desde então, é o Ministério da Saúde que tem a tutela da Saúde Escolar, administrada pelos Centros de Saúde. Em 1995, é aprovado o Programa-tipo de Saúde Escolar. Entretanto, “mudanças significativas ocorreram nos sistemas de saúde e educação: novas estratégias, formas de gestão e novas orgânicas em ambos os Ministérios. Assim, impõem-se novas formas de operacionalizar a Saúde Escolar e de avaliar o seu impacto, tendo sempre em conta que a Escola deve continuar a ser a grande promotora da saúde” (Ministério da Saúde, 2006, p.3).

Verifica-se, assim, que no Sistema Educativo o foco da sua atenção, para além da transmissão de conhecimentos, educar para os valores, formar os alunos civicamente, também se procura promover a saúde num processo de aquisição de competências ao longo da vida das crianças e adolescentes. No Sistema de Saúde, aprovaram o Plano Nacional de Saúde (2004-2010), definindo prioridades perante a evidência científica com objetivos a médio e longo prazo. Este Plano, através de programas nacionais, é desenvolvido nos locais onde as pessoas vivem, trabalham e estudam e visa reduzir os fatores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e aumentar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida dos indivíduos. As atividades abordadas de forma integrada, intersetorial e multidisciplinar, visam a articulação indispensável com o setor da educação. Também na OMS, em *Health for all*, foram estabelecidas metas para abordagem privilegiada no meio escolar de estilos de vida saudáveis, e nos serviços de saúde o papel na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento da saúde das crianças e sua escolarização. *Health for all* define ainda Escola Promotora da Saúde (EPS), incluindo a educação para a saúde no currículo com atividades de saúde escolar (OMS, 1999).

O Programa Nacional de Saúde Escolar (2004-2010) refere que “Portugal integra a **Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde** desde 1994, tendo iniciado a sua atividade com uma experiência piloto que, em 1997, os Ministérios da Saúde e da Educação

decidiram alargar, criando condições, nomeadamente, legislação<sup>1,2</sup> e estruturas de apoio, para que os profissionais da saúde e de educação pudessem assumir a promoção da saúde na escola como investimento capaz de se traduzir em ganhos em saúde. Em fevereiro de 2006 os Ministros da Educação e da Saúde reafirmaram, através da assinatura de um Protocolo, o compromisso de incrementar modelos de parceria para a implementação dos princípios das escolas promotoras da saúde” (Ministério da Saúde, 2006, p.5). Assim, a legislação recomenda:

“b) Que para que o processo de promoção da saúde na escola se torne efectivo é necessário desenvolvê-lo:

No plano curricular, melhorando a relação entre os conteúdos programáticos e a vida, ao nível da escola e do contexto de sala de aula;

No plano psicossocial, incrementando formas de relacionamento positivo intra e interpessoal;

No plano ecológico, assegurando um ambiente físico agradável e seguro;

No plano organizacional, garantindo condições de direcção e gestão facilitadoras do desenvolvimento do processo;

No plano comunitário, criando uma efectiva dinâmica relacional entre escolas, pais, famílias e organizações locais;” (Diário da República, nº164, IIª Série, p. 11 895).

Na Conferência Ministerial sobre **Saúde Mental**, *World Health Organization* (2005), na Declaração para a Europa, reconheceu-se a promoção da saúde e a prevenção das doenças mentais como uma prioridade. Propôs-se o combate ao estigma e à discriminação na infância e adolescência com benefícios para o indivíduo, sociedade e sistemas de saúde. A família, como primeira escola da criança, deve procurar o bem-estar físico, psicológico, social, afetivo e moral, enquanto a escola deve promover a saúde e mobilizar a comunidade, pais, empresas voluntárias e diversas parcerias, executando os projetos e avaliando-os.

### ***Terminologias Suicidárias***

O **suicídio** é um dos comportamentos humanos mais complexos e imprevisíveis. “Etimologicamente, *suicídio* significa *homicídio de si próprio*, do latim *sui caedere*. O termo foi utilizado pela primeira vez por Desfontaines, em sua obra *Observations sur les écrits modernes*, em 1737” (Félix, 2002, p. 68).

---

<sup>1</sup> Ministérios da Educação e da Saúde. Despacho Conjunto n.º 271/98, de 15-4, publicado no Diário da República, n.º 164, II.ª série.

<sup>2</sup> Ministérios da Educação e da Saúde. Despacho conjunto n.º 734/2000, de 18 de julho, publicado no Diário da República n.º 88, II.ª série.



Existe uma grande dificuldade em se definir verdadeiramente suicídio, uma vez que condutas bastante diferentes são consideradas como suicidas, em diferentes países e culturas. Encontramos várias definições de suicídio com perspectivas que abrangem vários domínios: o sociológico, o psicológico, o filosófico, o psiquiátrico e também o legal. No entanto, não existe uma posição de consentimento em quase nenhuma sociedade, mas sim uma crescente preocupação acerca da saúde mental e também proporcionar uma consciência em que o suicídio não seja considerado uma alternativa. Assim, aumentam esforços diversificados para promover o bem-estar em que o indivíduo não veja o suicídio como uma hipótese viável. Adotamos a definição de Serra (1971), citado por Sampaio (1991, p.31), sobre suicídio: “autodestruição por um acto deliberadamente realizado para conseguir este fim”, pois talvez se aproxime mais da noção do senso comum que vigora atualmente.

Perante a sua natureza complexa, reveste-se de importância distinguir suicídio consumado de tentativa de suicídio, de parassuicídio e ideação suicida. Cada caso é um caso e neste estudo deve-se considerar esta diversidade de comportamentos suicidiários para existir uma intervenção e prevenção mais eficaz.

Considera-se **ideação suicida** os pensamentos ou ideias que englobam desejos, atitudes ou planos sobre como acabar com a própria vida, que pode mesmo ser vista como um precursor de outros comportamentos suicidas mais graves. Os indivíduos que apresentam ideação suicida, geralmente têm planos e desejos de cometer suicídio, mas não fizeram nenhuma tentativa aberta de suicídio em tempo recente. A importância de nos debruçarmos sobre a ideação suicida reside no fato de ser um dos preditores para o risco de suicídio, podendo ser o primeiro passo para a sua concretização.

No estudo, Prevenção do suicídio em adolescentes: programa de intervenção BELIEVE prevalece, com 50%, a ideação suicida, numa amostra de 625 estudantes entre os 15 e 18 anos (Façanha, Erse, Simões, Amélia & Santos, 2010). Na região centro, os dados da Consulta de Prevenção de Suicídio dos Hospitais da Universidade de Coimbra revelam

valores elevados de ideação suicida alertando para a gravidade do problema e necessidade emergente de programas de prevenção.

O conceito de **parassuicídio** foi redefinido em York (Reino Unido) pelo World Health Organization (1986), por um grupo de peritos em suicidologia, como sendo “um ato com um resultado não fatal, no qual um indivíduo deliberadamente inicia um comportamento não habitual que, sem intervenção de terceiros, irá resultar em lesões autoinfligidas, ingere uma substância em excesso de entre as prescritas ou geralmente reconhecidas dosagens terapêuticas, com o objetivo de alcançar certas alterações que ele desejou através desse ato, ou esperadas, consequências físicas” (World Health Organization, 1986, p.1). Segundo Saraiva (2010) o parassuicídio abrange “Um comportamento que parece ser uma linguagem de desamparo ou revolta através do corpo. Uma forma inadequada de esbater a tensão emocional, na ausência de outras ferramentas psicológicas para lidar com conflitos, perdas, fracassos. Em que, supostamente, a intenção suicida é inexistente, persistindo uma margem “cinzenta”, mínima que seja, relacionada com um dos aspectos mais complexos da suicidologia: a ambivalência” (p.193). O mesmo autor constatou, ainda, que os parassuicídios são cada vez mais comuns nos adolescentes, como se observa em dados recolhidos por Saraiva (2010), na Consulta de Prevenção do Suicídio, nos Hospitais da Universidade de Coimbra. Em mais de mil doentes, dos quais, metade (50%) são jovens parassuicidas com idades compreendidas entre os 15 e 24 anos.

Define-se **tentativa de suicídio** como um gesto autodestrutivo não fatal, em que o indivíduo não consegue concretizar o objetivo de pôr termo à vida, mas tem intenção de morrer (Santos, Rodrigues, Barros, & Sampaio, 1996). Este gesto surge como estratégia para a resolução de um problema, como a última alternativa, após o indivíduo ter esgotado todas as outras possibilidades. A tentativa de suicídio ao contrário do parassuicídio caracteriza-se pelo ato levado a cabo por um indivíduo não resultando na própria morte, não sendo esta alcançada por razões diversas, sendo o nível de intencionalidade suicida superior ao do parassuicídio. Este termo foi adotado, mais recentemente. A tentativa de suicídio tem as mesmas características fenomenológicas do suicídio, apenas difere quanto ao desfecho, que não é fatal. Desta forma considera-se tentativa de suicídio adolescente todo o ato não fatal de automutilação ou de autoenvenenamento, executado de vontade

própria, por um indivíduo com idade compreendida entre os 10 e os 21 anos (Sampaio & Santos, 1990).

Num dos seus artigos, Santos & Sampaio (1997) descrevem adolescentes com comportamentos autodestrutivos avaliados entre 1993 e 1995 e, apesar do perigo subjacente a este tipo de generalizações, chegam a um perfil do adolescente que tenta o suicídio: são maioritariamente raparigas; apresentam uma idade média de 17 anos; a maioria vive com a família nuclear; são estudantes; o método preferencial recai sobre a ingestão medicamentosa; na maioria dos casos aconteceu algo que potenciou a conduta autodestrutiva tais como conflitos familiares, rutura afetiva ou insucesso escolar; têm critérios diagnósticos de síndrome depressiva.

O Quadro 1 resume os termos e definições que compreendem o espectro de comportamentos relevantes ao suicídio, do menos grave para o mais grave em termos de consequências para o indivíduo.

DEFINIÇÃO DOS TERMOS	
Termo	Definição
Ideação Suicida	Quaisquer pensamentos ou ideias que englobam desejos, atitudes ou planos, relatados pelo indivíduo, sobre terminar intencionalmente com a sua própria vida.
Parassuicídio	Ato ou comportamento não fatal, eventualmente não habitual no indivíduo e com o qual ele não tem clara intenção de morrer, causando lesões a si mesmo (mais ou menos graves) caso não exista a intervenção de outrem.
Tentativa de suicídio	Comportamento autodestrutivo, não fatal, em que o indivíduo não consegue concretizar o objetivo de pôr termo à vida, mas tem intenção de morrer.
Suicídio	Autodestruição consequente de um ato propositadamente realizado com vista a esse fim (morte).

**Quadro 1. Resumo dos termos relativos ao suicídio. Fonte: elaboração própria.**

### ***Fatores de Risco, Fatores Precipitantes, Fatores de Proteção e Sinais de Alarme***

Habitualmente, o risco de um comportamento suicida é dado por indicadores de natureza sociodemográfica, clínica e genéticos. Este último ainda é objeto de especulações, mas pode-se inferir através do historial familiar do indivíduo.

A investigação tem vindo a distinguir possíveis fatores de risco, fatores de precipitação, fatores protetores e sinais de alarme. A maior parte da prevenção do suicídio baseia-se na identificação de fatores de risco, pois há insuficiência de dados referentes aos fatores

protetores. O pouco que se sabe é devido ao conhecimento nas áreas da saúde em geral ou da saúde mental em particular.

Entre especialistas e investigadores portugueses, Santos, Freitas & Saraiva (2006, p.435-436), ao escreverem sobre Estratégias Globais de Prevenção do Suicídio, referem que: “O risco de suicídio e os factores protectores bem como as suas interacções formam a base empírica para a prevenção do suicídio. Os factores de risco associam-se a um maior potencial para o suicídio e conduta suicida, enquanto os factores protectores associam-se à redução do potencial para o suicídio. Por isso, uma efectiva prevenção do suicídio deverá combinar estratégias dirigidas à população em geral, e outras cujos objectivos incidem sobre os grupos mais em risco”.

Os **fatores de risco** podem apresentar-se com carácter individual, familiar, contextual. Apresentamos no Quadro 2 os principais fatores de risco para o suicídio de acordo com o Grupo de Trabalho da *Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia*, (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2009).

FATORES DE RISCO	
Individuais	Depressão maior Transtornos mentais Tentativa de suicídio anterior Adolescente de idade Género masculino Factores psicológicos (desesperança, rigidez cognitiva,...) Factores genéticos e biológicos
Familiares e de contexto	Histórico de suicídio na família Antecedentes psiquiátricos na família Estrutura ou funcionamento familiar Eventos stressantes da vida Exposição (casos perto ou <i>media</i> – ‘efeitos contágio’) Dificuldades com colegas e familiares Rede social
Outros fatores	Abuso físico ou sexual Orientação sexual <i>Bulling</i>

**Quadro 2: Fatores de Risco. Adaptado (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2009).**

Alguns fatores podem atuar como **precipitantes** do comportamento suicida, tais como: o divórcio dos pais, os fatores psicológicos/pessoais, as discussões na família, os problemas entre os seus pares ou grupo, as dificuldades escolares e situações de muito *stress* que

podem agir na vulnerabilidade de jovens com problemas psiquiátricos. Segundo *Ministerio de Ciencia e Innovación* (2009) os fatores precipitantes podem mudar com a idade, contando que em crianças pré-adolescentes as relações com os pais podem ser fracas acrescidas dos conflitos com o grupo de pares adolescentes.

O impacto de alguns fatores de risco pode ser claramente reduzido com certas intervenções sendo necessário conhecer os **fatores de proteção** do suicídio que, segundo o *Department of Health and Human Services* (1999), são variados e incluem características atitudinais e comportamentais de um indivíduo ou atributos do ambiente e cultura. Alguns fatores de proteção mais importantes são apresentados no Quadro 3.

FATORES DE PROTEÇÃO
Cuidados clínicos eficazes
Facilidade de acesso aos serviços de Saúde e suporte na busca de ajuda
Acesso restrito aos meios altamente letais de suicídio
Suporte social e familiar (com fortes ligações)
Competências na solução de problemas e resolução de conflitos
Crenças culturais e religiosas que desencorajam o Suicídio e suportam os instintos de auto preservação
Articulação entre os vários níveis de Serviços de Saúde mental e Clínica Geral.

**Quadro 3: Fatores de Proteção. Adaptado de *Department of Health and Human Services* (1999).**

É particularmente importante ainda referir os **sinais de alarme**, apresentados no Quadro 4, devendo estes ser valorizados independentemente do seu contexto. A importância destes sinais e a urgência aumenta quando acrescidos dos fatores precipitantes. Estes sinais de alarme segundo Santos (2006) decorrem já da classificação usada pela *The American Psychological Association* (APA, 1999).

SINAIS DE ALARME
Tentativa prévia de suicídio
Abuso de álcool ou de drogas
Exprimir sentimentos ou pensamentos tais como suicídio ou morte
Crescente tristeza e isolamento
Modificações importantes nos hábitos alimentares ou de sono
Sentimentos de desespero, culpa ou inutilidade
Fraco controlo sobre o comportamento
Comportamentos impulsivos ou agressivos
Perda brusca de rendimento escolar ou interesse nas aulas
Falta de interesse nas atividades habituais
Perfeccionismo excessivo
Problema com as autoridades
Desembaraçar-se de bens importantes
Despedir-se ou insinuar que não estará presente no futuro

**Quadro 4: Sinais de Alarme. Fonte: Santos, M. (2006).**

Segundo o Núcleo de Estudos do Suicídio (NES, 2012) é “essencial que os professores sejam capazes de detetar precocemente os sinais de alarme de um comportamento patológico, sem se convencerem de que tudo é perturbação mental”.

É importante realçar que nenhum dos fatores isolados possui força suficiente para provocar ou prevenir um comportamento suicida. Na realidade, é a sua combinação que leva à situação crítica que resulta nesse comportamento.

### *O adolescente, a família, e a escola*

Os Estados Partes presentes na Convenção sobre os direitos da criança, adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de setembro de 1990, acordaram o seguinte, no Artigo 1: “Nos termos da presente Convenção, criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo” (p.6). De acordo com a *World Health Organization* (1986) a **adolescência** é uma fase distinta do desenvolvimento. As suas características dependem da maneira como fatores biológicos e fisiológicos se combinam para formar os padrões de maturidade envolvidos. Apesar das diferenças individuais e dos fatores ambientais, algumas das suas características são comuns a todas as culturas. Os processos de desenvolvimento são caracterizados por períodos de mudanças rápidas, intercalados com fases de falta de iniciativa, os quais, por vezes, podem parecer um regresso a padrões de comportamento anteriores. Assim, os adolescentes irritam muitas vezes os adultos ao agirem de forma infantil depois de parecerem ter atingido padrões aceitáveis de maturidade.

O desenvolvimento na adolescência é muitas vezes desigual. Por exemplo, a maturidade precoce influenciada por fatores biológicos (i.e. uma aparência mais madura) de uma jovem adolescente pode levar as pessoas a ter expectativas sociais acerca dela, as quais ela não estará pronta para cumprir. Verifica-se, assim, que a adolescência se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida o seu crescimento e a sua personalidade, obtendo progressivamente a sua independência económica, além da integração no seu grupo social.

Os limites cronológicos para esta etapa de desenvolvimento humano, entre a infância e a fase adulta, passando por transformações corporais, hormonais e comportamentais, são definidos pela OMS entre os 10 e 19 anos e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre os 15 e 24 anos, podendo variar de indivíduo para indivíduo.

Para explicar o suicídio juvenil, Oliveira (2006) refere que os adolescentes recorrem a “múltiplas razões, de natureza intrapessoal (como ter baixa auto-estima, sentimentos de perda, dor, desilusão e insegurança), psicossocial (influência social ou do meio envolvente, o isolamento e a solidão), biológica (factores biológicos ou hereditários), interpessoal (como sentir injustiça face aos amigos ou familiares) – recorde-se que na adolescência afluem grandes contradições” (p. 214).

O adolescente que tenta o suicídio considera-se que fracassou no seu desenvolvimento, em três frentes possíveis: relação com os pais, com os companheiros e com a sua identidade sexual. Estas situações desencadeiam uma visão negativa de si próprio, provavelmente de lenta organização desde a infância, mas que eclodiu devastadoramente na adolescência. O autorrelato de adolescentes suicidas revela uma visão negativa de si próprio, organizando-se em redor do perfil calado – triste, pessimista, inseguro, insociável. Pensa-se que esta autodeterminação corresponde a uma acentuada quebra de autoestima, razão e consequência das dificuldades maturativas destes indivíduos.

O adolescente, querendo ser autónomo – face aos pais ou às pessoas que lhe são próximas – formando a sua personalidade, precisa de ser aceite, valorizado e, até, admirado pelos colegas, amigos e familiares. Ele precisa de ser visto, num contexto social (podendo a escola fazer parte dele), como prioridade para que a motivação e a valorização da vida possam envolver a escola, a família e a comunidade, como colaboradoras na promoção da saúde, trabalhando de forma criativa na prevenção do suicídio.

A **família** e sua relação com o suicídio têm sido analisadas de forma extensa na literatura científica, contudo o seu estudo é complexo.

Num modelo sistémico, Sampaio (1991) destaca a natureza interativa e comunicacional do suicídio e das tentativas de suicídio na adolescência. O suicídio é visto como uma comunicação sobre a comunicação familiar. Este autor apresenta a tentativa de suicídio como uma coação paradoxal que visa a mudança no sistema familiar. Manifesta ainda a necessidade de uma intervenção de caráter individual, familiar e social. Esta intervenção permite que o adolescente faça uma reflexão sobre o seu processo de desenvolvimento psicológico, assim como a possibilidade da família transformar o seu modo de comunicação e as suas relações com a comunidade. Ocorrem dificuldades em investigar a vida familiar dos adolescentes, acrescidas dos problemas sociais e pessoais destes serem muitos e variados.

Estudos realizados em Portugal, numa análise global, apontam para questões familiares. Martins (1990), Sampaio (1991) e Saraiva (1997), citados por Santos (2006) no livro *Comportamentos Suicidários em Portugal*, encontraram famílias predominantemente rígidas com elevados valores de coesão, disfuncionais, com frequentes conflitos intrafamiliares, com dificuldade de comunicação, paradoxos de duplo vínculo, má relação com a figura paterna, sentida como distante e autoritária, pais ausentes e punitivos, maioritariamente a mãe como superprotetora; a educação fora do ambiente familiar também é um contributo, destacando-se como mais perturbador a ausência da mãe. Quando um elemento de uma família caracterizada por rigidez e indiferença entra na adolescência, a necessidade de cumprir determinadas tarefas vai exigir mudanças no seu espaço pessoal e na sua interação emocional com a família. É necessário que o sistema familiar avalie constantemente as suas relações e renegocie o equilíbrio entre a unidade familiar e o crescimento individual, o que se torna mais difícil para estes grupos familiares, pois não suportam a mudança e não conseguem a modificação de regras de associação de modo a possibilitar coesão familiar e ao mesmo tempo permitir a diferenciação individual do adolescente. Acontece, então, que o adolescente não pode progredir no seu desenvolvimento psicológico, aparecendo a sua dificuldade relacional e sintomas relacionados com os comportamentos suicidários.



Uma vez que os adolescentes passam a maior parte do tempo na **escola**, esta revela-se como um possível lugar de privilégio para a promoção de educação para a saúde, proporcionando bem-estar e prevenindo os problemas juvenis, nomeadamente o suicídio.

A prevenção do suicídio terá de ser realizada antes e depois que o ato (parassuicídio ou tentativa de suicídio) aconteça, por isso é necessário fortificar a saúde mental dos professores e outros funcionários da escola, fortalecer a autoestima dos estudantes, promover expressão emocional, entre outros.

Em suma, o papel da família e da escola é primordial como ambientes primários de socialização do adolescente. Perante a globalização e de novos ritmos de transformações da sociedade, os adolescentes representam um público-alvo necessitado de uma abordagem preventiva e de valorização da vida.

### ***A escola e a prevenção do suicídio***

Hoje sabemos que o suicídio é a ponta do iceberg de uma série de comportamentos e fantasias. Para que se torne mais compreensível a importância e necessidade da sua prevenção apresentamos, de seguida, algumas opiniões, estudos e medidas tomadas por organizações e especialistas na área.

Para além do conhecimento dos, já referidos, fatores de risco, fatores precipitantes, fatores de proteção e sinais de alarme os autores Santos, Freitas & Saraiva (2006) referem que Shneidman (pioneiro da suicidiologia em 1971) salienta quatro razões inerentes à prevenção dos comportamentos suicidários:

“O indivíduo em crise suicidária está ambivalente;  
A crise suicidária é aguda e tem duração limitada;  
O ato suicida é essencialmente um ato interpessoal num contexto social;  
A intervenção após o ato suicida atenua consequências e previne futuros gestos suicidas ou mesmo o suicídio” (p.436).

Face à problemática, a OMS lançou o *Suicide Prevention Program* (2000), uma iniciativa mundial para a prevenção do suicídio, destinada a grupos profissionais e sociais específicos. Inclui profissionais de saúde, educadores, agentes sociais, governantes,

legisladores, comunicadores sociais, forças da lei, famílias e comunidades. Pode encontrar-se no seu *site* uma série de recursos traduzidos em várias línguas, entre os quais: *Prevenção do Suicídio: Manual para Professores e Educadores*. Este documento foi desenvolvido para professores, diretores e toda a comunidade escolar. Descreve a dimensão do suicídio nos adolescentes, mostra os fatores mais importantes de proteção e de risco e também como agir com o parassuicídio ou o suicídio quando ocorre no meio escolar. Defende, também, que o aconselhável, quando possível, e para uma prevenção de suicídio adequada na escola, é a elaboração de um projeto coletivo que inclui professores, médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais da própria escola, trabalhando em parceria com agentes da comunidade.

Em 2006, a OMS, promoveu o aconselhamento com ênfase na capacidade para o adolescente enfrentar problemas. Este deverá ter uma melhor compreensão de si mesmo, melhorar a autoestima, mudar comportamentos disfuncionais, aprender a resolver conflitos e interagir de forma mais eficaz com os colegas. Outro objetivo deverá ser o de treinar estudantes para identificar colegas em risco, como entrar em contato com uma linha telefónica de apoio ou encaminhar para um especialista, pois é provável que peçam ajuda a um amigo. Preconiza, ainda, promover o envolvimento dos pais a colaborar com os serviços de saúde e apetrechar escolas com programas de prevenção do suicídio. Os professores, pelo facto de passarem grande parte do tempo com os adolescentes, podem ser boas fontes de informação sobre questões de saúde mental relativas aos estudantes. Ainda, quando o comportamento suicida ocorre na escola, é importante contatar os pais, garantir uma avaliação e apoio antes de o estudante regressar à escola. Os colegas também devem receber apoio. Refere, ainda, que os programas de educação na escola podem ajudar os professores a aprender como identificar estudantes potencialmente suicidas, e a treinar os estudantes para a consciencialização de como podem ser úteis para os seus colegas com problemas. Os programas comunitários que se concentram na saúde mental positiva também são úteis para a prevenção do suicídio. Embora a sua eficácia pareça ser discutível, centros de crise e linhas telefónicas de emergência para o suicídio são centrais nos esforços de prevenção do suicídio em muitas comunidades.

A prevenção do suicídio remonta ao meio do século XX, com centros de voluntários de atendimento telefónico, tanto em Inglaterra como no Brasil. A organização *Befrienders* está espalhada por todo o mundo (incluindo Portugal, com linhas de apoio SOS) tendo como objetivo dar apoio emocional e reduzir o suicídio. “*We work worldwide to provide emotional support, and reduce suicide. We listen to people who are in distress, we don't judge them or tell them what to do - we listen*” in *Befrienders Worldwide* (2012). Nos EUA a American Association of Suicidology promove programas nas escolas de prevenção do suicídio, com creditação. Na Áustria, a 10 de março de 2011, na ABC NEWS, há apelos para um programa de prevenção do suicídio a ser incluído como parte do novo currículo nacional nas escolas, “*Dr Martin Harris, who is on the board of Suicide Prevention Australia, says a suicide prevention program should be considered as part of the new national curriculum*” in *ABC NEWS* (2011). No Japão, a cada 15 minutos alguém se mata, o que torna o suicídio a principal causa de morte. São mais de 90 casos por dia e mais de 30 mil por ano, segundo dados do governo. Realizaram campanhas de prevenção com distribuição de cartazes e *posters* com informações sobre onde procurar ajuda, usaram as redes de comunicação, treinaram conselheiros, envolveram organizações sem fins lucrativos e realizaram um projeto com realização de palestras nas escolas e empresas.

Em Portugal surge, em 1978, a Consulta de Suicidologia de Adolescentes na Clínica Psiquiátrica Universitária de Lisboa. No ano de 1987, o Núcleo de Estudos do Suicídio do Hospital de Santa Maria em Lisboa inicia funções e em 1992 surge a Consulta de Prevenção do Suicídio na Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra. A Sociedade Portuguesa de Suicidologia, criada em 2000, também tem como objetivo a prevenção do suicídio.

O Plano Nacional de Saúde (2004-2010) refere que as perturbações emocionais e comportamentais das crianças e dos adolescentes têm uma prevalência elevada, entre 15 a 20%, segundo estudos internacionais. Estas perturbações conduzem a comportamentos de risco – absentismo escolar, uso de álcool e drogas, atos suicidários e comportamentos delinquentes, causando incapacidades, tais como, atrasos e perturbações do desenvolvimento, défices cognitivos e psicossociais. Estes problemas tendem a manter-se e a agravar-se na idade adulta. A resposta a estas necessidades tem sido insuficiente e, por

vezes, desajustada às necessidades. No ano letivo de 2004/2005 a percentagem de intervenções de promoção da saúde em Saúde Escolar com orientações técnicas definidas não ultrapassou 45% (Ministério da Saúde, 2011).

A prevenção dos comportamentos suicidários nos adolescentes é atualmente uma das prioridades de intervenção no Plano Nacional de Saúde Mental. Facanha, Erse, Simões, Amélia & Santos (2010) delinearam e implementaram o Programa de Intervenção BELIEVE, em Coimbra, com os objetivos de avaliar a autoestima e capacidade de resolução de problemas dos adolescentes e intervir para a sua melhoria, integrado na prevenção dos comportamentos suicidários. O programa teve duas vertentes: uma orientada para Técnicos de Cuidados de Saúde Primários e a outra para o meio escolar. Nesta última, realizaram uma sessão de sensibilização, discussão e reflexão dirigida a todos os profissionais das duas escolas envolvidas, permitindo ajudar a identificar adolescentes com tendências suicidas, clarificar e distinguir conceitos, enunciar sinais, sintomas e comportamentos, de modo a identificar precocemente adolescentes em risco. Enfatizaram, ainda, a importância da relação professor/aluno e família/escola, encorajando os jovens a pedir ajuda e conhecer nomes e locais de serviços especializados, combatendo o estigma da doença mental. Dos 106 adolescentes do 8º e 9º ano de escolaridade em sala de aula, o sexo masculino apresentou níveis mais elevados de auto estima e menos dificuldades nas estratégias de resolução de problemas do que adolescentes do sexo feminino. A implementação do programa conseguiu, assim, os seus objetivos. Os autores referem que, nas escolas, é possível uma diversidade de abordagens eficientes, no que diz respeito à prevenção do suicídio. Sugerem, neste estudo, leituras didáticas e reflexões em algumas disciplinas, debates, serviços de atendimento ao estudante (psicólogo, médico escolar, assistente social, enfermeiro), programas formativos para os agentes educativos, intervenções dirigidas aos pais, programas de desenvolvimento de competências e campanhas de sensibilização para os adolescentes, restringindo o acesso aos métodos autodestrutivos.

Ainda no ano 2010, o Núcleo de Estudos do Suicídio (NES), com atividade clínica no Hospital de Santa Maria, realizou o projeto “Tu Importas – Escola, Jovens e Saúde”, com o objetivo principal de promoção da saúde na prevenção do suicídio. A população alvo

foram duas Escolas Secundárias de Odivelas e Benfica, em Lisboa, sendo a amostra constituída por alunos do 9º ano. Construíram uma equipa de técnicos em cada escola, destinada a desenvolver atividades e promover competências e comportamentos favoráveis à prevenção do isolamento e da depressão.

O projeto piloto, *Youth Mental Health* (WHY), visa melhorar o reconhecimento, a referenciação e a prestação de cuidados de saúde mental para jovens, entre os 12 e os 24 anos, com depressão e em risco de suicídio. Iniciado em janeiro de 2009 com uma reunião exploratória, seguida de uma reunião de preparação e formação dos profissionais, teve o início da sua implementação em março de 2010. O término da sua execução foi em maio de 2011, seguindo-se o tratamento e análise dos dados e apresentação dos resultados nos dois anos seguintes, 2012 e 2013 (Gusmão, Quintão, Costa, Proença & Kutcher, 2011).

O projeto apresentou três níveis de parcerias. Os parceiros no terreno são, no nível um, os professores de referência de escolas secundárias de Oeiras, Amadora e Cascais, que detetam e referenciam os alunos. No nível dois, os serviços de interface, Olá Jovem (Amadora), Espaço S (Cascais), CHAT (Oeiras), avaliam, fazem retorno ou referenciação. No nível três, os Centros de Saúde da Amadora, Cascais e Oeiras, avaliam, fazem retorno, tratamento, seguimento e referenciação. Por fim, no nível quatro, encontram-se os serviços especializados Hospital Fernando Fonseca (Amadora) e Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (Oeiras e Cascais) onde se avalia, faz retorno, tratamento e seguimento. Para este projeto, a prevenção nas escolas surge como uma forma simples e excelente custo-efetividade para aceder aos jovens. Privilegia-se o ambiente no qual os problemas de saúde mental são normalmente identificados, como oportunidade única para detetar fatores de risco para doença mental e suicídio (Gusmão *et al.*, 2011).

No Centro do País, em setembro de 2012, com a cooperação da Direção Regional da Educação do Centro (DREC), da Consulta de Prevenção do Suicídio do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra e do Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Infante D. Pedro em Aveiro, o Projeto +Contigo terá como estratégia uma intervenção direcionada aos Cuidados de Saúde Primários e Comunidade Educativa, implementada no início do ano letivo 2012-2013. A Equipa Regional +Contigo dará, numa fase inicial, formação à Equipa

de Saúde Local, à Comunidade Educativa+ e à Equipa de Educação Local. Existirá um Projeto Local +Contigo, por Agrupamento de Escolas. Segue-se a sensibilização dos Encarregados de Educação, celebração dos Dias Mundial da Saúde Mental, Mundial da Prevenção do Suicídio e intervenção com os alunos. Esta tem seis momentos onde se inclui o diagnóstico da situação, a intervenção, a primeira avaliação e a segunda avaliação. Será ainda realizado o Encontro Anual +Contigo. Existindo casos identificados através da ligação da equipa de Saúde Local, a Comunidade Educativa e o Encarregado de Educação do aluno serão identificados como: Caso Leve (gerido pela equipa de saúde do aluno em articulação com a equipa de saúde escolar/escola/família) e Caso Grave (após avaliação da situação se necessita de atendimento especializado). Este será encaminhado para a Consulta de Prevenção do Suicídio do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, do Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Infante D. Pedro em Aveiro ou outro serviço especializado.

Este projeto, +Contigo, pretende desenvolver competências pessoais e sociais que promovam autoestima e previnam os comportamentos de risco em adolescentes nas escolas do 3º ciclo do Ensino Básico e Secundário.

Em Portugal, apesar destes contributos na prevenção do suicídio, nos dados estatísticos apresentados pelo Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação (GEPE, 2012), em 2010-2011, temos 7911 estabelecimentos de ensino Público onde é necessário desenvolver esforços para implementar estratégias de prevenção do suicídio em adolescentes, com a identificação precoce de situações problema. Na zona centro do país, onde se realizou esta investigação, podemos verificar, no Quadro 5, que possuímos 656 estabelecimentos de ensino com alunos na fase de desenvolvimento da adolescência.

Nível de Ensino	Número de Estabelecimentos de Ensino
Educação Pré-Escolar	1349
Ensino Básico – 1º Ciclo	1402
Ensino Básico – 2º Ciclo	227
Ensino Básico - 3º Ciclo + Secundário	288 + 141

**Quadro 5: Número de estabelecimentos de ensino por nível escolar da Zona Centro. Fonte: GEPE, 2012.**

## **2. Supervisão e Formação de Professores: contributos para a prevenção do suicídio**

*“O processo de formação é tanto mais feliz quanto mais as suas diversas fases assumirem o carácter de acontecimentos vividos” (Hugo von Hofmannsthal, 1928)*

O estudo das necessidades de formação de professores como consequência da introdução da Saúde Escolar, em particular no que diz respeito à prevenção do suicídio, insere-se no âmbito mais lato das recomendações dos estudos sobre a formação dos professores, nomeadamente na análise de necessidades de formação. Consideramos pertinente destacar a Supervisão e o seu papel na formação de professores, porque estamos conscientes da sua importância teórica e prática na regulação dos processos, os quais abrangem professores, alunos, a vida na escola e a própria educação. Também assume a educação enquanto objeto de formação e investigação e procura dar sentido ao vivido e ao conhecido, compreendendo melhor para melhor agir.

Deste modo, pretendemos abordar os contributos da Supervisão que possibilitem a formação de professores, em particular no que diz respeito à prevenção do suicídio, podendo minimizar este problema. Iremos, por isso, debruçarmo-nos sobre o conceito de supervisão, possíveis cenários supervisivos, desenvolvendo, em particular, a supervisão não *standard*, pelo facto de dar uma resposta específica a cada caso e integrar os diferentes cenários. Seguidamente analisaremos o supervisor em comunidades aprendentes, as funções do supervisor numa escola reflexiva e bem como as práticas supervisivas que poderão ser desenvolvidas pelos supervisores na formação de professores.

### ***Supervisão***

O conceito de Supervisão durante muito tempo esteve associado a conotações como “chefia, dirigismo, imposição e autoritarismo” (Vieira, 1993, p.28). Atualmente reveste-se de um carácter mais complexo e abrangente. Segundo Alarcão & Tavares (2003) é “O processo em que um professor, em princípio mais experiente e mais informado, orienta um

outro professor ou candidato a professor no seu desenvolvimento humano e profissional” (p.16).

Duas palavras emergem da sua definição: *processo*, o qual permite que ocorra uma ação de determinada forma, continuada ao longo do tempo, com a finalidade de apoiar e regular o processo formativo, e *orienta*, incidindo no modo de fazer supervisão e nos objetivos inerentes às práticas supervisivas, conduzindo a diferentes cenários de supervisão.

É na continuação deste contexto que invocamos a supervisão como orientação da prática pedagógica como um processo lento que, iniciado na formação inicial, não deve terminar com a profissionalização, mas prolongar-se sem quebra de continuidade na tão falada e tão pouco considerada “formação contínua”. Ou seja, a dinâmica da supervisão deve continuar através da autosupervisão ou da supervisão realizada no seio do grupo dos colegas. Alarcão & Tavares (2003) consideram, ainda, que o objetivo da supervisão não é apenas o desenvolvimento do conhecimento, mas também ter capacidades reflexivas e de repensar na ação, colaborando para uma prática mais pessoal e autêntica.

Assim como tantos outros, o conceito de Supervisão reconceptualizou-se com os contributos da investigação, alargando o seu campo de referência e ação sem perder as dimensões pessoal, social, institucional e humana. Pelo facto de há alguns anos atrás aparecer associado a normatividade, superioridade, hierarquização, reprodução de práticas e algum distanciamento humano, teve-se a necessidade de alargar a sua conceptualização. A abordagem focava primeiramente a formação inicial de professores estendendo-se à formação contínua. Deixa a perspetiva limitada à sala de aula com foco no professor-indivíduo e passa a abranger os professores-coletivo, incidindo na colaboração e entre ajuda dos docentes para um melhor ensino. Ganhou uma dimensão auto e heterorreflexiva. A atividade supervisiva, reconhecendo a importância do papel da escola, expande o seu conceito ao contexto escolar sendo o foco a escola que aprende e se desenvolve porque se pensa a si mesma. Hoje, a autonomia da escola, responsabilidade e resiliência, necessidade de se questionar e avaliar para obter melhor qualidade e influência social, torna-a numa escola reflexiva.



Ainda, segundo Alarcão & Tavares (2003) “É neste pano de fundo que se deve enquadrar a reconceptualização que vimos fazendo sobre a supervisão como dinamização e acompanhamento do desenvolvimento qualitativo da organização escola e dos que nela realizam o seu trabalho de estudar, ensinar ou apoiar a função educativa através de aprendizagens individuais e colectivas, incluindo a dos novos agentes” (p.154).

A supervisão pressupõe ainda um “atento e abrangente olhar que contemple e atente ao perto e ao longe, ao dito e ao não dito, ao passado e às hipóteses de futuro, aos factos e às suas interpretações possíveis, aos sentidos sociais e culturais, à manifestação do desejo e à possibilidade/impossibilidade da sua concretização, ao ser e à circunstância, à pessoa e ao seu próprio devir” (Sá-Chaves, 2007, p.119). E implica, também, uma “visão de qualidade, inteligente, responsável, livre, experiencial, acolhedora, empática, serena e envolvente” (Alarcão & Tavares, 2003, p.45).

No processo de orientação, o supervisor pode seguir várias abordagens, ou seja, diferentes cenários supervisivos, que provocam efeitos diversos a nível da formação de professores. Passaremos a apresentá-los de seguida.

### ***Cenários de Supervisão***

A prática da supervisão adquire estruturas e cenários próprios. Estes “não devem ser entendidos como compartimentos estanques ou categorias que se excluem mutuamente já que coexistem com frequência” (Alarcão & Tavares, 2003, p.17). Inicialmente, em 1987, estes autores, consideraram apenas seis cenários: o da *imitação artesanal*, o da *aprendizagem pela descoberta guiada*, o *behaviorista*, o *clínico*, o *cenário psicopedagógico* e o *peçoalista*, apresentados no Quadro 6. Posteriormente, em 2003, integram o *reflexivo*, o *ecológico* e o *dialógico*. Sá-Chaves (2002) viria a acrescentar um novo cenário o *integrador* (Quadro 6). Considera-se, assim, a existência de dez possíveis cenários de Supervisão. De seguida, e sem pensar analisar com exaustão cada um dos vários cenários apresentam-se as características fundamentais de cada um.

CENÁRIOS	CARACTERÍSTICAS
Imitação Artesanal	Formando com um papel passivo. Crença no poder da demonstração como forma de ensinar. Lógica reprodutora e de perpetuação do 'bom' modelo. Crença na imutabilidade do saber. Crença na imitação como forma de aprender. Relação supervisiva de mestre-aprendiz. Dificuldade em inovar e definir o 'bom' professor.
Aprendizagem pela descoberta guiada	Formando com um papel mais ativo. Crença no conhecimento analítico dos modelos de ensino. Crença na aplicação experimental dos princípios que regem o ensino aprendizagem. Relação supervisiva de orientação (conduzir o formando na descoberta do seu estilo pessoal). Dificuldade em integrar a teoria e a prática.
Behaviorista	Valoriza a estratégia do micro-ensino. Controla a aprendizagem e a aplicação das competências e estratégias de ensino. Incapaz de contextualizar as competências treinadas.
Clínico	Formando com um papel muito ativo. Colaboração entre supervisor e supervisando. Existe um Ciclo de supervisão. Abordagem centrada na resolução de problemas e organizada em fases que constituem o ciclo de supervisão (1.encontro pré-observação: fase pré-ativa, 2.observação: fase interativa e 3.pós-observação: fase pós-ativa) Supervisor com uma atitude de colega, funções de apoio e ajuda.
Psicopedagógico	Ensina os professores a ensinar com base em conhecimentos oriundos da psicologia do desenvolvimento. Relação de ensino-aprendizagem baseada na identificação e resolução de problemas da prática docente assente num clima dialogante e de encorajamento. Aborda a problemática da prática pedagógica em si mesma e a sua relação com a componente Psicopedagógica de índole teórica. O Ciclo de supervisão integra três etapas: planificação, reflexão e avaliação. Dificuldade em determinar como passar do saber ao saber fazer. Supervisor ensina conceitos e ajuda o supervisando a desenvolver capacidades e competências, num clima dialogante e de encorajamento.
Pessoalista	Formando perspectivado como uma pessoa Reflexão sobre a dimensão pessoal do processo de desenvolvimento humano. Supervisor proporciona uma atmosfera relacional e humanizada
Reflexivo	Formação com abordagem de natureza construtivista. Combinação da ação, experimentação e reflexão dialogante no processo formativo. Saber dinâmico emergente e construído a partir da prática. Promove a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação. Promove a autoformação, autoaprendizagem e autossupervisão nos formandos.
Ecológico	Resulta das interações direta ou indireta do desenvolvimento humano e os contextos onde decorre a situação de supervisão. Os níveis estruturais que compõem o ambiente ecológico são: o microssistema, o mesossistema, o exossistema e o macrosistema. Supervisão proporciona e gere experiências diversificadas, em múltiplos contextos, facilitando a ocorrência de transições ecológicas. Supervisandos desempenham novas atividades, assumem novos papéis e interações com os que os rodeiam. Desenvolvimento pessoal e profissional em constante inacabamento.
Dialógico	Análise dos contextos a partir do diálogo (constrangimentos escolares e sociais). Todos os atores envolvidos no processo de formação contribuem para a transformação dos contextos educativos, na dimensão política, ética, social e emancipatória da formação. Supervisão: democrática, participativa, transformadora, reflexiva, colegial, colaborativa, aberta à negociação e à liberdade de escolha.
Integrador	Todos os cenários contêm elementos válidos para o processo supervisivo Os cenários não são estanques e mutuamente exclusivos, eles coexistem e interpenetram-se. Representa uma síntese integradora dos vários modelos supervisivos. Gestão flexível do processo supervisivo através de negociações entre supervisor e supervisando. Supervisor reflexivo, atento aos diferentes contextos, possibilita respostas não <i>standard</i> por parte do supervisando. Renuncia a crença de um conhecimento de tipo <i>standard</i> com resposta generalizada a cada situação educativa problemática.

**Quadro 6: Síntese dos cenários, segundo Alarcão & Tavares (2003) e Sá-Chaves (2002).**

Este último cenário leva-nos a uma novo conceito de supervisão não *standard* o qual pretendemos olhar de forma mais pormenorizada, por consideramos o mais adequado para esta investigação.

### ***Supervisão não standard***

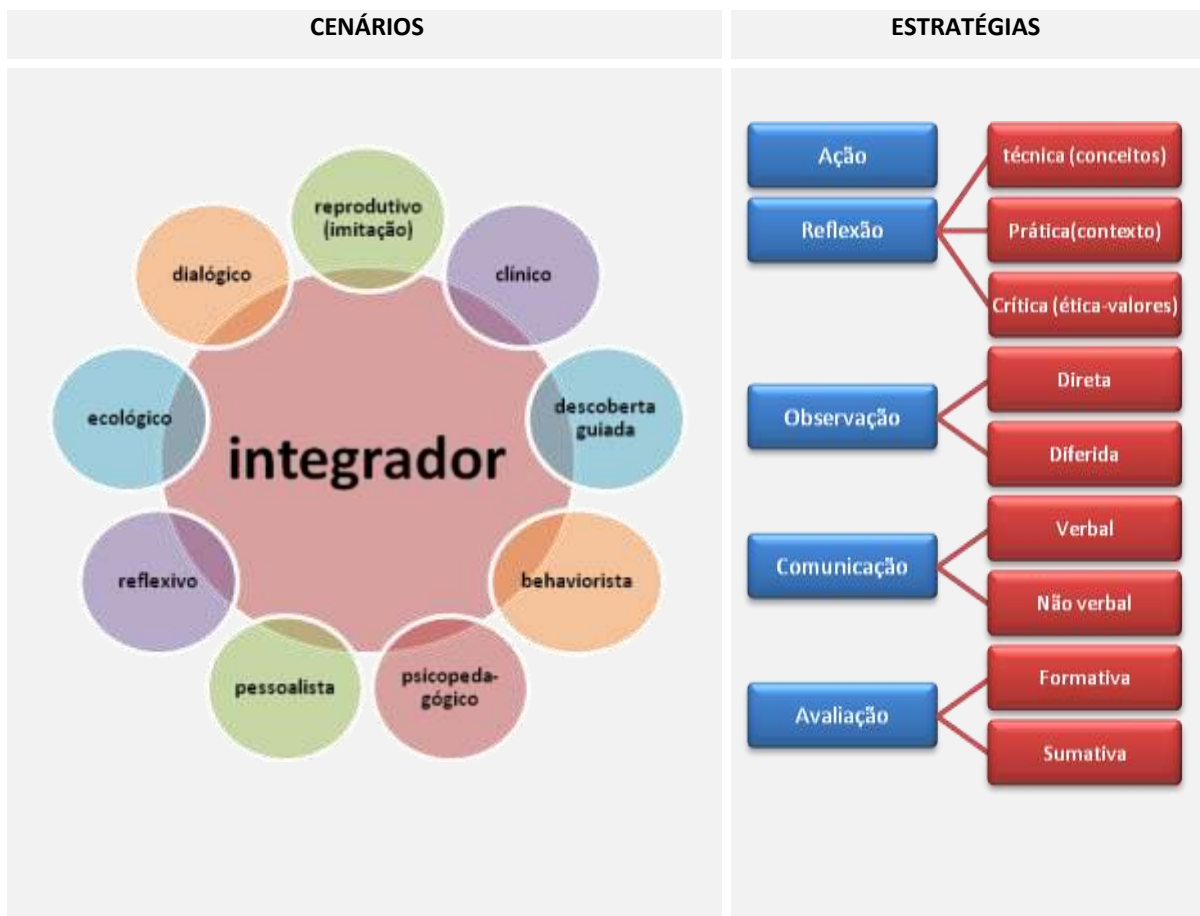
Numa nova compreensão de Supervisão, Sá-Chaves (2009) utiliza a metáfora da dança do olhar, incluindo várias perspectivas quanto ao “lugar de onde se vê, ao objecto visionado ou ainda às limitações e equívocos do próprio olhar” (p. 50). A autora, citando Shön, explica a complexidade do conceito de supervisão considerando a relação supervisiva um sistema dinâmico, instável, incerto e imprevisível. Permite uma visão global e aberta, incluindo os princípios de totalidade, transformabilidade e recursividade, admitindo uma relação não hierarquizada, mas dialógica, de mútua implicação, reconhecimento e autorreguladora (Sá-Chaves, 2009).

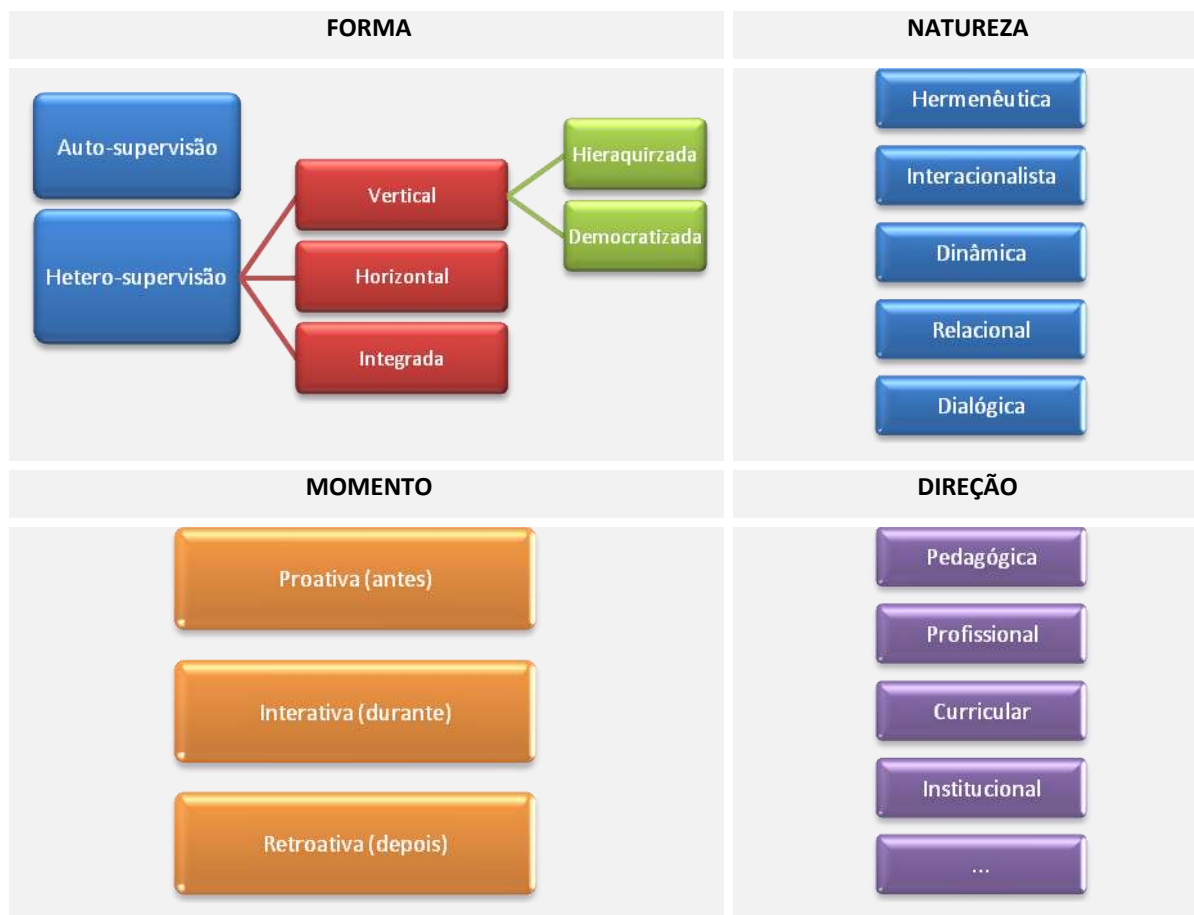
Esta perspectiva, segundo Sá-Chaves (2009), distancia-se dos modelos tradicionais, emergindo a ideia de não ser apenas o supervisor o que estimula e promove pensamento e ação no supervisando, mas que possa ter um espaço de crescimento pessoal e/ou profissional. Assim, a relação supervisiva recentra-se nos processos de pensamento através de uma comunicação dialética e interpessoal. O objeto de supervisão passa de comportamentos observáveis a dimensões interpessoais, tornando a sua natureza subjetiva e imprevisível, por isso torna-se fulcral a reflexão na ação. O desenvolvimento humano pessoal e/ou profissional estimula a competência reflexiva de resolução de problemas, mobilizando os saberes coletivos perante cada circunstância, pessoa e instante.

Situamo-nos, assim, numa perspectiva de supervisão de tipo não *standard*, “responsiva à especificidade de cada caso e modelizada de acordo com uma concepção estratégica e intencionalizada que configura um cenário integrador de saberes, de possibilidades e de hipóteses de trabalho criticiosamente seleccionados à luz de uma perspectiva ética que sustente só valores de bem comum e os direitos universais” (Sá-Chaves, 1995, p.51).

Segundo a autora citada anteriormente, esta supervisão de tipo não *standard* não considera as outras perspectivas como sendo umas melhores do que outras, mas acaba por usar todas, pois a matriz horizontal pode complementar a matriz vertical. A diversificação pressupõe, assim, que os papéis de supervisor e de supervisando sejam de uma relação aberta, pautada pela colaboração, que a humaniza e democratiza relançando-a nos valores humanos que a sustentam, fundamentam e legitimam.

Na Figura 1, que a seguir se apresenta, Sá-Chaves (2010) convida-nos a podermos observar os cenários, estratégias, forma, natureza, momento, e direção da supervisão. Este esquema permite-nos compreender que a supervisão de tipo não *standard* pode, em diferentes momentos, e segundo as circunstâncias e objeto, usufruir de dinâmicas que religam as partes.





**Figura 1: Cenários, estratégias, forma, natureza, momento, e direção da supervisão, segundo Sá-Chaves (2010). Fonte: elaboração própria.**

Deste ponto de vista, a supervisão tem uma ação mediadora em toda a sua complexidade. Por conseguinte, torna-se indispensável considerar todos estes fatores, planeando uma abordagem multimodal, que os considere como um todo na relação com pessoas e contextos significativos. Só uma interação concertada entre os diversos intervenientes na vida de crianças/adolescentes contribuirá para a obtenção de resultados positivos e duradouros.

“Assim sendo, a supervisão é, ela mesmo, a mediação entre duas (ou mais) pessoas que, numa certa situação, aceitam como premissa a possibilidade da relação fraterna, da acção solidária e da comunicação autêntica como factor decisivo do seu próprio crescimento pessoal e profissional uma perspectiva de desenvolvimento humano integral e inacabado. Processo que, sendo da ordem do colectivo, transcende e transfigura as dimensões individuais através das quais se estabelece e institui, revelando a fundamentalidade da reflexão partilhada e da acção conjugada” (Silva & Moreira, 2009, p.53). Ao estarmos num

processo de desenvolvimento inacabado, é necessário estarmos integrados em escolas que se projetem como comunidades aprendentes, em diálogo e comunicação, reflitam e procurem por caminhos diversos realizar trabalhos, prestar serviços e atendimentos às necessidades da população. Abre-se um campo de formação de professores num cenário de necessidades e expectativas educacionais do mundo contemporâneo.

### ***Comunidades Aprendentes***

Tendo em consideração a escola como uma organização aprendente, reflexiva e em desenvolvimento, é importante refletir sobre a sua importância como comunidade aprendente. Segundo Alarcão (2001), as comunidades aprendentes são uma “organização (escolar) que continuamente se pensa a si própria, na sua missão social e na sua organização, e se confronta com o desenrolar da sua actividade em um processo heurístico simultaneamente avaliativo e formativo” (p.56). Os contextos de aprendizagem, exigentes e estimulantes, favorecem o cultivo de atitudes saudáveis, potencializando as capacidades de cada um com vista ao desenvolvimento de competências que lhes permitam viver na sociedade. Ainda segundo a mesma autora, “acredita-se que os alunos formados por uma escola reflexiva estarão mais bem preparados para demonstrar resiliência e capacidade de superação diante das dificuldades e para viver criticamente o quotidiano. Habitados a reflectir, terão motivações para continuar a aprender e para investigar, reconhecerão a importância das dimensões afectivas e cognitivas do ser humano, reagirão melhor em face da mudança e do risco que caracterizam a sociedade em profunda transformação” (Alarcão, 2001, p. 12).

Na escola reflexiva é, por isso, necessária uma abertura para o presente e futuro, onde se realize, com êxito, a ligação das dimensões pessoal, profissional e humana. Onde possam existir relações, conhecimentos e afetos. As mudanças não são fáceis e, segundo Alarcão (2001) é preciso refletir sobre a vida que se vive na escola, numa atitude de diálogo com os problemas e frustrações, os sucessos e os fracassos, mas também com o diálogo, com o pensamento uns dos outros. A escola é a própria vida, um local de vivência da cidadania.

Ao se observar de forma cuidada a realidade social, a escola tem de descobrir os melhores caminhos para desempenhar a sua missão na sociedade. Dialogar com ela e consigo mesma, envolvendo todos na construção do seu projeto educativo. É necessário que a instituição seja sensível e tenha a capacidade de ler os ambientes e de agir sobre os mesmos, não esquecendo a dimensão ética, humana, valorativa e interpessoal. O Projeto Educativo da Escola/Agrupamento é uma ferramenta rica como instrumento de trabalho integrador das preocupações da escola e da comunidade, podendo e devendo incorporar projetos que promovam a educação para a saúde.

É necessário desenvolver nas escolas as competências necessárias para que o cidadão saiba melhorar a sua qualidade de vida e o mundo de trabalho da sociedade onde está inserido. Acredita-se que os alunos cujos professores têm formação em prevenção do suicídio e inseridos num contexto de escola reflexiva, em comunidades aprendentes, estarão mais bem preparados para demonstrar resiliência e capacidade de superação diante das dificuldades e para viver criticamente o quotidiano.

Em suma, uma escola reflexiva caracterizada pela sua sensibilidade é capaz de agir com flexibilidade e resiliência nos contextos difíceis, instáveis e mais complexos com que hoje se depara. Deste modo é confiado ao professor/educador, pela sociedade, a tarefa de conferir contextos de desenvolvimento humano que envolvam o aluno nas dimensões: cognitiva, afetiva, psicomotora, relacional, comunicacional e ética. Ao supervisor em comunidades aprendentes, na escola reflexiva, é atribuída a função de facilitador, fomentar ou apoiar contextos de reflexão formativa e transformadora que se traduz na melhoria da escola, no desenvolvimento e aprendizagem dos seus agentes.

### ***Funções Supervisivas em Comunidades Aprendentes***

Citado por Alarcão & Tavares (2003), Giroux afirma que compete aos supervisores de comunidades aprendentes serem “intelectuais transformadores” (p.149). Assim, segundo os mesmos autores, numa escola reflexiva, compete aos supervisores:

- Dinamizar comunidades educativas e acompanhar, incentivar, iniciativas nesse sentido;

- Privilegiar culturas de formação centradas na identificação e resolução de problemas específicos da escola, numa atitude de aprendizagem experiencial e, preferencialmente, no contexto de metodologias de investigação-ação;
- Acompanhar a formação e integração dos novos agentes educativos;
- Fomentar a auto e heterosupervisão;
- Colaborar na conceção do projeto de desenvolvimento da escola e compreender o que se pretende atingir e qual o papel que devem desempenhar os vários atores;
- Colaborar no processo de autoavaliação institucional, que deve ter o projeto como referência, e analisar as suas implicações;
- Colaborar no processo de monitorização do desempenho de professores e funcionários;
- Dinamizar atitudes de avaliação dos processos de educação e dos resultados de aprendizagem obtidos pelos alunos.

Ser supervisor em comunidades aprendentes implica competências cívicas, técnicas e humanas que Alarcão & Tavares (2003) agrupam em quatro grandes tipos: interpretativas, de análise e avaliação, de dinamização da formação, de comunicação e relacionamento profissional. Nas competências interpretativas o supervisor terá de ter a capacidade de ler a realidade humana, social, cultural, histórica, política, educativa, assim como antever os desafios emergentes no que diz respeito à escola, à educação e formação. As competências de análise e avaliação incluem iniciativas, projetos e desempenhos individuais e institucionais. As competências de dinamização da formação são importantes para a existência de apoio e estímulo às comunidades aprendentes, com aprendizagem colaborativa, mobilização e gestão de saberes e de estratégias. Por fim, as competências de comunicação e relacionamento profissional são necessárias para mobilizar as pessoas, explorar as tensões, gerir conflitos e criar empatia para um relacionamento construtivo.

Ainda num contexto de comunidades aprendentes, na formação contínua de professores, a comunicação emerge como uma ferramenta essencial a ser contemplada na planificação da formação a realizar pelo supervisor, vindo a estimular a reflexão dos professores através da colocação de perguntas predominantemente abertas (Pedrosa de Jesus, 1991), que



estimulam respostas múltiplas e encorajem o pensamento crítico e reflexivo, necessário nas comunidades aprendentes.

Ser supervisor, numa comunidade aprendente, não é uma tarefa fácil e é de uma responsabilidade que cada vez mais envolve o coletivo, revelando, fundamentalmente, a reflexão partilhada e colaboração.

### ***Práticas e Estratégias Supervisivas***

As práticas supervisivas, numa Supervisão do tipo não *standard*, surgem do entrecruzar dos vários cenários de supervisão já apresentados, os quais provocam efeitos distintos na formação dos professores. Para além dos cenários de supervisão ainda temos o estilo supervisivo que o supervisor tem de procurar para a formação que melhor se adequa às características do professor, da comunidade escolar e seu meio socioeconómico.

Segundo Alarcão & Tavares (2003), o estilo supervisivo poderá ser: não diretivo, de colaboração ou diretivo. Um mesmo supervisor poderá optar, em função do momento de formação, por diferentes estilos supervisivos, mediante as características e desenvolvimento dos supervisandos.

O supervisor tem um papel fundamental nas comunidades aprendentes. Ele tem de ser capaz de dinamizar, incentivar e preparar novas práticas educativas; privilegiar a investigação-ação; acompanhar, formar e interagir com todos os agentes educativos; colaborar em projetos e avaliações institucionais; contribuir para a resolução de problemas da sua instituição. Este conjunto de campos onde se vai desenvolver a sua ação oferecem-lhe novos desafios, uma vez que a formação para a mudança pressupõe alterações, quer a nível de atitudes, quer a nível político.

As estratégias usadas pelo supervisor podem, a nível da escola como instituição, passar por dois domínios: (1) incluir projetos de prevenção para o suicídio, no seu Plano Anual de Atividades (PAA), e (2) inserir protocolos, com entidades de saúde local, Centro de Saúde (p.e.), no seu Projeto Educativo, uma vez que as escolas têm autonomia sobre estes domínios.

A Supervisão poderá fazer-se, ainda, recorrendo a outras estratégias, também consideradas essenciais por Alarcão & Tavares (2003), no processo supervisivo. Essas estratégias “devem ser entendidas num contexto em que se valorizam os professores e a sua capacidade de construir o conhecimento profissional que lhes é específico, necessitando para o efeito de analisarem os contextos da sua prática profissional e de sistematizarem os conhecimentos emergentes da prática num quadro de referência que hoje a investigação e as teorias sobre a formação lhes oferecem. Assim, a ideia do envolvimento dos professores como investigadores levou à prática de estratégias de investigação-ação e a reflexão sistemática desencadeou processos de escrita de narrativas, produção e análise de casos profissionais, produção de portfólios reflexivos, etc.” (p. 102).

### ***A Formação de Professores***

Pensar a formação de professores levanta-nos um conjunto de questões novas, que vão muito mais além do habitual, do comum da formação. Implica que esta forneça apoio para melhorar as pessoas. Não basta, formá-las segundo um perfil profissional dito *standard*, ou equipá-las com conhecimentos, tendo em vista um posto de trabalho.

Todo o professor é professor de alguém, ensina alguma coisa, num determinado contexto e com uma finalidade. A formação de professores tem de ter a vertente científica, tecnológica e humanística (como prevê o Decreto-Lei 344/89). Mas como educador, a sua atividade tem de assentar numa sólida formação cultural, pessoal e social (também prevista no referido Decreto-Lei). É, por isso, importante que possa adquirir formação em outras áreas do saber para além da sua especialidade, pois a complexidade do processo de aprendizagem (inclui capacidades, atitudes, valores), a diversidade do público escolar e múltiplas funções necessárias nas escolas (definição do projeto escola, diagnóstico de problemas, realização de projetos de intervenção, apoio a alunos, ligação com a comunidade, dinamização da formação, participação na gestão escolar, entre outros) exigem várias vertentes de formação de índole educacional.

O conceito de formação de professores, segundo Garcia (1999), apresenta-se como “ (...) a área de conhecimentos, investigação e de propostas teóricas e práticas que, no âmbito da didáctica e da organização escolar, estuda os processos através dos quais os professores se implicam individualmente ou em equipa, em experiências de aprendizagem, através das quais adquirem ou melhoram os seus conhecimentos, competências e disposições, e que lhes permite intervir profissionalmente no desenvolvimento do seu ensino, do currículo e da escola, com o objectivo de melhorar a qualidade da educação que os alunos recebem” (p.29).

Neste estudo, pretendemos averiguar as necessidades de formação dos professores, na área de prevenção do suicídio. Segundo Barbier & Lesne (1976) existem três modos de práticas de análise de necessidades de formação, que estes autores denominaram de modos de determinação dos objetivos indutores de formação a partir: das exigências de funcionamento das organizações; da expressão das expectativas dos indivíduos ou dos grupos; da definição dos interesses sociais nas situações de trabalho. Existem muitos modelos de determinação de necessidades educativas. Na educação, Kaufman (1977) privilegia o modelo de discrepâncias. Este modelo estrutura-se em três fases:

- Determinação dos objetivos (o que deve ser). A determinação do deve ser pode ser feita através de análise de documentação, produzida ou não por quem representa o sistema; entrevista a especialistas (os mais diversos, mesmo não tendo nada a ver com a formação mas que podem dar pistas sobre o pretendido); entrevistas aos próprios formandos questionando-os sobre o que acham eles o que deve ser; entrevistas a outros intervenientes indiretos (como por exemplo os alunos, os pais e os professores das instituições de ensino que fazem formação).
- Medida do estado atual (o que é). Pretende-se nesta fase caracterizar as condições existentes, recorrendo-se a algumas técnicas como a análise estatística e a utilização de questionários e de entrevistas.
- Identificação das discrepâncias, por ordem prioritária, existente entre o estado dos resultados esperados e o estado atual.

Este modelo de Kaufman (1977) é utilizado, preferencialmente, na determinação dos objetivos (em *o que deve ser*). Para tal, na determinação das necessidades, os dados devem

aproximar-se o mais possível do real, isto é, ter uma amostra bem representativa, reconhecer que os resultados da determinação de necessidade são válidos num dado período e devendo procurar-se, por isso, a sua atualização.

Da pesquisa realizada encontraram-se poucos estudos onde incida a formação de professores em prevenção do suicídio. Por isso se deduz a sua necessidade de formação nesta área e a intervenção da supervisão.

No Brasil, há onze anos atrás, em 2001, devido ao mal-estar causado por notícias de morte de jovens e de tentativas de suicídio frustradas, Teixeira (2001), professora na Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás (UFG) e psicóloga clínica, pelo facto de sentir a necessidade de se desenvolverem ações junto dos jovens e adolescentes em risco e de alertar aqueles que participam, de uma forma ou de outra, na sua educação, ministrou um curso no X Simpósio de Estudos e Pesquisas da Faculdade de Educação da UFG, em agosto de 2001, no estado de Goiânia, com os objetivos de “sensibilizar os educadores para a necessidade de identificar fatores de risco do suicídio em adolescentes e de conscientizar-se para a importância do trabalho em rede social, colocando a escola como importante instância da sociedade capaz de desenvolver ações preventivas” (Teixeira, 2001, p.12-13).

Segundo a autora, “Fazem-se necessárias a existência de linhas de orientação sobre a avaliação do risco, a identificação de adolescentes vulneráveis e a ampliação do entendimento do seu comportamento nessa fase da vida. A identificação dos fatores de risco do suicídio em adolescentes é fundamental, pois, como afirmamos, a grande maioria das pessoas que cometem atos suicidas fatais e não fatais avisou de sua intenção. O aviso pode ir desde uma expressão do desejo de morrer ou uma sugestão de intenção autodestrutiva até uma ameaça expressa com uma afirmação deliberada” (Teixeira, 2001, p.5). Ao questionar-se “E nós, brasileiros? O que sabemos e fazemos em favor da prevenção ao suicídio? O que se sabe nos serviços de saúde ao se abordar um adolescente com tentativa de suicídio? O que a escola faz diante da constatação de que um de seus alunos tentou se matar ou se matou? Que ressonâncias o tema suicídio provoca em nós, profissionais da saúde e da educação?” (Teixeira, *ibidem*) e considerando a complexidade do problema do suicídio, refere a necessidade de se conjugarem esforços para a realização

de ações preventivas incluindo os profissionais da educação e da saúde e familiares, de modo a que todos lidem com a questão do suicídio como algo real, evitando o silêncio como modo que conduz à negação ou minimização do problema. Nos contextos de vida do adolescente encontra-se a figura do professor. É-lhe reservada uma grande parcela de compromisso podendo ser capaz, mediante a sua formação, de identificar sinais de alerta em jovens potencialmente suicidas (Teixeira, 2001).

O curso ministrado por Teixeira (2001) realizou-se em dois dias. No primeiro dia consistiu na apresentação da formadora, apresentação dos formandos, na técnica (busca de ressonâncias perante o tema) e atividade com foco nas palavras: prevenção, escola e adolescência. No segundo dia procedeu-se ao aquecimento inespecífico do grupo (aqui o termo aquecimento corresponde a um procedimento técnico abordado na metodologia psicodramática), ouviram-se os relatos dos professores, de como se sentiram entre o primeiro dia do curso e o segundo dia revelando o “grau de preocupação e o impacto que o tema gera além da constatação da importância do papel do professor em perceber pistas e ajudar o aluno (Teixeira, 2001, p.10). Seguiu-se a fase teórica e no final os participantes apresentaram o *feedback* verbal sobre a importância da formação e a avaliação escrita.

Em Portugal, relativamente à formação de professores/educadores em Prevenção do Suicídio, esta tem sido realizada através de alguns estudos de investigação (tais como *BELIEVE e WHY*, já referidos). Abrem-se nesta década oportunidades, consideradas prioritárias. No *site* da Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS), a 12 de abril de 2012, verifica-se o regozijo com

“o início dos trabalhos visando **a criação de um Programa Nacional de Prevenção do Suicídio**. Necessidade há muito identificada pela SPS.

A Comissão de peritos, coordenada pelo Dr. Álvaro de Carvalho (Diretor do Programa Nacional de Saúde Mental) é constituída, na sua quase totalidade, por membros da SPS, o que registamos com agrado, pois trata-se do reconhecimento do papel desta sociedade e dos seus membros na prevenção e estudo dos comportamentos suicidários em Portugal.

A SPS assume o compromisso de, com responsabilidade e rigor, contribuir para a elaboração de um Programa Nacional de Prevenção do Suicídio que contribua, de forma eficaz, para a diminuição dos comportamentos suicidários em Portugal” (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2012).

O Núcleo de Estudos do Suicídio (NES, 2012), fundado em 1987 no Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, atualmente também tem atividades de cariz preventivo, formativo e de investigação científica.

### **3. Apoio à Prevenção do suicídio com Linhas telefónicas**

Poderá questionar-se a relevância ou não de falar-se de algo tão simples como falar ao telefone. Qual a importância das linhas telefónicas de apoio para a prevenção do suicídio? Segundo a OMS (2006, p.22) a sua eficácia parece ser discutível no entanto refere que “centros de crise e linhas telefónicas de emergência para o suicídio são centrais nos esforços de prevenção do suicídio em muitas comunidades”.

Em Portugal, as linhas telefónicas são referenciadas ou catalogadas como de ajuda (12) e de apoio (63) – homossexualidade (3), sexualidade (5), contra a solidão (4), VIH/SIDA (12), toxicodependência (10), contra a violência (7), crianças/adolescentes (8), estudantes e jovens (4), cidadão (8), área do comportamento alimentar (6). Por vezes, nesta catalogação, as linhas englobam contextos similares (cf. Anexo 1).

A prevenção do suicídio começou através de linhas telefónicas nos anos 60 e 70, no Brasil e Inglaterra. Em Portugal, estas linhas telefónicas de apoio a potenciais suicidas surgem no final dos anos 70, existindo três centros SOS de voluntários formados para dar apoio na solidão, situações de crise e aos potenciais suicidas.

Para além fronteiras encontrámos outras realidades. Entre várias escolheu-se Inglaterra pelo facto de serem os pioneiros.

Fundada em 1971, a Londres *Nightline*, verificou que as necessidades dos estudantes universitários que lutavam pela vida não estavam a ser supridas. Ao longo dos anos foi reconhecido o seu valor e embora seja baseada numa Universidade de Londres, não

restringe as suas atividades permitindo que outras instituições que requerem o seu serviço o adaptem às suas necessidades individuais.

Existem mais de 50 linhas *Nightline* em toda a Inglaterra. Estas servem para ouvir e apoiar quem necessita de uma voz, de um ouvido, de um momento de compreensão da sua angústia, tristeza, ansiedade ou grito. Momentos de alívio para começar um novo dia, uma nova hora ou minuto. Por vezes ter alguém quem socorra e seja ‘as pernas’ dos que sofrem e não conseguem ir até aos locais de apoio (centros de saúde, hospitais...). Em Portugal, as mais conhecidas em contexto universitário são: LUA (Linha Universitária de Aveiro), a primeira linha de apoio telefónico, criada em 1994, e Linha SOS-Estudante (linha da Associação Académica de Coimbra), fundada em 1997. Estas linhas de apoio são dirigidas a uma população mais específica (adolescentes e jovens), faixa etária onde predomina a maior taxa de parassuicídio.

A existência de linhas telefónicas neste contexto pode prevenir o abandono de estudos, ou até mesmo o suicídio. Estes serviços poderão dispor de um atendimento para situações de maior gravidade. Na LUA, linha de apoio e aconselhamento psicológico, em paralelo aos serviços LUA NIGHTLINE e E-LUA, existe o FACE-TO-FACE, onde é possível marcar consultas mediante situações patológicas e com necessidade de acompanhamento profissional (Pereira, Vagos, Santos, Vasconcelos, Monteiro, Torres, & Oliveira, 2010).

Os problemas que predominam no apoio prestado pelas linhas telefónicas de ajuda aos estudantes estão relacionados com sentimentos como a autoestima, o autoconceito, o relacionamento com os outros, que são características comuns nos adolescentes e jovens em desenvolvimento. Num estudo realizado por Pereira, Williams & Irving (2001) as chamadas de suicidas para serviços ‘*Nightline*’, eram as mais stressantes sendo necessário e crucial o apoio de pares.

Nas nossas escolas, o que existe? É preciso saber ouvir, dar apoio, ser sensível aos pensamentos e necessidades, agir (avisar alguém ou permanecer com a pessoa), estar atento.

Em síntese, verificamos a importância da envolvimento das Escolas Promotoras da Saúde, com o perfil de comunidades aprendentes, no conhecimento dos sinais de alerta, fatores de risco, fatores precipitantes, e fatores de proteção. Ainda na realização de programas de intervenção, na prevenção do suicídio, com a possibilidade de inclusão de linhas de apoio telefónico nas escolas. A Supervisão, num formato não *standard*, poderá permitir a construção e (re)construção de saberes, através de uma reflexão com vista à resolução diferenciada dos problemas que surjam em cada contexto. O supervisor estará atento às necessidades formativas do supervisando, não dando ‘receitas’ mas proporcionando um espírito de investigação-ação, num ambiente emocional humano, positivo e facilitador de desenvolvimento. Surgirá, assim, um lugar de oportunidades, de respeito pelas diferenças, pela inovação, transformando uma possível ‘utopia’ em realidade. A Supervisão ainda pode contribuir com a sugestão e possível implementação de programas supervisivos, de prevenção ao suicídio, sendo assim o seu foco não Pedagógico, mas Institucional ou Curricular.

De seguida, passaremos para a explanação dos aspetos relacionados com a metodologia de investigação utilizada neste estudo, no sentido de conferir rigor e aplicabilidade aos dados recolhidos e responder às suas questões de investigação.



## CAPÍTULO II: METODOLOGIA

A palavra “metodologia” resulta da combinação das palavras métodos (do grego, organização) e logos (do grego, palavra, estudo, razão), isto é, estuda a organização dos caminhos a serem percorridos, para se realizar um estudo. Assim, “a metodologia é uma condição necessária para que o trabalho científico tenha rumo, direcção e que possa ser analisado de uma forma crítica por outros pesquisadores” (Reis, 2010, p. 57).

A investigação científica é rigorosa e aceitável, pelo fato de ser racional. Algo que a distingue é poder ser corrigida ao longo do seu desenvolvimento, podendo ser negado ou corrigido o que se propôs no início. O processo de investigação “não é só um processo de aplicação de conhecimentos, mas também um processo de planificação e criatividade controlada” (Hill & Hill, 2005, p. 20). Em geral, inicia-se porque há uma necessidade de se procurar esclarecer uma dúvida, de responder a uma pergunta, de se procurar descobrir algo que ainda não se conhece.

Este capítulo pretende, assim, descrever a metodologia de investigação utilizada que, segundo D’Oliveira (2002) *“deve descrever pormenorizadamente o estudo realizado. A descrição apresentada deve ser tal qual que qualquer pessoa, com base nessa informação, possa replicar o estudo”* (p.57). É composto por três partes: (1) o enquadramento onde se enunciam pormenores da investigação, (2) a abordagem metodológica, onde se descrevem: as opções metodológicas utilizadas neste estudo, a formulação das questões de investigação, a definição de objetivos, as hipóteses, a população alvo e a amostra, a conceção, construção e aplicação do instrumento de recolha de dados, e por fim, (3) descrevem-se os procedimentos utilizados neste estudo.

### 1. Enquadramento

Este estudo surge num contexto de reduzida formação de professores, em Portugal, no âmbito da prevenção do suicídio, na escassez de projetos realizados nessa área, em Escolas Promotoras de Saúde, assim como pelo facto de em estudos recentes na Consulta de

Prevenção, do suicídio do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, alertarem para a necessidade emergente de programas de prevenção do suicídio devido ao aumento de parassuicídios nos adolescentes na zona centro de Portugal.

Restringiu-se o estudo à aplicação de dois dos modos identificados por Barbier & Lesne (1976), para a determinação de necessidades: a partir das exigências do sistema educativo (análise de legislação, documentos do PNS e OMS, e inferência das necessidades) e a partir da expressão das necessidades do sujeito (inquérito, por questionário, aos professores).

Segundo Rodrigues (2006) “o questionário, a entrevista, os incidentes críticos, os diários, os documentos (leis, textos e notas de campo) e a observação directa da acção constituem técnicas fundamentais de recolha de dados numa investigação de determinação de necessidades de formação, sendo o mais frequente método, de caracterização das práticas mais frequentes da análise de necessidades abrangendo os professores, a sondagem por questionário apoiada ou não pela entrevista ou pela técnica dos incidentes críticos” (p. 148-193). Por outro lado, segundo Garcia (1997), “o procedimento mais frequentemente utilizado (para o diagnóstico de necessidades de formação contínua de professores) tem sido o questionário” (p. 67).

Como é escassa a análise de necessidades de formação dos professores em prevenção do suicídio, acha-se indispensável a realização de um estudo exploratório aos professores, escolhendo a zona centro, terreno de investigação. A recolha de dados das investigações realizadas recentemente e de projetos em fase de execução (em Portugal e no estrangeiro), a análise de documentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e OMS, associados à troca de experiências e saberes do investigador com especialistas nacionais e internacionais, permitiram avançar para um estudo predominantemente quantitativo feito através de um questionário.

## 2. Abordagem Metodológica

Os procedimentos metodológicos deverão ser criticiosamente aplicados, visando desenvolver, modificar e ampliar conhecimentos que possam ser testados por meio da investigação e posteriormente transmitidos.

### *Tipo de Investigação*

No que toca à obtenção e tratamento de dados, os métodos mais utilizados são o quantitativo e o qualitativo. No Quadro 7 apresentam-se elementos distintivos dos estudos qualitativos e dos estudos quantitativos.

Princípio	Questão	Estudo Quantitativo	Estudo Qualitativo
<b>Ontológico</b>	Qual a natureza da realidade?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realidade objetiva e singular.</li> <li>• Independente do investigador.</li> <li>• Independente de juízos de valor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realidade subjetiva e múltipla.</li> <li>• Investigador interage com o objeto de investigação.</li> <li>• Dependente de interpretações e juízos de valor.</li> </ul>
<b>Epistemológico</b>	Qual a relação investigador-objeto?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigador é independente do objeto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigador interage com o objeto.</li> </ul>
<b>Retórico</b>	Qual a linguagem utilizada?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formal.</li> <li>• Baseada em definições.</li> <li>• Impessoal.</li> <li>• Uso de terminologia definida: técnica, relação, comparação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informal.</li> <li>• Primeira pessoa/pessoal.</li> <li>• Uso de vocabulário qualitativo: compreender, descobrir, significado, evolução, contexto.</li> </ul>
<b>Metodológico</b>	Qual o processo de investigação?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo dedutivo.</li> <li>• Causa efeito.</li> <li>• Descontextualizado.</li> <li>• Generalizável. Preciso e fiável através da validação científica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo indutivo.</li> <li>• Multifacetado.</li> <li>• Desenho emergente e que se altera ao longo da investigação.</li> <li>• As teorias pretendem levar à compreensão.</li> <li>• Preciso e fiável através da verificação.</li> </ul>

**Quadro 7: Elementos distintivos dos estudos qualitativos e dos estudos quantitativos (adaptado de Creswell, 1994).**

A abordagem metodológica, predominantemente utilizada neste estudo, foi do tipo quantitativo. Considerou-se ser a mais apropriada, pois permite a realização de um estudo com grandes amostras que se pretendem representativas e os dados recolhidos sob a forma

de questionário, verificando-se também que o investigador não interage com o objeto. Este método de investigação considera os dados quantificáveis, podendo traduzi-los em números, opiniões e informações para posteriormente serem classificados e analisados. O tratamento dos mesmos normalmente utiliza métodos estatísticos, tais como a análise de regressão ou o coeficiente de correlação, entre outros.

Optou-se ainda por uma metodologia maioritariamente do tipo quantitativo porque esta apresenta vantagens: a possibilidade de quantificar um grande número de dados e de proceder a diversas análises de correlação; a precisão e o rigor do dispositivo metodológico, permitindo anular quase a intersubjetividade; a facilidade de satisfazer a exigência de representatividade da população objeto de estudo e ainda a clareza dos resultados e dos relatórios de investigação. No entanto, esta metodologia também não está isenta de riscos, apresentando limites como a superficialidade das respostas, a impossibilidade explicativa, não explicitando os significados das relações, sendo o investigador que atribui o sentido a essas relações através da teoria que precedeu a construção de recolha de dados: a credibilidade dessas metodologias é conferida pelo rigor na construção dos instrumentos de recolha de dados, obedecendo a uma criteriosa escolha da amostra e a uma formulação clara e explícita das questões (Quivy & Campenhoudt, 1992).

Segundo Sampieri, Collado & Lucio (2006) “O enfoque quantitativo se fundamenta em um esquema dedutivo e lógico, busca formular questões de pesquisa e hipóteses para posteriormente testá-las, confia na medição padronizada e numérica, utiliza a análise estatística, é reducionista e pretende generalizar os resultados de seus estudos mediante amostras representativas. Além disso, parte da concepção de que existem duas realidades: aquela em torno do pesquisador e aquela constituída pelas crenças dele; portanto, fixa como objetivo provar que as crenças do pesquisador estão próximas da realidade do ambiente” (p.19). Os mesmos autores consideram que uma pesquisa pode ser considerada quanti-qualitativa quando o “enfoque qualitativo busca principalmente dispersão ou expansão dos dados ou da informação; enquanto o quantitativo pretende intencionalmente delimitar a informação” (p.8).

Por sua vez, Marshall & Rossman (1999) consideram que a maior parte dos estudos de investigação se enquadra em quatro categorias:

- “Exploratórios – Têm por objetivo proceder ao reconhecimento de uma dada realidade pouco ou deficientemente estudada e levantar hipóteses de entendimento dessa realidade;
- Explanatórios – explicam as forças que originam o fenómeno em estudo e identificam causas que afetam esse mesmo estudo;
- Descritivos – descrevem rigorosa e claramente um dado objeto de estudo na sua estrutura e funcionamento;
- Preditivos – procuram prever os resultados de um fenómeno e prever os eventos e comportamentos do fenómeno” (Marshall & Rossman, 1999, p. 40-41).

Este estudo enquadra-se no tipo de estudo exploratório, pois permite proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Tem como objetivo examinar um tema de pesquisa pouco estudado, do qual se tem muitas dúvidas ou não foi abordado antes. Apoia-se ainda no tipo de estudo descritivo correlacional, adotado nesta investigação, o investigador “tenta explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações” sendo o principal objetivo “a descoberta de fatores ligados ao fenómeno”... “A vantagem do estudo descritivo correlacional é que ele permite, no decorrer de um mesmo processo, considerar simultaneamente várias variáveis com vista a explorar as suas relações mútuas. Permite também descrever as relações que foram detetadas entre as variáveis. Deve notar-se que o uso dos termos «variável independente» e «variável dependente» não se aplica no contexto dos estudos descritivo correlacionais” (Fortin, Coté & Filion, 2009, p. 174-175).

### ***Questões de investigação e objetivos do estudo***

Perante a temática em estudo e o seu enquadramento teórico, formulou-se a seguinte questão de investigação: *Que tipo de formação deverá ser proporcionada aos professores de modo a que possa existir prevenção do suicídio em Escolas Promotoras de Saúde?*

Esta questão central permitiu formular algumas “subquestões” de investigação de forma a orientar os passos a desenvolver ao longo do trabalho: (1) Que necessidades de formação, sobre prevenção do suicídio, podem ser identificadas nos professores? (2) Conhecem os professores os fatores de proteção, os fatores de risco, os sinais de alerta e fatores precipitantes para o comportamento suicida nos alunos? (3) Quais são as estratégias de prevenção e intervenção escolar preferidas pelos professores com necessidades de formação na prevenção do suicídio? (4) Quais são as experiências dos professores com situações de suicídio? (5) Qual é a importância dada pelos professores à existência de formação em prevenção do suicídio?

Definiu-se assim o objetivo geral: *Compreender o contributo da Supervisão em Escolas Promotoras de Saúde na prevenção do suicídio*. De forma complementar foram traçados os seguintes objetivos: (1) Analisar a formação dos professores na área de Educação para a Saúde, em particular no que diz respeito à prevenção do suicídio. (2) Conhecer a formação dos professores sobre os fatores de proteção, os fatores de risco, os sinais de alerta e fatores precipitantes para o comportamento suicida nos alunos; (3) Identificar o conhecimento e preferências dos professores sobre possíveis estratégias de intervenção para prevenção do suicídio em contexto escolar; (4) Conhecer as experiências dos professores com situações de suicídio; (5) Conhecer a importância dada pelos professores à formação em prevenção de suicídio.

### ***Hipóteses de Estudo***

As hipóteses de estudo são respostas prováveis à questão de investigação, procurando saber-se qual a mais provável. Deve apresentar-se como uma solução provisória para o problema levantado e basear-se em fundamentos teóricos ou empíricos e revelar consistência lógica. Estas hipóteses são importantes pois permitem o julgamento objetivo de alternativas para tratar um dado problema, viabilizam o direcionamento da investigação, indicando o que deve ser pesquisado e permitem ainda a dedução de formulações gerais e manifestações empíricas do objeto de pesquisa (Reis, 2010).

Segundo Fortin, Cotê & Fillion (2009), as hipóteses têm como papel principal sugerir a explicação para as analogias esperadas entre duas ou mais variáveis, relacionando formulações prováveis, elaboradas pelo investigador, no sentido de dar resposta a um problema. As hipóteses só se tornam válidas após terem sido testadas.

Assim, face aos objetivos do nosso trabalho, levantamos algumas hipóteses de investigação: (H1) Os professores têm reduzido conhecimento sobre os sinais de alerta, fatores precipitantes do suicídio, demografia e estatística relativa ao suicídio e fatores de risco; (H2) A maioria dos professores tem uma baixa experiência a nível de comportamentos suicidários; (H3) Existe necessidade de formação dos professores sobre a temática suicídio e sua prevenção; (H4) Os professores sabem identificar estratégias de intervenção em meio escolar; (H5) Os professores desconhecem o parassuicídio em Portugal, nas crianças e adolescentes; (H6) A maioria dos professores reconhece a importância do estudo/investigação.

### ***População Alvo e Amostra***

Tendo presente a temática que define o estudo, pretendia-se que os professores das escolas públicas da zona centro participassem nesta investigação. A exatidão dos resultados seria, naturalmente, muito superior se fosse estudada toda a população em vez de uma pequena representatividade, denominada amostra. Porém, estudar toda a população é impraticável, por motivos de logística. O tipo de população inquirida será o total de casos que estão disponíveis para a amostragem e dos quais se pretende tirar conclusões, salientando que se tem por base a voluntariedade dos participantes (Hill & Hill, 2005). Deve-se considerar sempre a representatividade da amostra, isto é, se comporta ou apresenta características semelhantes às da população inquirida.

A Direção Regional da Educação do Centro (DREC) engloba seis distritos: Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu. No Quadro 8, apresentamos a distribuição das escolas por distrito e nível de ensino, fazendo um total de 2511 escolas na região centro, pertencentes à DREC.

DISTRITOS	NÚMERO DE ESCOLAS				Total/Distrito
	Pré-escolar	1º CEB	2º CEB	3º CEB + Secundário	
Aveiro	187	212	36	71	506
Castelo Branco	93	99	23	44	259
Coimbra	189	238	40	75	542
Guarda	112	87	21	39	259
Leiria	166	222	22	42	452
Viseu	220	182	31	60	493
<b>Total/Nível Escolar</b>	<b>967</b>	<b>1040</b>	<b>173</b>	<b>224</b>	<b>Total DREC - 2511</b>

Quadro 8: Distribuição das escolas, Ministério da Educação (2011), por distrito e nível de ensino.

No Gráfico 1 podemos observar a distribuição das escolas da DREC por distrito e nível de ensino.

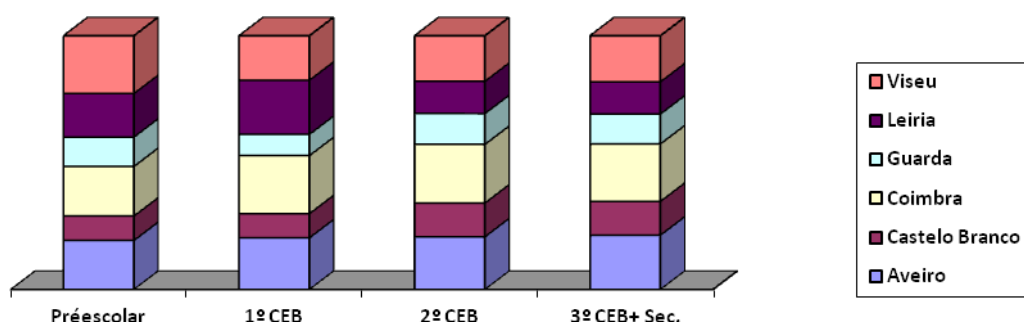


Gráfico 1: Distribuição das escolas da DREC por distrito e nível de ensino.

Verifica-se que a distribuição de escolas por nível de ensino não é muito diferente de distrito para distrito. Salienta-se o facto de nos distritos de Aveiro, Coimbra e Viseu existir maior número de estabelecimentos de ensino no nível de ensino 3º CEB + Sec., mantendo-se esta proporção para o total de número de estabelecimentos de ensino.

Optou-se pelo método de amostragem casual, também denominada “método probabilístico”. Este método é preferível quando se pretende generalizar para a população os resultados obtidos a partir da amostra. A sua utilização tem duas vantagens: ser possível demonstrar a representatividade da amostra e estimar o grau de confiança com o qual as conclusões tiradas da amostra se aplicam à população inquirida (Hill & Hill, 2005).



A amostragem estratificada, técnica de amostragem que usa a informação existente sobre a população, para que o processo de amostragem seja mais eficiente, foi a escolhida neste estudo. “A lógica que assiste à estratificação de uma população é a de identificação de grupos que variam muito entre si no que diz respeito ao parâmetro em estudo, mas pouco dentro de si, ou seja, cada um é homogéneo e com pouca variabilidade” (Sousa & Baptista, 2011, p.75). Os quatro estratos escolhidos são o nível de ensino (Pré-escolar, 1º CEB, 2º CEB, 3º CEB + Secundário) na zona centro, DREC, como se pode visualizar na Figura 2.



**Figura 2: Estratificação da amostra.**

Na publicação *Estatística da Educação 2010/2011* de 25 de junho de 2012, encontramos uma divisão territorial um pouco diferente da DREC, conhecida por NUTS. As NUTS (Nomenclaturas de Unidades Territoriais - para fins Estatísticos) designam as sub-regiões estatísticas em que se divide o território dos países da União Europeia, incluindo o território português. De acordo com o Regulamento (CE) n.º 1059/2003 do Parlamento Europeu e do Conselho de 26 de maio de 2003, relativo à instituição de uma Nomenclatura Comum das Unidades Territoriais). Aqui o Centro ou Região Centro é uma Unidade Territorial para Fins Estatísticos de Nível II (NUTS II) de Portugal, que compreende, integralmente, os distritos de Coimbra, Castelo Branco e Leiria, a maior parte dos distritos de Aveiro e Guarda, e cerca de um terço do distrito de Santarém. Pensa-se que o número de professores da DREC e NUTS II não irá diferir muito uma vez que ao não incluir a totalidade dos distritos de Aveiro e Guarda se inclui um terço do distrito de Santarém, não fazendo este parte da DREC.

Depois de solicitar-se à DREC o número de professores abrangidos pelas escolas da DREC e não havendo conhecimento, por parte desta, do número de professores abrangidos pela sua zona procurou-se junto do Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação (GEPE) este número. O número de professores (população) utilizado no estudo é o do NUTS II. No Quadro 9 observa-se o cálculo proporcional do número de professores por estrato, pois sabendo a percentagem dos estratos a amostra tem de representar a mesma proporção.

<b>Professores da DREC: 32 664 (população)</b>			
Educadores de Infância	Professores do 1º CEB	Professores do 2º CEB	Professores do 3º CEB + Secundário
2 533	6 333	6 310	19 757
7,7%	19,4%	19,3%	53,5%

**Quadro 9: Percentagem dos estratos da população (GEPE, 2010/2011). Elaboração própria.**

No cálculo da dimensão da amostragem, no Anexo 2, a margem do erro foi de 5%, o nível de confiança de 92.5%, a distribuição da resposta de 50%, sendo o tamanho mínimo da dimensão recomendada de 315 (*Sample Size Calculator by Raosoft, 2012*). O Quadro 10 apresenta o tamanho da amostra da investigação e as percentagens dos estratos. Verificamos que a percentagem dos estratos representa aproximadamente a proporção da estratificação da população, variando 4% abaixo e acima nos estratos Professores do 2º CEB e Professores do 3º CEB + Secundários, respetivamente.

<b>Questionários <i>online</i> respondidos pelos professores: 323 (amostra)</b>			
Educadores de Infância	Professores do 1º CEB	Professores do 2º CEB	Professores do 3º CEB + Secundário
26	62	74	161
8%	19,2%	23%	50%

**Quadro 10: Percentagem dos estratos da amostra. Elaboração própria.**

A amostra constituída por 323 professores dos Agrupamentos/Escolas dos distritos de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu tem a distribuição apresentada no Quadro 11. Participaram ao todo 26 instituições escolares (cf. Anexo 3). A nomenclatura Agrupamento inclui os níveis de ensino desde o pré-escolar até ao secundário enquanto que a nomenclatura Escola inclui apenas o secundário.

Nº de Agrupamentos	Nº de Escolas	Distrito
9	1	Viseu
4	1	Leiria
2	2	Coimbra
2	1	Castelo Branco
2	0	Guarda
1	1	Aveiro

**Quadro 11: Número de agrupamentos/escolas por distrito da amostra.**

Relativamente à caracterização dos participantes verificamos que a amostra foi constituída por 323 professores da DREC, maioritariamente feminina, casados e com filhos, com média de idades de 44 anos e com licenciatura.

### ***Instrumento***

Para que pudéssemos proceder à recolha de informação junto dos participantes do estudo, optou-se pelo inquérito por questionário *online*. Segundo Reis (2010) esta “É uma técnica de observação que tem como objectivo recolher informações baseando-se numa série ordenada de perguntas que devem ser respondidas, por escrito, pelo respondente, de forma a avaliar as atitudes, as opiniões e o resultado dos sujeitos ou recolher qualquer outra informação junto dos mesmos” (p. 91). A sua importância consiste na facilidade com que se pode interrogar um elevado número de pessoas, num curto intervalo de tempo.

Na elaboração de um instrumento de avaliação criado de raiz, por não existir um questionário adequado à investigação, teve-se um enorme cuidado ao formular as questões, seleccionando cada uma de acordo com o fim para o qual a informação foi usada, as características da população em estudo e o método escolhido para divulgar os resultados. A sua elaboração compreendeu várias fases: o conhecimento da literatura, a especificação dos dados a recolher, tendo em atenção os objetivos e população do estudo, a definição do conteúdo e contexto das questões numa ordem lógica e a formulação de questões fechadas, abertas ou semiabertas, assim como a sequência das questões.

Na construção de um questionário há que ter em atenção não só as vantagens como também as limitações que a sua utilização revela. O Quadro 12 ilustra as vantagens e desvantagens do questionário descritas por Reis (2010).

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A satisfação da exigência da representatividade.</li> <li>• Um instrumento mais económico de recolha de dados quando é avaliado o tempo para a sua aplicação e análise e o número de inquiridos envolvidos no processo.</li> <li>• Menor enviesamento nas respostas.</li> <li>• A possibilidade de quantificar numa multiplicidade de dados e de proceder a numerosas análises de correlação.</li> <li>• A facilidade de análise de dados.</li> <li>• Os inquiridos sentem-se mais seguros quanto ao anonimato das respostas.</li> <li>• Como o entrevistador não está na presença do entrevistado, este não se sente inibido na resposta à questão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O inquirido desconhece a pessoa que elaborou o questionário.</li> <li>• A taxa de retorno de respostas costuma ser baixa.</li> <li>• Dificuldades de interpretação do vocabulário do inquirido.</li> <li>• A falta de controlo na condução das respostas.</li> <li>• O acréscimo de informação complementar.</li> <li>• O processo de construção do questionário que o inquirido pode considerar longo.</li> <li>• Não permite o esclarecimento de dúvidas nas questões colocadas.</li> </ul>

**Quadro 12: Vantagens e desvantagens do questionário (Reis, 2010, p.95).**

Perante a metodologia seguida o questionário é o instrumento eleito perante a facilidade com que se interroga um elevado número de pessoas, num curto espaço de tempo.

### *O Questionário*

O instrumento de avaliação foi desenvolvido especificamente para compreender o contributo da Supervisão em Escolas Promotoras de Saúde, analisando a formação dos professores na área de Educação para a Saúde, em particular no que diz respeito à prevenção do suicídio.

Este instrumento, de autorresposta, é constituído por três partes, como se pode observar no Quadro 13. Pormenorizamos de seguida essas partes.

<b>Parte I</b>	Conjunto de questões relativas à <b>CARACTERIZAÇÃO</b> sócio demográfica e académica dos professores.
<b>Parte II</b>	Conjunto de questões referentes à <b>FORMAÇÃO</b> dos professores na área de Educação para a Saúde e no âmbito da prevenção do suicídio.
<b>Parte III</b>	Conjunto de questões relativas à <b>REFLEXÃO</b> das práticas dos professores identificando sinais de aviso, fatores precipitantes, prevenção, o conhecimento da demografia e estatística, e factores de risco em escolas promotoras da saúde, referentes a estratégias de formação e de intervenção futura nas escolas.

**Quadro 13: Conteúdos das partes do questionário**

### *1ª parte*

Nesta 1ª parte, recorre-se a um conjunto de questões fechadas relativas à caracterização sociodemográfica e académica dos professores. A nível mais específico, cada questão tem o seu propósito: idade (Q1), género (Q2), estado civil (Q3), habilitação académica (Q4), carreira profissional – tempo de serviço, tempo de permanência na escola, tipo de horário, título profissional, nível de ensino que leciona (Q5), existência de Projeto de Educação para a Saúde na escola e conhecimento sobre este (Q6).

### *2ª parte*

De modo a conhecer a formação dos professores na área de Educação para a Saúde e no âmbito da prevenção do suicídio optou-se, na segunda parte deste questionário, por um conjunto de nove afirmações de resposta sim ou não, relativas à formação dos professores na prevenção do suicídio e estratégias usadas em contexto escolar (Q7). Incluiu-se também uma questão aberta (Q8), para os professores comentarem a sua experiência com situações de suicídio.

### *3ª parte*

A última parte do questionário consiste em 42 afirmações utilizando a escala tipo *likert*, apresentada com uma série de cinco proposições, das quais o inquirido pode seleccionar uma: ‘concordo plenamente’, ‘concordo’, ‘nem concordo nem discordo’, ‘discordo’ e ‘discordo plenamente’. Nestas afirmações é analisado o conhecimento dos professores em cinco domínios de conteúdo: sinais de alerta (Q1-Q6); fatores precipitantes (Q7-Q10); prevenção e tratamento do suicídio (Q11-Q14); demografia e estatística relativa ao suicídio

(Q15-Q21); fatores de risco agrupados em: ambiente familiar e social (Q22-Q30), transtorno psiquiátrico (Q31-Q32), fatores cognitivos (Q33-Q34) e tentativas anteriores (Q35-Q36); por fim estratégias de formação e de intervenção futura nas escolas (Q37-Q42). A finalizar inseriu-se uma questão de resposta aberta para realizarem um comentário ou observação adicional sobre o tema ou sobre a investigação. Nestes cinco domínios as afirmações 3, 4, 6, 10, 11, 12, 13, 15, 19 e 33 são falsas.

As **escalas de Likert** requerem que os entrevistados indiquem o seu grau de concordância ou discordância com declarações relativas à atitude que está sendo medida. Atribui-se valores numéricos e/ou sinais às respostas para refletir a força e a direção da reação do entrevistado à declaração. As declarações de concordância devem receber valores positivos ou altos enquanto as declarações das quais discordam devem receber valores negativos ou baixos. As escalas podem ir, por exemplo, de 1 a 5, de 5 a 1, ou de +2 a -2, passando por zero (Reis, 2010).

As principais vantagens das escalas *Likert* em relação às outras são a simplicidade de construção; o uso de afirmações que não estão explicitamente ligadas à atitude estudada, permitindo a inclusão de qualquer item que se verifique, empiricamente, ser coerente com o resultado final; e ainda, a amplitude de respostas permitidas apresenta informação mais precisa da opinião do respondente em relação a cada afirmação. Como desvantagem, por ser uma escala essencialmente ordinal, não permite dizer quanto um respondente é mais favorável a outro, nem mede o quanto de mudança ocorre na atitude após expor os respondentes a determinados eventos.

Neste estudo, optou-se pelo uso da escala com cinco categorias, definida como (1) discordo plenamente, (2) discordo, (3) não concordo nem discordo, (4) concordo, (5) concordo plenamente. Assim, pretendeu-se um registo fiel da opinião dos professores de modo a retratar a realidade do pretendido no estudo.

O instrumento de recolha de dados foi elaborado tendo em conta os seguintes princípios: a garantia do anonimato das respostas; a imparcialidade na elaboração dos itens, permitindo que os professores inquiridos não sejam induzidos para determinadas respostas; o rigor e a

clareza da linguagem; um total de questões que possam ser respondidas num período de tempo máximo de 10 minutos.

### *Construção e validação do Questionário*

A construção de raiz de um questionário não é tarefa fácil, exigindo alguns padrões de atuação quanto à construção das perguntas. Implica que se observe um conjunto de procedimentos metodológicos e técnicos, de preferência que abranjam de forma interativa a formulação do problema, definição de objetivos, revisão bibliográfica, formulação de hipóteses, definição da amostra, o que determina a construção das perguntas. Alicerçados nestes conhecimentos teve-se cuidado quanto à construção das perguntas, nomeadamente com: o número, o tipo, a clareza, a coerência, a neutralidade, a abrangência, e a sua pertinência. Em relação ao número de perguntas convém que exista um equilíbrio, pois se forem em número reduzido pode-se não alcançar o pretendido, e se forem em número excessivo podem transformar-se num motivo para o inquirido não responder e transforma-se também numa análise de difícil concretização.

O questionário produzido é do tipo misto pois apresenta questões de diferentes tipos: resposta aberta e resposta fechada. Estas últimas originam maior uniformidade e simplificação na sua análise. Já o uso de respostas abertas obriga à análise de conteúdo, o que é uma tarefa mais trabalhosa do que a associada às respostas fechadas. Houve ainda cuidado sobre a forma de responder às perguntas, para que o inquirido não tivesse dúvidas nem ao nível da forma nem do conteúdo das respostas.

Relativamente à apresentação do questionário, este “deve obedecer aos seguintes critérios fundamentais: clareza e rigor na apresentação, bem como facilidade de preenchimento para o inquirido. O tema em estudo deve ser apresentado de uma forma clara e simplista, assim como a linguagem utilizada e a disposição gráfica do questionário, que devem ser adequadas ao público-alvo” (Sousa & Baptista, 2011, p.98). Ainda no que toca à apresentação do questionário, Carmo & Ferreira (1998) afirmam que esta “é muito mais importante do que se possa imaginar (...) a apresentação funciona como elemento

legitimador (ou não), tendo uma quota-parte de responsabilidade no êxito ou no inêxito de um inquérito por questionário” (p.144).

Inicialmente o questionário foi elaborado tendo em mente a sua aplicação em suporte de papel, mas posteriormente optou-se por realizá-lo *online*, uma vez que todos os professores têm acesso à internet, revelando-se uma via mais económica e ecológica, facilitando ainda o tratamento de dados. A sua construção teve três momentos: (1) elaboração em suporte de papel, considerado rascunho, (2) realização do pré-teste e (3) elaboração do questionário *online*.

No primeiro momento o questionário apresentava-se muito longo e dividido em três partes, com as afirmações todas numeradas, por isso fez-se um ajuste estético e optou-se por não numerar as afirmações das questões 7 e 9, e apresentar o questionário de forma contínua sem divisões de conteúdos. As afirmações foram mais uma vez trabalhadas de forma a ficarem curtas, claras e concisas. Retiraram-se, no final do questionário, informações complementares por estas apresentarem uma linha de apoio a estudantes e o questionário ter como público-alvo os professores (cf. Anexo 4).

O segundo momento consistiu na elaboração de um estudo piloto, pré-teste, onde foi utilizado o método da reflexão falada, *thinking aloud* (cf. Anexo 5). Na perspetiva de Clark & Peterson (1986), é um dos métodos de questionamento (*inquiry*) mais utilizados para observar, avaliar, os pensamentos.

O pré-teste, ao questionário, permitiu um conjunto de verificações para que este seja aplicável com êxito, no que diz respeito a obter informação sobre os problemas. Permitiu, assim identificar/esclarecer: 1) se todos os inquiridos poderiam compreender as questões da mesma forma; 2) se a lista de opções de respostas às questões fechadas contemplava todas as alternativas possíveis; 3) se existia um elevado grau de aceitação das questões colocadas, evitando perguntas cuja resposta fosse recusada e, portanto, ficasse inutilizável; 4) se a ordem das questões não causava saltos abruptos de um assunto para outro; e 5) se a linguagem utilizada era compreensível pelos inquiridos e não muito complexa (Sousa & Baptista, 2011).



O pré-teste, executado na presença da investigadora com a explicação dos objetivos e o uso de uma grelha de anotações sobre as questões ou sugestões dadas pelos inquiridos, teve a colaboração de 10 pessoas (com características semelhantes à amostra) e ainda de especialistas da área do conhecimento em que se enquadra o tema da investigação. Permitiu alterar aspetos relacionados com a estrutura e ordenamento de algumas questões. Por exemplo, na questão 6 foi introduzida uma questão de filtro. Tendo em conta o tratamento estatístico, a questão 7, inicialmente com uma escala, ‘nunca’, ‘raras vezes’, ‘por vezes’, ‘muitas vezes’ e ‘sempre’ foi alterada para respostas ‘sim’ e ‘não’ uma vez existirem afirmações que não se enquadravam num dos parâmetros da escala. Também o conceito de parassuicídio teve de ser incorporado numa das afirmações. Foram introduzidas alterações ao nível da construção de algumas afirmações, tendo em vista a melhoria da sua clareza, compreensão e melhor tratamento estatístico. Ainda se retirou o tempo previsto para o preenchimento do questionário, pois algumas pessoas afirmaram sentirem-se constrangidas por aquele tempo. Por fim a última questão apresentada passou a um comentário ou observação adicional sobre o tema ou investigação.

Por fim, o terceiro e último momento, consistiu na elaboração do questionário *online*. Começou-se pelo uso do software do *Google Docs* optando-se no final pelo software do *Qualtrics*, por uma questão de estética e posterior facilidade no tratamento de dados estatísticos. Ainda por este motivo voltou-se a numerar as questões 7 e 9, pelo facto de ser necessária a sua identificação no uso do SPSS dentro da aplicação do *Qualtrics* e esta mudança não influenciar o conteúdo.

Ainda, na elaboração do questionário *online*, no *Qualtrics*, optou-se por uma imagem sóbria e inserimos duas músicas (de escolha e audição opcional) para os inquiridos preencherem o questionário *online* ao som, ou não, de música (cf. Anexo 6).

Após o pré-teste seguiu-se a fase de validação de conteúdo por um painel de três juízes. Com a concordância de pelo menos de 90%, entre estes membros, ficou validada esta fase (Krippendorff, 1980).

### **3. Procedimentos de Recolha e Análise de Dados**

Tendo anteriormente sido delimitadas as características do estudo (investigação de natureza maioritariamente quantitativa utilizada na determinação de necessidades de formação, questões de investigação e objetivos do estudo, hipóteses), o meio onde se desenvolve (Agrupamento de Escolas/Escolas da DREC), os participantes (professores) e construção do instrumento é agora oportuno focar a atenção nos procedimentos de recolha e análise de dados.

#### ***Procedimento de recolha de dados***

Foi redigida uma carta e enviada aos diretores dos agrupamentos/escolas, através dos *emails* apresentados nas redes escolares pertencentes à DREC. A carta tinha como assunto: colaboração dos educadores/professores do agrupamento – questionário e, em anexo, um texto com o acesso ao questionário *online*. Este texto continha o tema do estudo, o objetivo, assegurava a confidencialidade e anonimato e era precedido pelo *link* de acesso ao questionário (cf. Anexo 7).

Dada a autorização, o diretor encaminhava o anexo para os *emails* dos professores. Foi ainda informado por *email* que o questionário apenas estaria disponível até ao dia 29 de fevereiro. Os professores tiveram acesso ao questionário *online* apenas nos meses de janeiro e fevereiro de 2012.

Foram realizados telefonemas para todos os agrupamentos de modo a confirmar: se tinham recebido o *email* com o anexo e se tinham dado seguimento ou não ao solicitado. De modo a aumentar a taxa de resposta foi feita posteriormente uma notificação preliminar aos educadores/professores, apelou-se à construção do conhecimento científico através da sua colaboração, assegurou-se junto dos participantes a importância do trabalho a ser desenvolvido e utilizou-se de forma conveniente lembretes por *email*.

No final foram enviados *emails* de agradecimento aos agrupamentos/escolas que participaram neste estudo.

Estando cientes de que o estudo envolvia seres humanos e uma temática sensível. Por razões éticas e deontológicas, o questionário *online* foi precedido de um *Consentimento Informado*. Por conseguinte este apresentava o objetivo da investigação, o procedimento da investigação, os riscos/benefícios na participação deste estudo, a confidencialidade, o tipo de participação, o contato do investigador para eventuais esclarecimentos, e ‘assinatura’ do professor ao selecionar *concordo*, sendo livres de participar ou não no estudo. Apenas os professores que selecionavam *concordo* tinham acesso ao questionário *online*.

### ***Procedimentos de análise de dados***

A análise de dados, para as questões fechadas, foi realizada com o programa SPSS 20.0. Para as estatísticas descritivas foram calculadas frequências absolutas e relativas, bem como médias e desvios padrão. Foram cruzadas variáveis nominais em Tabelas de Contingência e apresentados valores de Qui-Quadrado respetivos. Foram ainda calculados coeficientes de correlação de Pearson entre variáveis quantitativas.

Para as estatísticas inferenciais recorreu-se ao uso de métodos paramétricos. O uso de métodos paramétricos decorreu ora porque estavam garantidos pelo menos 30 resultados por cada subamostra, cumprindo dessa forma o critério de Kazmier (1982) que indica esta quantia como mínimo para que se considere que a amostra segue uma distribuição normal ou porque após o teste de Shapiro-Wilks se obteve um valor  $p < .05$ , confirmando a normalidade na distribuição.

Neste sentido foram aplicados Testes-T e ANOVA e o nível de significância estabelecido foi de 5%. Nos dois testes referidos foram cumpridos os pressupostos de homogeneidade de variâncias (Testes de Levene e Bartlett, respetivamente,  $p > .05$ ).

Não foram apresentados os valores de prova mas símbolos para revelar a significância estatística associada às estatísticas de teste calculadas:  $*p < .05$ ,  $**p < .01$  e  $***p < .001$ . Assim:  $p > .05$  não significativo;  $p < .05$  significativo;  $p < .01$  bastante significativo e  $p < .001$  altamente significativo.

O cálculo das dimensões da 3ª parte do Questionário obedeceu a uma lógica baseada em recolha de informação bibliográfica aliada ao entendimento acerca do que cada questão procurou medir. Este método foi utilizado uma vez que após submeter os dados a Análise em Componentes Principais (ACP) foram encontrados 12 fatores que, para além de apresentarem baixos níveis de saturação com os itens, mesmo após rotação Varimax, explicavam cerca de 68% da variância total. Desta forma entendeu-se como mais viável o agrupamento das questões em dimensões de acordo com o já referido critério. Foram então criadas as seguintes dimensões: Sinais de Alerta, Fatores precipitantes, Prevenção e tratamento do suicídio, Demografia e estatística, Fatores de risco e Estratégias de Formação e Intervenção.

A organização dos dados partiu do pressuposto de que, para a determinação das necessidades de formação, as representações que os professores detêm sobre as dimensões propostas são um contributo importante. Assim, os itens que apresentam percentagens de resposta mais elevada, nos graus de domínio mais baixo da escala (primeiro e segundo ponto da escala de *Likert*), são aspetos que consideramos o ponto de partida para a determinação de necessidades. O terceiro ponto da escala foi estudado, em primeiro lugar considerando como sendo um contributo importante para os objetivos definidos para a análise dos dois primeiros pontos da escala. Nos dois últimos pontos da escala (4 e 5) consideramos a hipótese de que proporcionariam informação complementar aos resultados obtidos.

As duas questões abertas do questionário foram analisadas através da análise de conteúdo. Esta organizou-se em três etapas: (1) pré-análise, (2) exploração do conteúdo e (3) tratamento e interpretação dos resultados (Bardin, 2000).

Deste modo, primeiro leram-se todas as respostas dadas pelos professores e reduziram-se as palavras e as expressões próximas (Doise, Clemence & Lorenzi-Cioldi, 1992), com base na raiz etimológica da palavra, nos substantivos, adjetivos e verbos. Na segunda etapa procedeu-se à categorização. Por fim, estes dados foram tratados no *Excel* através de análise de frequências e realizou-se uma análise descritiva dos indicadores obtidos com base nas frequências de resposta.

Na questão “Comentário sobre a sua experiência com situações de suicídio”, tal como demonstra o Quadro 16, emergiram as seguintes categorias: com experiência, sem experiência, nada a declarar, outro comentário. A categoria com experiência foi ainda dividida em subcategorias, nomeadamente, na escola e fora da escola. Salienta-se que *na escola* encontra-se subdividida em alunos, quando era aluno, professores e *fora da escola* em amigos, alunos, familiares e outros.

Questão 19: “Comentário sobre a sua/experiência com situações de suicídio”			
	Categoria	Subcategoria	
A	Com experiência	A1 na escola	A11 alunos
			A12 quando era aluno
			A13 professores
		A2 fora da escola	A21 amigos
			A22 alunos
			A23 familiares
	A24 outros		
B	Sem experiência		
C	Nada a declarar		
D	Outro comentário		

**Quadro 14: Visualização das categorias e subcategorias da questão “Comentário sobre a sua/experiência com situações de suicídio”.**

Na questão “Comentário ou observação adicional sobre o tema ou sobre a investigação”, como demonstra o Quadro 17, emergiram as seguintes categorias: pertinência da investigação, propostas de intervenção, formação, nada a declarar e outro comentário.

Questão 21: “Comentário ou observação adicional sobre o tema ou sobre a investigação”		
	Categoria	Subcategoria
E	Pertinência da Investigação	E1 Importância
		E2 Preocupações
		E3 Conhecimento dos resultados
		E4 Não se aplica
F	Propostas de Intervenção	F1 Equipas
		F2 Psicólogos/ Técnicos
		F3 Linhas SOS
		F4 Parcerias
		F5 Outros
		F6 Não é necessário
G	Formação	G1 Importância
		G2 Com necessidade
		G3 Sem necessidade
		G4 Todos os professores
		G5 Comunidade escolar
H	Nada a declarar	
I	Outro comentário	

**Quadro 15: Visualização das categorias e subcategorias da questão “Comentário ou observação adicional sobre o tema ou sobre a investigação”.**

Após a análise das respostas dos participantes do estudo, indexámos as unidades de texto de cada subcategoria, não perdendo de vista as respostas às questões e “subquestões” da investigação em curso.

As questões 19 e 21 servirão de indicadores para a análise e interpretação dos resultados das questões abertas.

## CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos e discutimos os resultados obtidos com a aplicação do questionário aos professores da zona centro do país.

De modo a facilitar a compreensão do problema abordado, apresentamos os dados em gráficos ou quadros, precedidos de uma análise descritiva, para que a sua interpretação seja mais evidente.

### 1. Caracterização da amostra de professores

A amostra foi constituída por 323 professores da DREC, 248 mulheres (76.8%) e 75 homens (23.2%). A média de idades geral foi de 44.24 com mínimo de 25 e máximo de 59 anos. No que toca ao estado civil a distribuição foi a seguinte: 45 participantes solteiros (13.9%), 17 participantes que vivem com companheiro (5.3%), 15 participantes casados sem filhos (4.6%), 205 participantes casados com filhos (63.5%), um participante separado (.3%), 34 participantes divorciados (10.5) e seis participantes viúvos (1.9%). Quanto às habilitações académicas foram encontrados seis participantes com bacharelato (1.9%), 223 com licenciatura (69%), 37 com Pós-graduação (11.5%), 57 com mestrado (17.6%) e 0% com doutoramento.

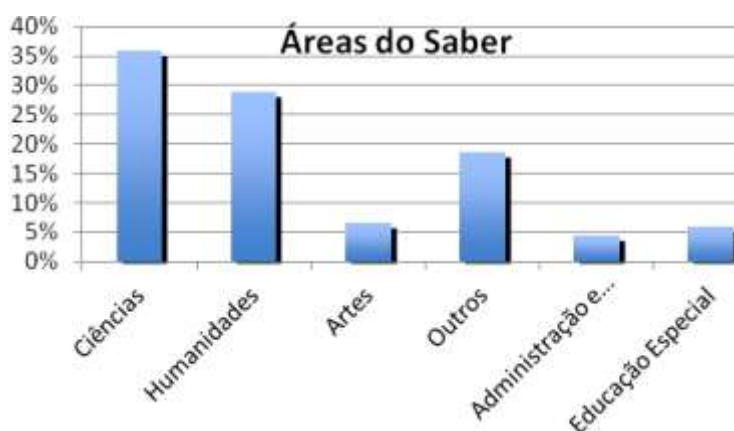
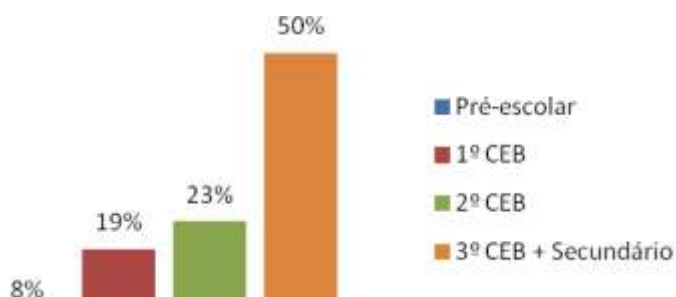


Gráfico 2: Distribuição dos professores na amostra pelas áreas do saber.

De acordo com o Gráfico 2 a área lecionada com maior número de professores é Ciências (35.9%), seguida por Humanidades (28.8%). A área de menor incidência é Administração e Supervisão (4.3%).

Ainda a título profissional verifica-se que o mais frequente é o QE (Quadro de Escola) com 75.5%, seguido pelo Contratado com 13.9% e pelo QZP (Quadro de Zona Pedagógica) com 10.4%.

### *Nível de Ensino*



**Gráfico 3: Distribuição dos professores na amostra pelo nível de ensino.**

O Gráfico 3 mostra que o nível de ensino com maior frequência é o 3º CEB + Secundário com 50%. Em sentido inverso o menos lecionado é o Pré-escolar com 8% de casos. Mostrando estes valores uma proporcionalidade semelhante à da população.

Do total da amostra 95% dos professores lecionam em escolas com Projeto de Educação para a Saúde (PES). No entanto apenas 83% tem conhecimento do PES do seu Agrupamento/escola.

De acordo com a Tabela 1 a média de tempo global de serviço foi  $M=19.90$  anos ( $dp=7.94$ ) sendo o valor máximo de 38 anos. No que toca ao tempo de permanência da escola atual o valor médio foi de  $M=8.81$  ( $dp=7.61$ ) o valor máximo foi de 32 anos.



**Tabela 1: Mínimo, Máximo, Média (M) e Desvio Padrão (DP) para tempo global de serviço e tempo de permanência na escola**

Área	Mínimo	Máximo	M	DP
Carreira Profissional-Tempo global de serviço:	.90	38	19.90	7.94
Carreira Profissional-Tempo de permanência nesta escola:	.08	32	8.81	7.61

Os trabalhos de Huberman (1992) já bastante conhecidos como estudos que retratam o desenvolvimento profissional de professores, têm-se constituído em marcos de referência sobre o tema, tratando a ideia de que existem certas tendências gerais no ciclo de vida dos professores, que comporta uma sequência de fases cuja ordem obedece ao tempo de carreira. Este investigador dividiu o desenvolvimento profissional em cinco fases: 1 a 3 anos – entrada na carreira, exploração (sobrevivência e descoberta); 4 a 6 anos – estabilização, compromisso e afirmação; 7 a 25 anos – diversificação, ativismo e questionamento; 26 a 35 anos – serenidade e distanciamento afetivo, conservadorismo e lamentação; 36 a 40 anos – desinvestimento amargo e sereno. Segundo a média de idades da amostra os professores encontram-se na fase de carreira de 7 a 25 anos, predisposta a experimentar e aceitar novos desafios, diversificando, questionando e estando ativos na sua formação contínua.

## **2. Identificação das necessidades de Formação dos Professores**

No Gráfico 4 podemos observar a elevada percentagem de professores que não têm formação na área de prevenção do suicídio e já se encontra uma percentagem de 13% dos professores que já teve experiência com alunos que fizeram tentativas de suicídio. Verificamos ainda que mais de metade dos professores não realiza formação na área da Educação para a Saúde.



**Gráfico 4: Formação dos professores e contacto com situações de suicídio.**

Apresenta-se de seguida de forma pormenorizada, na Tabela 2, cada *item* referente às questões relativas à formação/contacto com situações de suicídio.

Questão	Sim		Não	
	n	%	n	%
Durante a minha experiência profissional já tive alunos que fizeram tentativa de suicídio.	42	13.0	281	87.0
Encaminho alunos para linhas telefónicas ou outros serviços de apoio emocional.	144	44.6	179	55.4
Recorro a ajuda para apoiar alunos com atitudes de risco.	258	79.9	65	20.1
Na minha formação inicial fui sensibilizado(a) para formas de intervir e prevenir o suicídio em meio escolar.	20	6.2	303	93.8
Realizo autoformação sobre prevenção de suicídio.	59	18.3	264	81.7
Necessito de orientação e suporte para identificar e prevenir comportamentos de risco suicidário.	255	78.9	68	21.1
É-me proporcionada formação na área de prevenção de suicídio.	8	2.5	315	97.5
Leio revistas técnicas e científicas com artigos de Educação para a Saúde.	208	64.4	115	35.6
Realizo formação na área da Educação para a Saúde.	115	35.6	208	64.4

**Tabela 2: Frequências absolutas (n) e relativas (%) para questões relativas à formação/contacto com suicídio**

De acordo com a Tabela 2 encontrou-se que nas variáveis “Recorro a ajuda para apoiar alunos com atitudes de risco” (80%), “Necessito de orientação e suporte para identificar e prevenir comportamentos de risco suicidário” (79%) e “Leio revistas técnicas e científicas com artigos de Educação para a Saúde” (64%) obtiveram percentagens superiores a 50%

nas respostas afirmativas. Todas as restantes afirmações obtiveram 50% ou menos de respostas afirmativas. As variáveis “Na minha formação inicial fui sensibilizado(a) para formas de intervir e prevenir o suicídio em meio escolar” (6%) e “É-me proporcionada formação na área da prevenção do suicídio” (3%) obtiveram percentagens de respostas afirmativas abaixo de 5%.

No seguimento destes resultados foram realizadas uma série de associações com cada uma destas questões e variáveis sociodemográficas e profissionais como género, estado civil e nível lecionado. De entre todas as associações realizadas as que se mostraram significativas são apresentadas nas Tabelas 3, 4, 5 e 6.

**Tabela 3: Frequências absolutas e relativas para o cruzamento das variáveis “Realizo formação em educação para a saúde” e “género”.**

Realizo formação em educação para a saúde	Masculino	Feminino
Sim	18 (24%)	97 (39.1%)
Não	57 (76%)	151 (60.9%)
$\chi^2$	5.80*	

\*\*p<.05

De acordo com a Tabela 3 foi encontrada uma associação entre a realização de formação em educação para a saúde e o género, com o teste ( $\chi^2= 5.80$ , p<.05). A percentagem de mulheres que realiza formação em educação para a saúde é mais elevada (39.1%) comparativamente com a dos homens (24%).

**Tabela 4: Frequência absoluta e relativa para o cruzamento das variáveis “Leitura de revistas científicas de educação para a saúde” e “género”**

Leitura de revistas de educação para a saúde	Masculino	Feminino
Sim	39 (52%)	169 (68.1%)
Não	36 (48%)	79 (31.9%)
$\chi^2$	6.55*	

\*p<.05

Perante o que se observa na Tabela 4 foi encontrada uma associação entre a leitura de revistas científicas de Educação para a Saúde e o género, com o teste ( $\chi^2= 6.5$ , p<.05). A percentagem de mulheres que lê revistas científicas em Educação para a Saúde é mais elevada (68.1%) comparativamente com a dos homens (52%).

**Tabela 5: Frequência absoluta e relativa para o cruzamento das variáveis “Recorrer a ajuda para apoiar alunos com atitudes em risco” e “nível de ensino lecionado”.**

Recorrer a ajuda para apoiar alunos com atitudes em risco	Pré-escolar	1º CEB	2º CEB	3º CEB + Secundário
Sim	15 (57.7%)	48 (78.7%)	57 (76%)	138 (85.7)
Não	11 (42.3%)	13 (21.3%)	18 (24%)	23 (14.3)
$\chi^2$			12.13**	

\*\*p<.01

Ainda na Tabela 5 foi encontrada associação entre as variáveis Recorrer a ajuda para apoiar alunos com atitudes em risco e Nível de ensino lecionado ( $\chi^2= 12.13$ , p<.01). Os resultados mostram que parece existir uma tendência para que níveis mais elevados tenham mais tendência a recorrer a ajuda para apoiar alunos com atitudes de risco.

**Tabela 6: Frequência absoluta e relativa para o cruzamento das variáveis “Durante experiência profissional já teve alunos com tentativa de suicídio” e “nível de ensino lecionado”**

Alunos com tentativa de suicídio	Pré-escolar	1º CEB	2º CEB	3º CEB + Secundário
Sim	3 (11.5%)	1 (1.6%)	11 (14.7%)	27 (16.8%)
Não	23 (88.5%)	60 (98.4%)	64 (85.3%)	134 (83.2%)
$\chi^2$			9.22*	

\*p<.05

Finalmente, na Tabela 6 foi encontrada associação entre as variáveis Alunos com tentativa de suicídio e Nível de ensino lecionado ( $\chi^2= 9.22$ , p<.05). Os dados sugerem algumas evidências no sentido de que professores em níveis mais elevados de ensino tendam a ter mais alunos com tentativa de suicídio.

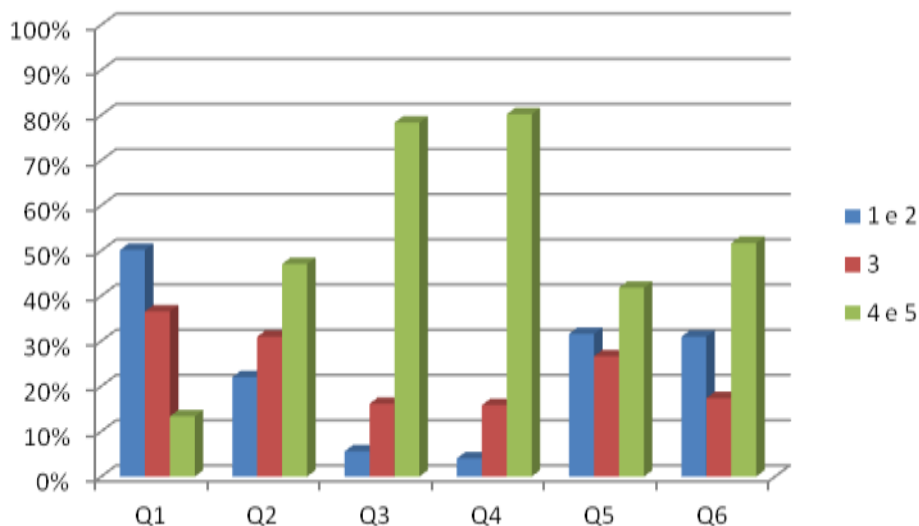
### 3. Perceção dos professores nas dimensões.

A presença dos itens do nível 1 e 2 é considerada pertinente, no que se refere à determinação de necessidades de formação. A análise das respostas do nível 3 pode contribuir para a sustentação dos resultados obtidos e necessidades identificadas, bem como para a identificação de outros aspetos pertinentes para a análise. Em todos os itens cuja soma das percentagens do nível 1 e 2 é superior à percentagem da soma do nível 4 e nível 5, foram identificadas como itens com necessidades de formação prioritárias.

Os seguintes gráficos ilustram as percentagens da soma das respostas de nível 1 e 2, do nível 3 e a soma das respostas de nível 4 e 5 por cada item das diferentes dimensões da

Parte III do questionário. Salienta-se que para as questões falsas se inverteu a ordem do nível.

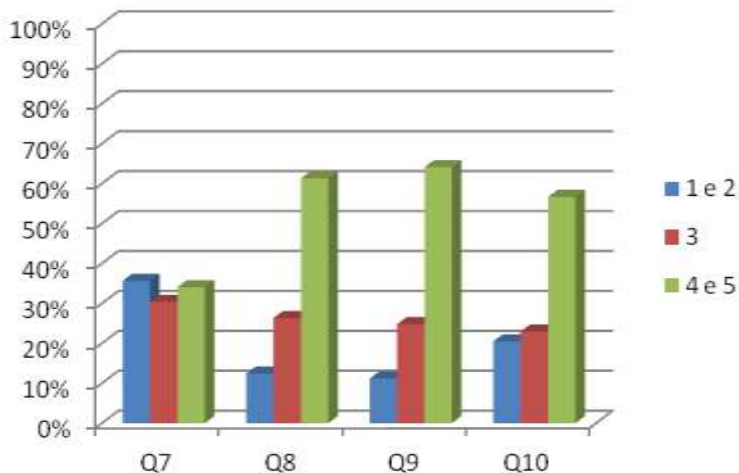
### *Sinais de Alerta*



**Gráfico 5:** Distribuição da soma de níveis 1e 2, 4 e 5 e o nível 3 na dimensão *Sinais de Alerta*

De acordo com o Gráfico 5, na dimensão *Sinais de Alerta* verificamos necessidade de formação prioritária na questão Q1\_ *Crianças/adolescentes que falam sobre suicídio cometem suicídio*. Nas Questões Q2\_ *Mudanças repentinas e extremas nos hábitos de comer/dormir, e perder/ganhar peso, podem ser aviso de iminente suicídio*, Q5\_ *A maioria das crianças/adolescentes que comete suicídio tem dado a entender a sua intenção* e Q6\_ *Nem todas as ameaças ou declarações de suicídio devem ser consideradas sinais de alerta de alto risco de suicídio* adicionando os níveis 1, 2 e 3, sendo este de indefinição, verificamos que o valor é superior à soma dos níveis 4 e 5 havendo assim também necessidade de formação.

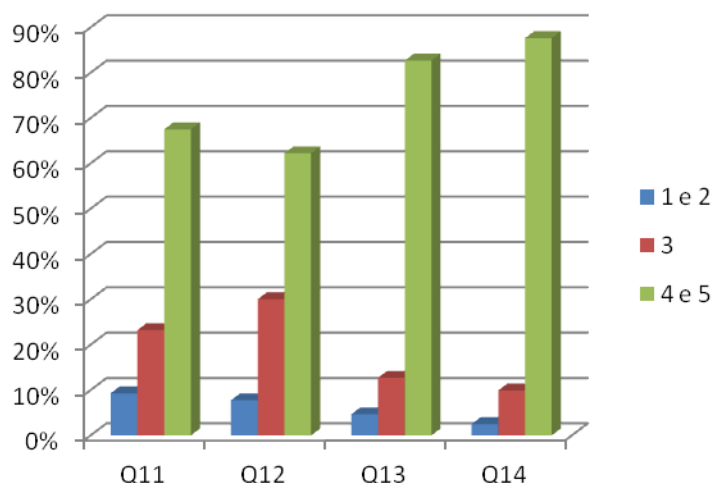
### *Fatores Precipitantes*



**Gráfico 6:** Distribuição da soma de níveis 1e 2, 4 e 5 e o nível 3 na dimensão *Fatores Precipitantes*.

Perante o Gráfico 6, na dimensão *Fatores Precipitantes* denota-se conhecimento sobre os fatores que levam um adolescente/criança a ter comportamentos suicidários. Apenas na *Q7\_ A criança/adolescente pode ser induzida a cometer suicídio por ouvir falar de alguém que se tenha suicidado*, é que observamos necessidade de formação prioritária.

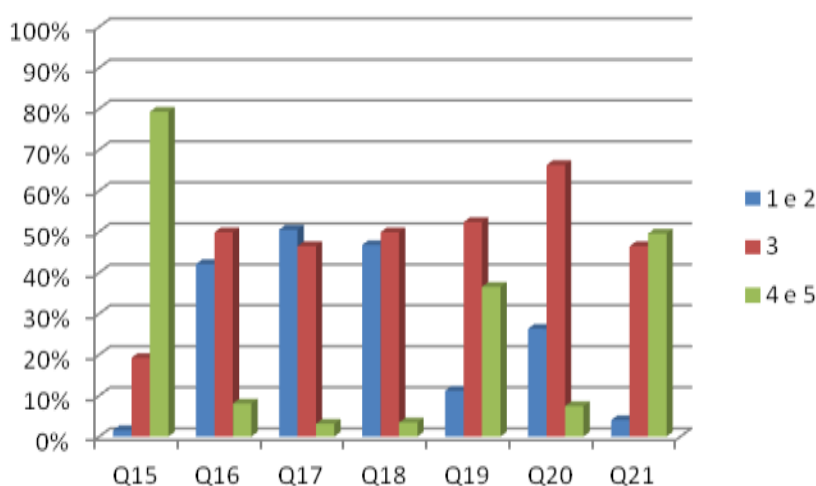
### *Prevenção e Tratamento do Suicídio*



**Gráfico 7:** Distribuição da soma de níveis 1e 2, 4 e 5 e o nível 3 na dimensão *Prevenção e Tratamento do Suicídio*.

De acordo com o Gráfico7, na dimensão *Prevenção e Tratamento do Suicídio* verificamos que os professores têm conhecimento preventivo, apenas na questão *Q12\_ Se prometer confiança aos planos de uma criança/adolescente suicida pode geralmente cumprir essa promessa*, nos deparamos com alguma necessidade de maior conhecimento.

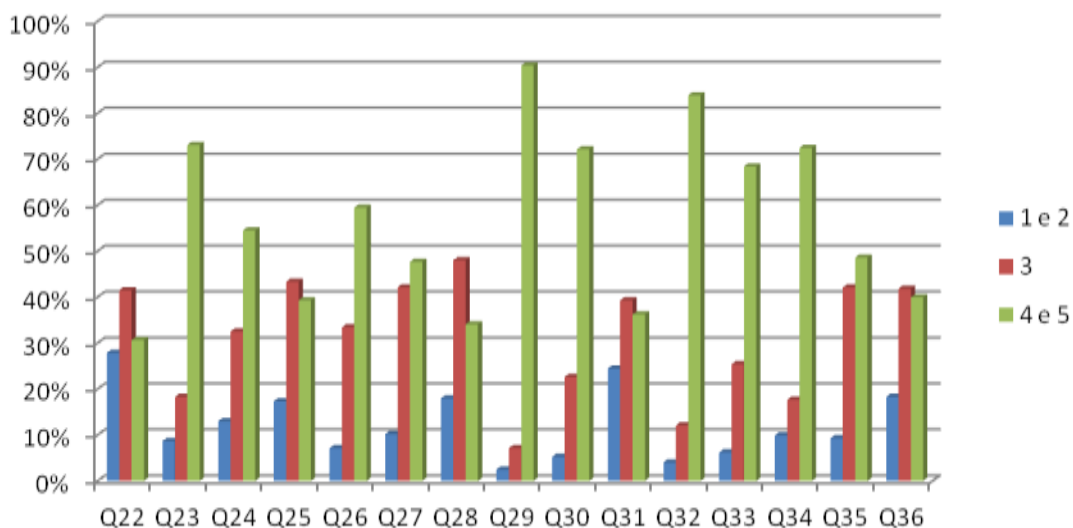
### ***Demografia e Estatística***



**Gráfico 8: Distribuição da soma de níveis 1e 2, 4 e 5 e o nível 3 na dimensão *Demografia e Estatística*.**

Observa-se no Gráfico 8, que a dimensão *Demografia e Estatística* apresenta elevada necessidade de formação. As questões *Q16\_ Crianças/adolescentes do sexo masculino têm maior probabilidade de concretizar o suicídio*, *Q17\_ Em Portugal há mais mortes causadas por suicídio do que por acidentes de trânsito*, *Q18\_ Crianças/adolescentes do sexo masculino, em áreas rurais, são um dos maiores grupos de risco de suicídio* e *Q20\_ O parassuicídio (ato ou comportamento não fatal no indivíduo, sem intenção de morrer) é uma das principais causas de morte em Portugal* apresentam uma necessidade de formação prioritária pois a soma dos níveis 1 e 2 predomina. As questões *Q19\_ Os rapazes são mais propensos a tentar o suicídio do que as raparigas*, e *Q21\_ As tentativas de suicídio em Portugal têm substancialmente aumentado nos últimos anos*, têm elevado nível 3 o que revela grande indecisão e desconhecimento sobre esta dimensão, acrescido da soma dos níveis 1 e 2 temos a sustentação de necessidade de formação.

## Fatores de Risco



**Gráfico 9:** Distribuição da soma de níveis 1e 2, 4 e 5 e o nível 3 na dimensão *Fatores de Risco*.

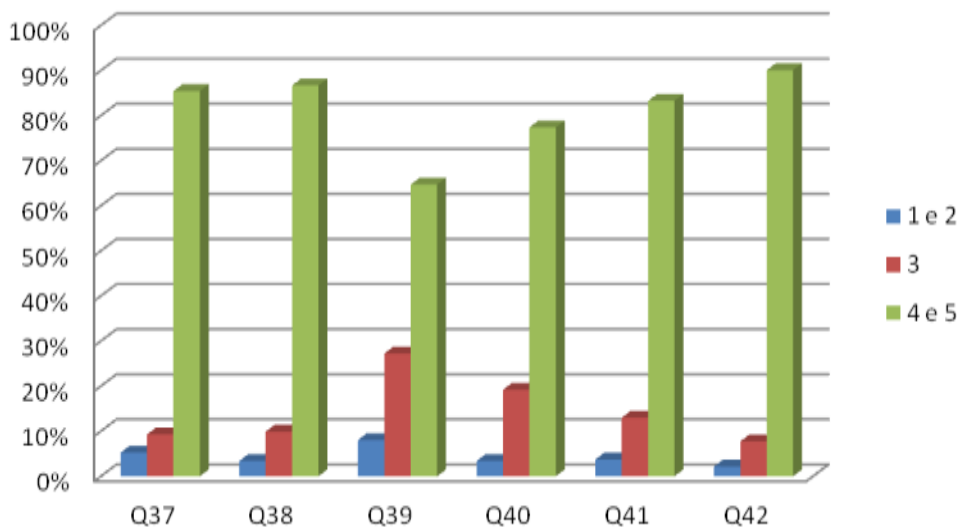
De acordo com o Gráfico 9 um quinto das questões desta dimensão é de necessidade de formação prioritária, pois as questões *Q22\_ Crianças/adolescentes que tentam o suicídio têm maior probabilidade de serem oriundos de famílias com histórico de abuso de drogas ou álcool*, *Q25\_ Crianças/adolescentes que tentam o suicídio sofrem por divórcio dos pais ou pela morte de um familiar querido*, *Q28\_ Adolescentes homossexuais estão em maior risco de tentativa de suicídio do que os adolescentes heterossexuais*, *Q31\_ A maioria das crianças/adolescentes que tenta o suicídio tem um transtorno psiquiátrico* e *Q36\_ As crianças/adolescentes que completam o suicídio realizaram tentativas anteriormente*, apresentam o nível três, nem concordo nem discordo, superior à soma dos níveis 4 e 5. As questões *Q27\_ Desagregação da família é comum entre as crianças/adolescentes que tentam suicídio ou o concretizam* e *Q35\_ Quanto mais potencialmente letal tiver sido a tentativa de suicídio maior é o risco de o indivíduo vir a completar o suicídio*, mostram também necessidade de formação. Apenas na questão *Q29\_ Crianças/adolescentes que sofrem bullying têm maior probabilidade de tentar o suicídio*, os professores revelam grande conhecimento.



#### 4. Estratégias e Intervenção

Nas questões Q37 a Q42 os resultados apresentados revelam a concordância ou não dos professores perante as propostas de estratégias de formação e intervenção em meio escolar.

##### *Estratégias de Formação e Intervenção*



**Gráfico 10:** Distribuição da soma de níveis 1e 2, 4 e 5 e o nível 3 na dimensão *Estratégias de Formação e Intervenção*

De acordo com o Gráfico 10 na dimensão *Estratégias de Formação e Intervenção* há consenso por parte dos professores em todos os itens, em mais de 60% de concordância, de que *Q37\_ Deverá ser proporcionada formação sobre o suicídio a todos os professores, Q38\_ As escolas devem garantir uma política de prevenção do suicídio, Q39\_ Devem existir Equipas de Prevenção de Suicídio nas escolas, Q40\_ É necessário criar Linhas SOS nas escolas, Q41\_ Precisa ser construído um site de apoio às escolas na prevenção do suicídio, Q42\_ Devem ser criadas parcerias com a Comunidade para prevenção do suicídio.*

**Tabela 7: Média (M) e Desvio Padrão (DP) para os valores encontrados nas dimensões da Parte III do Questionário**

Dimensões	Original		Ponderado	
	M	DP	M	DP
Sinais de Alerta	15.78	2.50	2.25	.36
Fatores precipitantes	12.62	2.01	3.16	.50
Prevenção e tratamento do suicídio	10.72	1.54	2.68	.38
Demografia e estatística	18.60	2.64	3.10	.44
Fatores de risco	50.86	5.37	3.39	.36
Estratégias de formação e intervenção	24.00	3.65	4.00	.61

Perante a Tabela 7 o valor mais elevado foi encontrado na dimensão Estratégias de formação e intervenção (M=4.00, dp=.61) e o mais baixo em Sinais de alerta (DP= 2.25, DP=.36).

**Tabela 8: Medidas de correlação de Pearson para as dimensões da Parte III do Questionário**

Correlações	Fatores precipitantes	Prevenção e tratamento do suicídio	Demografia e Estatística	Fatores de risco	Estratégias de formação e intervenção
Sinais de alerta	.137*	.191***	.201***	.196***	-.003
Fatores precipitantes		.167**	.175**	.282**	.154**
Prevenção e tratamento do suicídio			.189***	.248***	-.050
Demografia e Estatística				.362***	.041
Fatores de risco					.231**

\*\* p<.01; \*\*\* p<.001

A Tabela 8 demonstra as correlações significativas positivas entre quase todas as medidas exceto entre “Estratégias de formação e intervenção” e “Fatores precipitantes”, “Demografia e Estatística” e “Fatores de risco”, onde não foi encontrada significância. Salienta-se a correlação entre “Fatores de risco” e “Demografia e Estatística” que atinge o nível moderado,  $r=.362$ ,  $p<.001$ .

## 5. Relações entre as variáveis das dimensões

Foram realizadas análises estatísticas inferenciais para averiguar da relação dos fatores e ou dimensões.

Em primeiro lugar foram comparadas as dimensões da Parte III do Questionário entre as variáveis que distinguem os participantes face a formação e/ou contacto com suicídio. São apresentadas as Tabelas onde foram encontrados resultados significativos.

**Tabela 9: Média (M), Desvio-Padrão (DP) e Teste-T (321 gl) para as dimensões do Questionário entre quem lê e quem não lê revistas científicas**

Dimensões	Leio revistas científicas da educação para a saúde	M	DP	Teste-T
Sinais de Alerta	Sim	2.25	.35	-.49
	Não	2.27	.37	
Fatores precipitantes	Sim	3.15	.52	-.53
	Não	3.18	.48	
Prevenção e tratamento do suicídio	Sim	2.67	.37	-.38
	Não	2.69	.41	
Demografia e estatística	Sim	3.06	.45	-2.28*
	Não	3.18	.42	
Fatores de risco	Sim	3.39	.37	-.03
	Não	3.39	.34	
Estratégias de formação e intervenção	Sim	4.03	.61	1.00
	Não	3.96	.60	

De acordo com a Tabela 9 foram encontradas diferenças significativas entre quem lê e quem não lê revistas científicas na dimensão Demografia e Estatística. Nesta dimensão a média foi significativamente superior para os que não leem este tipo de revista ( $M=3.18$ ,  $dp=.37$  vs  $M=3.06$ ,  $dp=.45$ ),  $t_{(321)} = -2.28$ ,  $p < .05$ .

**Tabela 10: Média (M), Desvio-Padrão (DP) e Teste-T (321 gl) para as dimensões da Parte III do Questionário entre quem tem oportunidade de fazer formação na área de prevenção do suicídio e quem não tem.**

Dimensões	Oportunidade de formação no suicídio	M	DP	Teste-T
Sinais de Alerta	Sim	2.34	.30	.68
	Não	2.25	.36	
Fatores precipitantes	Sim	3.63	.61	2.70**
	Não	3.14	.49	
Prevenção e tratamento do suicídio	Sim	2.69	.32	.05
	Não	2.68	.39	
Demografia e estatística	Sim	3.04	.29	-.38
	Não	3.10	.44	
Fatores de risco	Sim	3.40	.37	.08
	Não	3.39	.36	
Estratégias de formação e intervenção	Sim	4.15	.66	.68
	Não	4.00	.61	

Observa-se na Tabela 10 diferenças significativas entre quem tem e não tem oportunidade de fazer formação em prevenção de suicídio na dimensão Fatores Precipitantes. Nesta dimensão a média foi significativamente superior para os que têm oportunidade de formação (M=3.63, dp=.61 vs M=3.14, dp=.49),  $t_{(321)} = -2.70$ .  $p < .01$ .

**Tabela 11: Média (M, Desvio-Padrão (DP) e Teste-T (321 gl) para as dimensões da Parte III do Questionário entre quem entende necessitar de Orientação e suporte para identificar e prevenir comportamentos de risco suicidário e quem não o entende**

Dimensões	Necessidade de orientação e suporte	M	DP	Teste-T
Sinais de Alerta	Sim	2.26	.35	.21
	Não	2.25	.40	
Fatores precipitantes	Sim	3.17	.51	.85
	Não	3.11	.47	
Prevenção e tratamento do suicídio	Sim	2.69	.39	.63
	Não	2.65	.37	
Demografia e estatística	Sim	3.11	.44	1.09
	Não	3.05	.46	
Fatores de risco	Sim	3.40	.36	.92
	Não	3.35	.37	
Estratégias de formação e intervenção	Sim	4.06	.57	3.27***
	Não	3.79	.70	

Mediante a Tabela 11 foram encontradas diferenças significativas entre quem sente e quem não sente necessidade de orientação e suporte para identificar e prevenir comportamentos de risco suicidário na dimensão Estratégias de formação e intervenção. Nesta dimensão a média foi significativamente superior para os que sentem necessidade de suporte e orientação (M=4.06, dp=.57 vs M=3.79 dp=.70),  $t_{(321)} = -3.27$ .  $p < .001$ .

**Tabela 12: Média (M, Desvio-Padrão (DP) e Teste-T (321 gl) para as dimensões da Parte III do Questionário entre quem Realiza autoformação sobre prevenção em suicídio e quem não o faz**

Dimensões	Autoformação	M	DP	Teste-T
Sinais de Alerta	Sim	2.27	.36	.47
	Não	2.25	.36	
Fatores precipitantes	Sim	3.20	.54	.72
	Não	3.15	.49	
Prevenção e tratamento do suicídio	Sim	2.58	.42	-2.22*
	Não	2.70	.37	
Demografia e estatística	Sim	3.06	.42	-.74
	Não	3.11	.45	
Fatores de risco	Sim	3.42	.32	.73
	Não	3.38	.37	
Estratégias de formação e intervenção	Sim	4.19	.61	2.74**
	Não	3.96	.60	

De acordo com a Tabela 12 foram encontradas diferenças significativas entre quem Realiza autoformação sobre prevenção em suicídio e quem não o faz nas dimensões Prevenção e tratamento do suicídio e Estratégias de formação e intervenção. Na primeira a média foi significativamente superior para os que não realizam autoformação ( $M=2.70$ ,  $dp=.37$  vs  $M=2.58$ ,  $dp=.42$ ),  $t_{(321)} = -2.22$ .  $p<.05$ ; na segunda foi significativamente superior para os que realizam autoformação ( $M=4.19$ ,  $dp=.61$  vs  $M=3.96$ ,  $dp=.60$ ),  $t_{(321)} = -2.74$ .  $p<.01$ .

De seguida foram comparadas as dimensões da Parte III do Questionário pelas variáveis tipo de horário, existência de PES (Projeto de Educação para a Saúde) e conhecimento do PES na escola.

**Tabela 13: Médias, Desvios Padrão ( $M\pm DP$ ) e Teste F para a comparação das dimensões da Parte III do Questionário.**

Dimensões	Tipo de horário			Teste F
	Temporário	Anual	Permanente	
Sinais de Alerta	2.29±.26	2.20±.39	2.28±.34	2.05
Fatores precipitantes	3.47±.31	3.10±.52	3.16±.50	4.45*
Prevenção e tratamento do suicídio	2.72±.43	2.64±.37	2.70±.90	.85
Demografia e estatística	2.95±.36	3.10±.46	3.12±.44	1.12
Fatores de risco	3.43±.20	3.37±.38	3.40±.35	.34
Estratégias de formação e intervenção	4.17±.34	3.93±.71	4.02±0.56	1.50

\* $p<.05$ ; Teste  $F_{(2, 322)}$

A tabela 13 mostra que foram encontradas diferenças significativas na Dimensão Fatores precipitantes, Teste  $F_{(2, 322)} = 4.45$ ,  $p<.05$ . Testes de comparações múltiplas *Bonferroni* mostraram que as diferenças se cingiam à comparação entre tipos de horário Temporário vs Anual ( $p<.01$ ) e Temporário vs Permanente ( $p<.05$ ). Em ambos os casos os valores médios do horário temporário são superiores ( $M=4.47$ ,  $dp=.31$  vs  $M= 3.10$ ,  $dp= .52$  e  $M=3.16$ ,  $dp=.50$ , respetivamente).

**Tabela 14: Média (M, Desvio-Padrão (DP) e Teste-T (321 gl) para as dimensões da Parte III do Questionário entre quem tem e quem não tem PES na escola**

Dimensões	PES	M	DP	Teste-T
Sinais de Alerta	Sim	2.24	.35	-2.54*
	Não	2.47	.46	
Fatores precipitantes	Sim	3.16	.50	.26
	Não	3.13	.50	
Prevenção e tratamento do suicídio	Sim	2.68	.38	-.08
	Não	2.69	.44	
Demografia e estatística	Sim	3.10	.44	-.81
	Não	3.19	.50	
Fatores de risco	Sim	3.39	.36	-.73
	Não	3.45	.28	
Estratégias de formação e intervenção	Sim	4.01	.61	2.65*
	Não	3.74	.39	

De acordo com a Tabela 14 foram encontradas diferenças significativas entre quem tem e não tem PES na escola nas dimensões Sinais de Alerta e Estratégias de formação e intervenção. Na primeira a média foi significativamente superior para os que não têm PES ( $M=2.47$ ,  $dp=.46$  vs  $M=2.24$ ,  $dp=.35$ ),  $t_{(321)} = -2.54$ ,  $p < .05$ ; na segunda foi significativamente superior para os que têm PES ( $M=4.01$ ,  $dp=.61$  vs  $M=3.74$ ,  $dp=.39$ ),  $t_{(321)} = -2.65$ .  $p < .05$ .

**Tabela 15: Média (M, Desvio-Padrão (DP) e Teste-T (321 gl) para as dimensões da Parte III do Questionário entre quem conhece e quem não conhece o PES da escola**

Dimensões	PES	M	DP	Teste-T
Sinais de Alerta	Sim	2.23	.35	-1.74
	Não	2.32	.36	
Fatores precipitantes	Sim	3.14	.50	-1.56
	Não	3.25	.52	
Prevenção e tratamento do suicídio	Sim	2.68	.38	-.35
	Não	2.70	.40	
Demografia e estatística	Sim	3.08	.42	-2.06*
	Não	3.21	.49	
Fatores de risco	Sim	3.38	.35	-1.03
	Não	3.44	.40	
Estratégias de formação e intervenção	Sim	4.00	.62	-.48
	Não	4.05	.59	

Perante a Tabela 15 foram encontradas diferenças significativas entre quem conhece e quem não conhece o PES da escola na dimensão Demografia e Estatística. Aqui, a média

foi significativamente superior para os que não conhecem o PES ( $M=3.21$ ,  $dp=.49$  vs  $M=3.08$ ,  $dp=.42$ ),  $t_{(308)} = -2.06$ ,  $p < .05$ .

## 6. Comentários dos professores

Neste ponto iremos apresentar os dados emergentes das respostas às duas questões abertas para complemento na resposta à questão de investigação.

Na Tabela 16 observa-se as frequências relativas nas categorias apresentadas e subcategorias.

Questão 19: “Comentário sobre a sua experiência com situações de suicídio”					
	Categoria	Subcategoria			Frequência
<b>A</b> (48)	Com experiência (14.86%)	A1	na escola (9,29%)	A11 alunos	7.43%
				A12 quando era aluno	1.55%
				A13 professores	0.31%
		A2	fora da escola (5.58%)	A21 amigos	0.93%
				A22 alunos	1.86%
				A23 familiares	0.93%
				A24 outros	1.55%
<b>B</b> (240)	Sem experiência				74.30%
<b>C</b> (13)	Nada a declarar				4.02%
<b>D</b> (23)	Outro comentário				7.12%

**Tabela 16: Categorias, Subcategorias e respetivas percentagens da Questão 19 “Comentário sobre a sua experiência com situações de suicídio”.**

Relativamente às respostas obtidas na Questão 19 “Comentário sobre a sua experiência com situações de suicídio” obteve-se uma percentagem de 14, 86 professores *com experiência* em situações de suicídio. Na escola 9, 29% das situações vividas pelos professores foram relativas a alunos, no tempo em que eram alunos ou com colegas da profissão. Predomina a experiência *na escola, com alunos (A11)*. Fora da escola a experiência dos professores é um pouco menor, sendo de 5, 58%, incidindo em indivíduos desconhecidos ou familiares. A maior parte dos professores (74,30%) não tem experiência com situações de suicídio.

Quanto às respostas obtidas na Questão 21 “Comentário ou observação adicional sobre o tema ou sobre a investigação” obteve-se uma percentagem de 44,58 na categoria *Pertinência da Investigação*, seguida de *Nada a declarar* com 22,60%. Os professores apresentaram 19,50% na categoria *Formação*, seguida de *Propostas de Intervenção* com 8,98%.

Questão 21: “Comentário ou observação adicional sobre o tema ou sobre a investigação”		
	<i>Categoria</i>	<i>Subcategoria</i>
<b>E</b>	<i>Pertinência da Investigação (44,58%)</i>	<b>E1</b> <i>Importância (31,58%)</i>
		<b>E2</b> <i>Preocupações (6,19%)</i>
		<b>E3</b> <i>Conhecimento dos resultados (3,10%)</i>
		<b>E4</b> <i>Não se aplica (3,10%)</i>
<b>F</b>	<i>Propostas de Intervenção (8,98%)</i>	<b>F1</b> <i>Equipas (3,10%)</i>
		<b>F2</b> <i>Psicólogos/ Técnicos (3,10%)</i>
		<b>F3</b> <i>Linhas sos (0,31%)</i>
		<b>F4</b> <i>Parcerias (1,55%)</i>
		<b>F5</b> <i>Outros (0,31%)</i>
		<b>F6</b> <i>Não é necessário (0,93%)</i>
<b>G</b>	<i>Formação (19,50%)</i>	<b>G1</b> <i>Importância (6,81%)</i>
		<b>G2</b> <i>Com necessidade (9,29%)</i>
		<b>G3</b> <i>Sem necessidade (0,93%)</i>
		<b>G4</b> <i>Todos os professores (2,17%)</i>
		<b>G5</b> <i>Comunidade escolar (0,93%)</i>
<b>H</b>	<i>Nada a declarar (22,60%)</i>	
<b>I</b>	<i>Outro comentário (7,12%)</i>	

**Tabela 17: Categorias, Subcategorias e respetivas percentagens da Questão 21 “Comentário ou observação adicional sobre o tema ou sobre a investigação”.**

Observa-se que os professores consideram a investigação pertinente e muito importante, nas Propostas de Intervenção predomina a preferência por equipas, psicólogos e técnicos e por fim a Formação é muito necessária e importante reforçando a abrangência de todos os professores.

## 7. Discussão dos resultados

Serão aqui discutidos os principais resultados, comparando os nossos dados com os estudos encontrados na revisão de literatura, bem como a análise e discussão de dados que corroboram tais estudos. Além disso apresentamos as Hipóteses (H) elaboradas para o desenvolvimento do estudo a que nos propusemos e sua discussão.



**H1** - *Os professores têm reduzido conhecimento sobre os sinais de alerta, fatores precipitantes do suicídio, demografia e estatística relativa ao suicídio e fatores de risco.*

DOMÍNIO	Necessidade de formação prioritária (nível 1+ nível 2 > nível 4+ nível 5)	Sustentação de necessidade de formação (nível 1+ nível 2+ nível 3)
Sinais de alerta (Q1-Q6)	Q1	Q2, Q5, Q6
Fatores precipitantes do suicídio (Q7-Q10)	Q7	---
Demografia e estatística relativa ao suicídio (Q15-Q21)	Q16, Q17, Q18, Q20	Q19, Q21
Fatores de risco (Q22-36)	---	Q22, Q24, Q25, Q27, Q28, Q31, Q35, Q36

**Quadro 16: Relação dos domínios com as necessidades de formação**

Como se pode verificar no Quadro 16 foram encontradas necessidades de formação prioritária em quatro domínios sendo a *demografia e estatística relativa ao suicídio* a que apresenta maior necessidade de formação prioritária. Nos *fatores de risco* constata-se uma grande sustentação de necessidade de formação.

Os resultados obtidos revelam a necessidade de formação dos professores, pois o conhecimento dos sinais de alerta, fatores precipitantes do suicídio, demografia e estatística relativa ao suicídio e fatores de risco estão associados a tentativas de suicídio (INSPQ, 2004). Como nos diz Teixeira (2001), na formação realizada a professores no Brasil, é necessário identificar os fatores de risco de suicídio adolescente, avaliar-se esse risco necessitando a escola de estar consciente e apta a desenvolver ações preventivas.

Os professores, na sua maioria, 79% (cf. Tabela 2) estão conscientes da sua necessidade de orientação e suporte para identificar e prevenir comportamentos de risco suicidário.

**H2** - *A maioria dos professores tem uma baixa experiência a nível de comportamentos suicidários.*

Durante a sua atividade profissional apenas 13% dos professores já teve alunos que fizeram tentativa de suicídio, 3 do pré-escolar, 1 do 1ºCEB, 11 do 2ºCEB e 27 do 3º CEB +

Secundário (cf. Tabela 6). Na análise destes valores verifica-se 3 casos no pré-escolar, após cruzamento com as respostas da Questão 19: “*Comentário sobre a sua experiência com situações de suicídio*”, verificámos que deve ter existido algum lapso da sua parte na resposta, pois os mesmos afirmaram “Não possuo qualquer tipo de experiência nestas situações”, “Conheço casos pontuais mas de adultos, em relação ao suicídio juvenil, tenho conhecimento através dos meios de comunicação” e “Não tive nenhuma experiência desse tipo”. Por isso os 13% poderão baixar para 10%. Isso vai-se aproximar dos resultados obtidos na Tabela 16: Categorias, Subcategorias e respetivas percentagens da Questão 19 “Comentário sobre a sua experiência com situações de suicídio”. Na categoria (A)**com experiência** (15%) adicionando os valores da sua experiência com alunos (A11 + A22) nas subcategorias (A1)**na escola** (9%) e (A2)**fora da escola** (6%) perfaz um total de 9%.

Ainda na Tabela 6 parece que existem evidências no sentido de que professores em níveis mais elevados de ensino 3º CEB + Secundário tendam a ter mais alunos com tentativa de suicídio. Podemos estar perante um caso de variável confundidora, pois existirão mais alunos com atitudes de risco em níveis mais elevados pois estão na fase da adolescência.

Na análise das respostas dos professores à questão aberta 19 apercebemo-nos que apenas com 15% de experiência dos professores com situações de suicídio, ao subir de nível de ensino (do pré-escolar até ao secundário) passamos de ausência, ideação, parassuicídio, tentativa e mesmo suicídio, como podemos ler nas seguintes narrativas.

“Não tenho experiência com alunos que tenham tentado ou concretizado o suicídio, mas se acontecer, não conheço o sítio ideal para me informar/ formar sobre esta temática...é importante os professores terem acesso a locais específicos que tratem este assunto, para que possamos salvar vidas.” Pré-escolar

“A minha experiência foi com um aluno de 9 anos que quando contrariado dizia que se ia atirar da janela. Se o professor desse importância ao facto a situação voltava a ocorrer. Comigo, professora titular de turma, disse apenas uma vez e como não conseguiu o pretendido não voltou a referir o comentário. Assim, não creio que seja uma situação propriamente de suicídio, mas apenas uma tentativa de chantagem emocional.” 1º CEB

“Aluna de 10 anos, da direção de turma, com depressão crónica que tentou o suicídio deixando de comer e posteriormente tentado cortar os pulsos com um x-ato na casa de banho da escola. Os pais não se aperceberam do que se passava com a filha e tive de alertá-los para a situação e

para os sintomas que a aluna demonstrava. Acabou por passar a ser acompanhada por um psicólogo.” 2º CEB

“Já tive alguns alunos que me aproximei um pouco mais pois apresentavam sinais de tendências suicidas. Houve uma aluna em específico que infelizmente ultrapassou o limiar dos sinais. Procurei auxílio da psicóloga escolar, falei com outros professores do Conselho de turma, estes últimos acharam sempre que seriam falsas as ameaças proferidas pela aluna. Ela mais tarde, com o apoio da família foi encaminhada para um pedopsiquiatra e ainda hoje está a ser seguida por estes técnicos especializados (...) Como referi, ainda hoje mantemos contato e a situação está melhor. A aluna em questão aprendeu a lidar com situações de stress, criar objetivos, etc. mas mesmo assim há alturas que tem recaídas...” 3º CEB

“Tive um aluno no 10º e no 11º ano e que se suicidou no 12º ano. No 10º ano, ele em conjunto com dois outros alunos quiseram tratar o tema "suicídio na adolescência" e fiquei sempre com a impressão que talvez já existisse essa tendência e que, por ignorância minha não compreendi a mensagem que o aluno estava a transmitir.”“Conheço uma ex-aluna que tentou o suicídio. Vivi uma experiência de tentativa de suicídio de um dos meus progenitores. Tenho um aluno na DT cujo pai se suicidou.” Secundário

Esta hipótese requereria outras afirmações no questionário de modo a conhecer a experiência dos professores noutros comportamentos suicidários que não a tentativa de suicídio, permitindo também descobrir as perceções dos mesmos em relação à ideação suicida e parassuicídio. A H7 contribuirá um pouco nesse sentido. Na Questão 19, 74% dos professores revelaram não ter experiência com situações de suicídio.

Perante estudos realizados (NES) a percentagem de experiência dos professores é semelhante à das tentativas de suicídio entre jovens.

**H3** - *Existe necessidade de formação dos professores sobre a temática suicídio e sua prevenção.*

Na H1 analisámos de forma específica os reduzidos conhecimentos dos professores nos sinais de alerta, fatores precipitantes do suicídio, demografia e estatística relativa ao suicídio e fatores de risco percebendo a necessidade de formação dos professores, agora na H3 generalizamos essa necessidade de formação.

Relativamente a esta hipótese, e da análise das afirmações propostas aos professores (cf. Tabela2), ela confirma-se pois 94% afirma que na formação inicial não foi sensibilizado

para formas de intervir e prevenir o suicídio em meio escolar e 98% diz não lhe ser proporcionada formação na área de prevenção do suicídio.

Da análise dos comentários dos professores emergiram várias categorias. Para esta hipótese salienta-se a categoria **formação** com 20%, *“Era muito positivo se houvesse algum tipo de formação neste sentido, havendo consciencialização para estes “problemas escondidos” nas nossas escolas que tendem a aumentar”*. Nas suas subcategorias revelaram **importância** na existência de formação 7%, *“É importante que os professores tenham formação no sentido de melhor poder ajudar as crianças/adolescentes suicidas”*; **com necessidade** 9%, *“Gostaria de frequentar formação nesta área”*; **sem necessidade** 1%, *“No meio em que a minha escola se insere, felizmente, não se tem verificado casos de suicídio adolescente. Talvez, por isso, não tenha sentido necessidade de formação nesta área”*, para **todos os professores** 2%, *“Penso que este tema é relevante e devia fazer parte do currículo da formação inicial de professores”*, *“O suicídio é um tema muito importante, devendo constar dos planos de formação dos professores”* e para a **comunidade escolar** 1%, *“Deveria ser disponibilizada formação, nesta área, para pessoal docente e não docente”*.

Perante a escassez de estudos nesta vertente de análise de necessidade de formação dos professores não é possível fazer comparações. No entanto, ao abordar-se nas escolas a prevenção do suicídio através de projetos, cito o projeto piloto WHY em Lisboa (com início em 2009 e término em 2013) e o projeto +Contigo no centro do país (a iniciar em 2012) a atividade supervisiva tem de sair do foco sala de aula e expandi-lo à escola reflexiva que aprende (Alarcão & Tavares, 2003), permitir também que o supervisor crie e fomente condições de trabalho colaborativo e reflexivo, promovendo a investigação, desafios, possibilitando a inovação e transformação, apoio e ajuda para que as necessidades de formação dos professores sejam supridas num ambiente de interação, informação, encorajamento, questionamento, avaliação e sugestões (Alarcão, 2009).

#### **H4 - Os professores sabem identificar estratégias de intervenção em meio escolar.**

Esta hipótese poderá ser confirmada parcialmente pois mais de 60% dos professores identificam estratégias a operar em meio escolar (cf. Gráfico10):

- *Devem ser criadas parcerias com a Comunidade para prevenção do suicídio: 90%;*
- *As escolas devem garantir uma política de prevenção do suicídio: 87%;*
- *Deverá ser proporcionada formação sobre o suicídio a todos os professores: 85%*
- *Precisa ser construído um site de apoio às escolas na prevenção do suicídio: 83%*
- *É necessário criar Linhas SOS nas escola: 77%*
- *Devem existir Equipas de Prevenção de Suicídio nas escolas: 64%*

Para esta hipótese emergiu a categoria propostas de intervenção com 9%, “Na minha opinião existe um grande défice de profissionais de saúde, especialmente psicólogos, para apoiar os alunos e até o pessoal docente e não docente./Deveria haver uma parceria com os centros de saúde/hospitais/profissionais de saúde para divulgar e abordar o tema dos suicídios, *bullying*, depressões em adolescentes, conflitos pai/filho, homossexualidade, racismo, etc./Deveria haver formação, debates, fóruns aberta a todos os profissionais na área da educação (pessoal docente e não docente) e encarregados de educação pois, na minha opinião, trata-se do nosso futuro dos nossos filhos e a futura geração (...)”. Nas suas subcategorias identificam necessidade de formação de Equipas 3%, “Deve haver nas escolas equipas com formação nesta área”; existência de Psicólogos/Técnicos 3%, “As escolas deverão ter mecanismos de prevenção e monitorização de potenciais comportamentos suicidas, assim como técnicos especializados na área”; “Acredito que a escola deve ser o veículo privilegiado para promover e permitir aceder a informação que permita evitar todas as situações extraordinárias que podem acontecer a um jovem, não só o suicídio. Por isso não acho que deva haver um gabinete específico sobre o assunto. Inserido no programa PES deve sim ser um dos temas a abordar e do qual beneficie a escola em encontrar formação para os docentes responsáveis. A existência de psicólogos nas escolas seria importante e isso é algo que não há. (...)”; Linhas SOS com 0.3%, “Concordo que seria uma mais-valia tanto para as escolas como para os pais/educadores a existência de algum tipo de apoio, na escola, mesmo que fosse apenas uma linha SOS”; Parcerias 2%, “Penso que as parcerias com a Comunidade será o ideal para a resolução desta situação”; Não é necessário (1%) “Não é necessário tanto apoio na Prevenção” e

Outros (0,3%) “Seria mais importante um enfermeiro a tempo inteiro na escola que fizesse um rápido encaminhamento nos casos de doença crónica, depressão, abuso de álcool/drogas, tentativas de suicídio, pois os alunos que pensam em suicídio precisam de especialistas na área e não de conversas avulsas com os professores que nem sempre têm sensibilidade e competência para situações tão graves, com risco de vida”.

Verifica-se que 77% dos professores concorda com o ser necessário construir Linhas SOS na escola, mas apenas um professor o referiu nos comentários.

Mediante o levantamento a nível nacional de existência de Linhas SOS em meio escolar verificou-se ser nulo no ensino básico e secundário, apenas duas Linhas SOS em universidades na zona centro (Aveiro e Coimbra) ou em realidades internacionais. É interessante constatar que um elevado número de professores valoriza as Linhas SOS. O NES refere ser fundamental o papel da Escola na Prevenção, passando muito pela atenção, disponibilidade em ouvir e dialogar com os alunos.

Numa comunidade aprendente existirá um clima de equilíbrio na triangulação das dimensões pessoal, profissional e humana, com relações, conhecimentos e afetos. Segundo Alarcão (2003), as mudanças não são fáceis, mas a escola é um local por excelência de cidadania. Ao supervisor compete fomentar ou apoiar a reflexão formativa, o desenvolvimento e aprendizagens de todos, possibilitando aos professores as condições necessárias para maximizarem as suas capacidades no uso das estratégias de intervenção escolar por si reconhecidas.

**H5** - *Os professores desconhecem o parassuicídio em Portugal, nas crianças e adolescentes.*

Q20_ O parassuicídio (ato ou comportamento não fatal no indivíduo, sem intenção de morrer) é uma das principais causas de morte em Portugal	Nível 1 e 2 26%	Nível 3 66%	Nível 4 e 5 8%
---	--------------------	----------------	-------------------

**Quadro 17: Percentagens da soma dos níveis 1 e 2, 4 e 5 e nível 3, na questão Q20.**

No Quadro 17 podemos observar que o nível 3 tem 66% das respostas dos professores, acrescido dos níveis 1 e 2 obtemos 92% o que revela prioridade de necessidade de

formação, isto é, a maior parte dos professores desconhece o parassuicídio em Portugal. Esta questão foi acrescida do significado de parassuicídio para descartar a possibilidade de os professores responderem sem conhecimento da definição da palavra.

Tais resultados são preocupantes uma vez que na Consulta de Prevenção do Suicídio nos Hospitais da Universidade de Coimbra 50% são jovens parassuicidas.

**H6** - *A maioria dos professores reconhece a importância e pertinência do estudo/investigação.*

Esta hipótese é estudada na **Questão 21: “Comentário ou observação adicional sobre o tema ou sobre a investigação”**. Este tema surgiu de forma subtil nas respostas dos professores, *“Os meus Parabéns pelo tema escolhido para o seu estudo./Não sendo um tema agradável ou desejado, é uma realidade cada vez mais existente na nossa sociedade.../tudo aquilo que possa ser feito para diminuir este flagelo tão atual, ajudando a descobrir sinais, bem como formas da sua prevenção, deve ser apoiado e incentivado./Desejo um bom trabalho e sucesso na sua investigação!!...”*, com 45% a considerarem a **pertinência do estudo** positiva. Nas subcategorias 32% considera **importante** a pertinência do estudo/investigação, *“Assunto muito importante e pouco falado nas escolas”*. Revelaram também **preocupações**, 6%, ao escrever *“Não tenho experiência com crianças que tenham tentado suicídio, mas sim colegas, e esse lado também deveria ser contemplado num estudo que relaciona a escola e o suicídio”*, sentindo que a prevenção deveria ser alargada aos professores e aos seus filhos, *“Atendendo a que nunca, na minha vida profissional, fui confrontada com uma situação de tentativa ou de suicídio, não estou muito desperta para essa problemática no entanto, atendendo a que tenho filhos, fico muito preocupada sempre que ouço falar desse assunto”*. É de salientar o desejo que 4 professores revelaram pelo **conhecimento dos resultados** *“Parece-me uma investigação importante cujas conclusões deveriam chegar às escolas”*; por fim também quatro professores revelaram que este estudo/investigação **não se aplica** às suas realidades, *“Não menosprezando a questão em estudo, creio que os esforços de intervenção no meio escolar terão outras prioridades atuais: acompanhamento multidisciplinar de famílias disfuncionais e jovens em risco; implementação aprofundada da educação sexual (que permitiria um conhecimento*

*aprofundado da comunidade escolar e estabeleceria gabinetes abertos às ansiedades dos alunos).*

A formação de professores realizada por Teixeira (2001), no Brasil, na avaliação final, verbal e escrita, veio ao encontro do sentimento dos professores portugueses que consideraram pertinente e importante este estudo para que no futuro ocorram formações nesta área de prevenção do suicídio.

Parece, ainda, pertinente retomar a ideia de a escola ser o berço para a prevenção do suicídio (Saraiva 2010). Como 98% dos professores afirma não lhes ter sido proporcionada formação na área da prevenção de suicídio, torna-se preocupante. Denota-se que a maioria desconhece os sinais de aviso, por ausência de formação. No presente estudo, a necessidade de formação é maior nos fatores de risco, informação sobre a demografia e estatística e menor nos fatores precipitantes. Isto é de especial preocupação, pois os alunos (potenciais suicidas) podem passar despercebidos a maior parte das vezes, e não receberem o apoio e assistência necessária. Outros fatores que poderão influenciar a dificuldade dos professores identificarem um aluno com ideação suicida ou parassuicídio pode ser pelo tema ser um obstáculo, *“É um assunto tabu, perante o qual se esclama "Que horror!" e se abandona ou muda rapidamente de assunto”*, sua falta de confiança, traumas de situações vivenciadas *“Não tive nenhuma experiência como docente, mas sim como aluna e amiga. Tive colegas e conhecidos que se suicidaram. E claro está foi uma experiência complicada e chocante”*, pelo cumprimento de objetivos de índole cognitiva *“(…) muitas vezes os docentes/diretores de turma, estão mais preocupados com o cumprimento dos programas, conteúdos programáticos, atividades letivas e resultados, do que na análise, acompanhamento e orientação dos menores em risco”*, ou medo de exagerar *“Tive um aluno no 10º e no 11º ano e que se suicidou no 12º ano. No 10º ano, ele em conjunto com dois outros alunos quiseram tratar o tema "suicídio na adolescência" e fiquei sempre com a impressão que talvez já existisse essa tendência e que, por ignorância minha não compreendi a mensagem que o aluno estava a transmitir”*, ou tabu *“É a primeira vez que oíço falar sobre este tema relacionado com a escola. De facto, esta temática nunca foi trabalhada e/ou abordada na nossa escola, provavelmente, por haver um ou outro caso esporádico”*.



Este aparente *deficit* no conhecimento nestas áreas específicas tem implicações importantes num futuro desenvolvimento de programas de formação de professores. Emerge nos discursos dos professores essa necessidade, “*Segundo o meu ponto de vista, é necessário formação específica e contínua nesta problemática, devido também, ao atual aumento das condições de risco*”. Garantimos assim a necessidade de futuras investigações na supervisão de projetos ou programas que abordem a temática da prevenção do suicídio em meio escolar.

Compete ao supervisor de comunidades aprendentes dinamizar, acompanhar, fomentar a reflexão, auto e hétero-supervisão, compreender as necessidades, colaborar na conceção de projetos necessários às escolas, avaliar, monitorizar. As competências cívicas, técnicas e humanas inerentes ao supervisor fazem com que a sua tarefa não seja fácil e assuma grande responsabilidade (Alarcão & Tavares, 2003). Para a pertinência e importância do estudo é necessário este tipo de supervisores em projetos desta índole.

Neste seguimento, aproximamo-nos também da perspectiva de supervisão de tipo *não standard* de Sá-Chaves (2009) necessária a uma relação aberta entre supervisor e supervisionando para um questionamento bidirecional respondendo a cada situação específica de possibilidades e hipóteses de trabalho. Segundo esta autora, este tipo de supervisão é pautado pelo realce dos valores humanos que a sustentam.

Perante as possíveis Estratégias de Intervenção apresentadas no questionário (parcerias com a comunidade, políticas de prevenção, formação aos professores, site de apoio, Linhas SOS e equipas de prevenção), e selecionadas por elevado número de professores como necessárias no meio escolar, é exigida a dimensão mais recente de supervisão expandida ao contexto escolar, alunos, agentes educativos, auxiliares de educação, pais, entidades de parceria, entre outros. Neste pano de fundo a supervisão ganha uma dimensão muito importante para o sucesso que se poderá alcançar no futuro ao suprir as necessidades de formação dos professores, na prevenção do suicídio, em escolas promotoras de saúde.

Os professores na sua maioria estão conscientes dessa necessidade “*Na minha opinião existe um grande défice de profissionais de saúde, especialmente psicólogos, para apoiar os alunos e até o pessoal docente e não docente./Deveria haver uma parceria com os centros de saúde/hospitais/profissionais de saúde (...) formação, debates, fóruns aberta a*

*todos os profissionais na área da educação (pessoal docente e não docente) e encarregados de educação pois, na minha opinião, trata-se do nosso futuro dos nossos filhos e a futura geração (...).*

Relativamente ao número de professores com alunos que fizeram tentativas de suicídio, 13%, considera-se relevante questionarmo-nos se os casos relatados seriam os mesmos, podendo falsear os resultados. Sendo importante a *Questão 19: “Comentário sobre a sua experiência com situações de suicídio”* pois permitiu cruzar informações e verificar-se que os relatos não se referiam à mesma pessoa. Esta situação pode em futuras investigações ser eliminada com a possibilidade que o programa *Qualtrics* tem em agrupar os questionários por agrupamento de escolas.

## CONCLUSÃO

A complexidade da sociedade em que vivemos, decorrente dos tempos de insegurança, de mudanças constantes e da diversidade cultural, influencia a escola. Esta deixou de se preocupar apenas com a sala de aula, para tratar também de conflitos que decorrem desse tempo de insegurança, uma vez que lhe é exigido pela sociedade que encare o aluno como um ser social, determinado pelas circunstâncias em que vive e das quais não é possível dissociá-lo. É neste contexto que identificamos algumas necessidades de formação dos professores, nomeadamente na prevenção do suicídio.

A Supervisão é parte integrante das escolas que desejamos aprendentes, implicando que o supervisor se encontre permanentemente num processo de reflexão e dinâmica de desenvolvimento e aprendizagem.

Ao longo deste trabalho, procurou-se tentar perceber e dar a conhecer a importância que a Supervisão da formação de professores pode ter na prevenção do suicídio, em escolas Promotoras da Saúde.

Os problemas e desafios da educação, no âmbito da formação de professores, ainda são muitos. Sobre esta temática, muito há a fazer no campo educacional, e a resolução de alguns destes problemas poderá demorar ainda algum tempo.

As reflexões que se seguem resumem as principais conclusões desta investigação, as suas implicações práticas, limites e possíveis linhas de investigações futuras.

### *Principais Conclusões*

Revisitando o perfil da nossa amostra: (77%) mulheres com média de idades de 44 anos, casadas e com filhos (64%), com licenciatura (69%), a pertencerem aos quadros de escola (76%), com uma média de 8 anos de permanência na escola, a lecionarem no 3º CEB e

Secundário (50%), com tempo de serviço em média de 20 anos, a lecionaram em escolas com PES (95%), com conhecimento do PES da sua escola/agrupamento (83%) e com 36% que realizou formação na área da educação para a saúde permite-nos tirar algumas conclusões relevantes:

- que são maioritariamente mulheres, casadas e com filhos, apresentando uma perspetiva maternal de preocupação perante temas de carácter emotivo “...*atendendo a que tenho filhos, fico muito preocupada sempre que ouço falar desse assunto*”;
- que no estudo são mais as mulheres que realizam formação para a saúde e também são elas que leem mais revistas em Educação para a Saúde (cf. Tabelas 2 e 3);
- que o contacto dos professores com os mesmos alunos durante a permanência destes num ou mais ciclos de ensino será possível (pois pertencem ao quadro de escola e em média permanecem na escola 8 anos), permitindo assim com futura formação na prevenção do suicídio acompanhar os alunos no seu percurso;
- que sendo o número de professores proporcional ao da amostra com 50% de respostas de professores do 3º CEB + Secundário estes espelham a realidade das necessidades de formação dos professores no âmbito da prevenção do suicídio, pois lecionam nas faixas etárias onde predomina mais a ideação suicida e o parassuicídio;
- que perante a média de 20 anos de tempo de serviço, na zona centro os professores estão no momento favorável para se promover a sua formação, pois é uma fase em que os professores apresentam diversificação, ativismo, questionamento face ao seu desenvolvimento profissional;
- que a maioria das escolas que participaram no estudo tem PES (95%) e os professores têm conhecimento do mesmo (83%), sendo a área de Educação para a Saúde privilegiada para abordar esta temática. A formação de professores tem de ter a vertente científica, tecnológica, humanística, como prevê o Decreto-Lei 344/89. No entanto, verificamos que a sua formação na área da saúde é apenas de 36% (n=115). Não era objetivo deste estudo identificar os motivos que levam tão poucos professores a realizar formação na área da saúde. Será no entanto algo a ter em consideração em possíveis estudos ou no desenvolvimento das ações de formação. No projeto piloto WHY (Youth Mental Health), a decorrer na zona de Lisboa, os professores revelaram alguma resistência no modo como foi administrado o curso. Poderá ter a ver com imposição de uma investigação (?), de ser ou não em modo de voluntariado (?), falta de supervisão adequada (?). Emergem aqui questões pertinentes e passíveis de futuras análises, numa vertente supervisiva, perante esta diminuta percentagem (3%) na formação para a saúde em prevenção do suicídio.

Salienta-se, ainda, que 79% dos professores necessita de orientação e suporte para identificar e prevenir comportamentos de risco suicidário, 92% desconhece o parassuicídio em Portugal, 13% já teve alunos que fizeram tentativa de suicídio durante a sua experiência profissional, 88% dos educadores/professores da escola consideram que ao identificar as crianças/adolescentes em risco de suicídio podem reduzir número de tentativas de suicídio e 87% pensam que as escolas devem garantir uma política de prevenção do suicídio.

A fim de suprir as necessidades de formação dos professores na prevenção do suicídio, os resultados deste estudo indicam que a maioria dos professores reconhece o seu valor, desejando formação nesta área específica e expressando que a escola é um local onde a prevenção do suicídio deve existir e poderá ter um papel fundamental na educação para a saúde mental e física das crianças e jovens.

### ***Implicações Práticas***

Se bem que com carácter exploratório, esta investigação parece ter evidenciado a abrangência da necessidade de formação na área da Educação para a Saúde, em particular no que diz respeito à prevenção do suicídio. A generalização dos resultados a outras populações é adequada, por isso emergiram algumas sugestões e implicações para a formação inicial e contínua de professores, a saber:

- repensar a formação inicial dos professores, inserindo um módulo focado na prevenção do suicídio, que inclua informação e formação sobre a avaliação de risco de suicídio, comportamentos suicidários e informações sobre encaminhamento adequado dos alunos com esses comportamentos;
- educar os professores em início de carreira, mais inexperientes, e mais abertos ao seu desenvolvimento profissional, quer através de *role-playing*, quer através da observação de estudantes com comportamentos suicidas;
- promover formação contínua dos professores, facultando-lhes treino específico na elaboração de projetos em prevenção do suicídio;
- proporcionar formação nas comunidades escolares a cada dois anos, permitindo garantir que os profissionais da educação estejam cientes das características

comportamentais de intenção suicida, assim como dos passos a dar com um potencial suicida;

- motivar supervisores para um investimento em meio escolar da execução de projetos na educação para a saúde em prevenção do suicídio;
- refletir na necessidade de ouvir o outro, neste caso professores, por forma a compreender as suas necessidades, vivências e abertura a futuras formações;
- pensar nas implicações ao nível da formação, nomeadamente uma maior sensibilização de pais/educadores, profissionais de saúde e educação, autarquias, de forma a lidarem melhor com esta situação;
- garantir que as escolas possuam uma política de prevenção de suicídio e os professores tenham conhecimento da mesma para que qualquer intervenção seja bem sucedida;
- criar linhas telefónicas de apoio, em meio escolar, com formação prévia a equipas multidisciplinares.

### ***Limitações do Estudo***

Relativamente aos seus principais conceitos (supervisão, prevenção do suicídio na escola) deparámo-nos com a falta de referentes teóricos que os correlacionassem. A escassez de estudos em Portugal e literatura sobre o tema foi outra limitação precedida de contatos com personalidades e peritos na área que também desconheciam estudos realizados na vertente desta investigação. Perante tal, a construção do nosso instrumento de recolha de dados (o questionário) apresentou dificuldades em conceber, estruturar e selecionar as afirmações que mais e melhor poderiam responder à questão de investigação. Esperamos, contudo, que o questionário desenvolvido possa servir de base a estudos semelhantes a realizar no domínio em causa.

Recolher as informações necessárias sobre o número de professores por nível de ensino em cada agrupamento, junto da DREC, foi outra dificuldade, apenas superada pela informação do GEPE de 2010/2011. Junto dos diretores dos agrupamentos, o voluntariado para divulgação da investigação foi o necessário, pois a amostra de professores (n=323) permite

a generalização dos resultados. Contudo, muitos diretores não responderam aos *emails* enviados, ou não deram seguimento ao processo.

O desafio da utilização do SPSS foi uma mais-valia e permitiu-nos uma nova aprendizagem a qual se mostrou de elevada exigência.

### ***Proposta de um Programa de Formação***

Perante o facto, da maioria, dos professores reconhecer a necessidade de formação em prevenção do suicídio apresentamos, ainda, uma proposta de um Programa de Formação de Professores inserido num possível Projeto, nesta área específica. Este projeto abrange duas etapas (cf. Anexo 8). Na 1ª etapa deverá haver um contato prévio com a direção do agrupamento escolar, de modo a fazer-se a escolha mais adequada de um projeto de prevenção de suicídio. A 2ª etapa incidirá na implementação do projeto e avaliação do mesmo. No Projeto apresentado, incluímos apenas a Formação de Professores, pois foi este o âmbito do nosso estudo. No entanto, o Projeto deverá englobar também formação de pais, alunos e direções escolares. (cf. Anexo 8).

O Programa de Formação de Professores apresentado (cf. Anexo 9) é constituída por três momentos. O primeiro momento incluirá três sessões de trabalho onde se fará (1) o levantamento de opiniões e aplicação de uma *checklist*, (2) a descoberta de como promover os fatores de proteção, o conhecimento dos papéis de professores, pais e alunos na prevenção do suicídio e (3) uma sessão prática, com visualização de filmes, *role play* e construção de estratégias de prevenção do suicídio a implementar em meio escolar. O segundo momento ocorre durante um período escolar e no contexto de vivência escolar dos professores. Estes terão de elaborar um portefólio ou diário de bordo onde incluam observações, estudos, reflexões e avaliações. Por fim o terceiro e último momento, processado em três sessões deverá incluir: (1) discussão e reflexão com elementos da comunidade, (2) apresentação dos trabalhos de grupo, e (3) continuação da apresentação dos trabalhos de grupo, entrega dos portefólios, reflexão e avaliação da ação de formação.

### ***Sugestões de investigação***

Os resultados e conclusões deste estudo deixam certamente muitas questões em aberto que poderão construir pontos de partida para futuros estudos, principalmente tendo em consideração a discussão pública e a pertinência atual em torno do tema, para tantos ainda tabu.

Sendo este trabalho desenvolvido no âmbito da supervisão e formação de professores, consideramos pertinente destacar que o tema apresenta um enorme potencial na investigação em Portugal, deixando aqui novos desafios para a intervenção e investigação quer ao nível dos professores, como dos pais e adolescentes.

Considerando também a importância do professor enquanto pessoa, poder-se-ia investigar, através de um *estudo de caso*, a formação dada a dois tipos de grupos – professores voluntários e professores não voluntários.

Poder-se-ia abrir ofertas de formação em agrupamentos de escolas, voluntários e da zona centro (onde decorreu o estudo), que tivessem nos seus agentes educativos professores com formação em supervisão, pertencentes ao quadro de escola. Segundo o estudo, 4% dos professores têm formação em supervisão e/ou administração e, destes, 97% pertencem ao quadro de escola. Com esta mais valia poder-se-ia investigar diferentes modelos de supervisão e analisar se o modelo proposto nesta investigação, supervisão *não standard*, seria o mais adequado para implementação de prevenção do suicídio em meio escolar.

Ainda como sugestão, investigar noutras zonas do país, incluindo os arquipélagos, procurando saber se os conhecimentos, necessidades de formação, estratégias e intervenção dos professores seriam idênticos aos desta investigação.

Acresce, ainda, a necessidade da realização de um estudo longitudinal, a realizar com aqueles professores que têm nas suas escolas casos de tentativas de suicídio, para averiguar



da qualidade e tipo de intervenção bem-sucedida. Investigar os modelos de formação inicial e contínua de professores que privilegiem nos seus conteúdos estas áreas.

À laia de conclusão, considerando as múltiplas repercussões individuais, familiares, sociais e económicas que envolvem os comportamentos suicidários, e que todos os alunos passam pela instituição escolar, entendemos que todos os professores deveriam possuir formação em prevenção do suicídio em contexto escolar. Com o desenvolvimento de programas educacionais para melhorar o conhecimento dos professores em comportamentos suicidários poderia diminuir uma das principais causas de morte em Portugal.



## BIBLIOGRAFIA

ABC NEWS (2011). Disponível em: <http://www.abc.net.au/news/2011-03-10/calls-for-schools-to-address-suicide-prevention/2663068>. Acedido a 15 de novembro de 2011.

Alarcão, I., & Roldão, M. (2008). *Supervisão. Um contexto de desenvolvimento profissional dos professores*. Mangualde: Edições Pedagogo.

Alarcão, I. (2009). Formação e Supervisão de Professores: uma nova abrangência. Conferências, *SÍSIFO Revista de Ciências de Educação*, 8, 119-128.

Alarcão, I., & Tavares, J. (1987). *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. Coimbra: Almedina.

Alarcão, I., & Tavares, J. (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica: uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem* (2ª ed.). Coimbra: Almedina.

Assembleia Geral nas Nações Unidas (1989). Convenção sobre os direitos da criança.

Disponível em:

[http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf). Acedido a 12 de novembro de 2011.

Barbier, J., & Lesne, M. (1976). Une recherche sur les pratiques d'analyse des besoins. Les modes de détermination des besoins en formation. *La Demande de Formation*, 46, 51-64.

Bardin, L. (2000). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.

*Befrienders Worldwide* (2012). Disponível em: <http://www.befrienders.org/>. Acedido a 20 de fevereiro de 2011.

Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação – Guiada para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carta de Ottawa para a promoção de saúde. (1986). *1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde*. Canadá. Disponível: [http://sitio.dgide.min-edu.pt/saude/Documents/4\\_Ottawa\\_nesase.pdf](http://sitio.dgide.min-edu.pt/saude/Documents/4_Ottawa_nesase.pdf). Acedido a 3 de novembro de 2011.

Clark, C., & Peterson P. (1986). Teacher's thought processes. In M. C. Wittrock (ed.) *Handbook of research on teaching*. London: MacMillan Publishing Company, 1986, p. 255-296.

Comissão das Comunidades Europeias (2005). *Melhorar a saúde mental da população - Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas: COM.

Publicado em:

[http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pt/com/2005/com2005\\_0484pt01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pt/com/2005/com2005_0484pt01.pdf). Acedido a 18 de novembro de 2011.

Creswell, J. (1994). *Research Design Qualitative, Quantitative Approaches*. London: Sage Production Editor, Astrid Virding.

D'Oliveira, T. (2002). *Teses e Dissertações. Recomendações para a Elaboração e Estruturação de Trabalhos Científicos*. Lisboa: Editora RH.

Department of Health and Human Services (1999). Disponível em:

<http://www.sprc.org/sites/sprc.org/files/library/nssp.pdf>. Acedido a 13 de outubro de 2012.

Doise, W., Clémence, A., & Lorenzi-Cioldi, F. (1992). *Répresentations sociales et analyses de données*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.

Facanha, J., Erse, M., Simões, R., Amélia, L., & Santos, J. (2010). Prevenção do suicídio em adolescentes: programa de intervenção Believe, 6,p.1-16.Disponível em:

[http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1806-69762010000100002&script=sci\\_arttext](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1806-69762010000100002&script=sci_arttext). Acedido a 12 de dezembro de 2011.

Felix, S. (2002). *Geografia do crime: interdisciplinaridade e relevancias*. Texas: Unesp-Marília.

Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação (GEPE), 2012. Disponível em: <http://www.gepe.min-edu.pt/>. Acedido a 12 março de 2012.

- Garcia, M. (1999). *Formação de professores para uma mudança educativa*. Porto: Porto Editora.
- Gusmão, R., Quintão, S., Costa, S., Proença, A., & Kutcher, S. (2011). *Definição de papéis relativos à intervenção na Saúde Mental na Escola – Comunicação entre a Escola e o Centro de Saúde*. (Documento em PowerPoint, cedido pela a autora). Lisboa: Departamento de Saúde Mental, Faculdade de Ciências Médicas – UNL).
- Hill, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário* (2ª Ed). Lisboa: Sílabo.
- Huberman, M.(1992). *O ciclo de vida profissional dos professores*. In: Nóvoa, A. Vidas de professores. Porto, Portugal: Porto.
- Kauffman, R. (1977). A possible taxonomy of needs assessment. *Educational Technology*, 17 (11), pp. 60-64.
- Kazmier, L. (1982). *Basic statistics for business and economics*. New York: McGraw-Hill.
- Krippendorff, K. (1980). *Content Analysis: An Introduction to its Methodology*. Beverly Hills: Sage.
- Marshall, C., & Rossman, G. (1999). *Designing Qualitative Research* (3ª ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Martinez, A., & Carreras, J., & Halo, A. (2000). *Educación para la salud: la apuesta en la calidad de vida*. Madrid : ARÁN.
- Miller, D., & Berman, A. (2010). *Child and Adolescent Suicidal Behavior: School-Based Prevention, Assessment, and Intervention - The Guilford Practical Intervention in Schools Series*. New York: Editora Guilford Press.
- Ministério da Educação (2011). *Número de escolas públicas*. Cidade: editor. Disponível em: <http://www.gepe.min-edu.pt/>. Acedido a 21 de janeiro de 2012.
- Ministério da Saúde (2004a). *Plano nacional de saúde 2004/2010: prioridades*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Ministério da Saúde (2004b). Plano nacional de saúde: orientações estratégicas 2004-2010. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Ministério da Saúde (2006). Programa nacional de saúde escolar. *Diário da República*. N.º 110, 2ª série, 7 de Junho. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>. Acedido a 10 de outubro de 2011.

Ministério da Saúde (2011). *Evolução dos valores dos indicadores em Portugal Continental 2001-2009*, PNS. Disponível em: [http://impns.dgs.pt/files/2007/11/EvolucaoContinente\\_20Jul2011.pdf](http://impns.dgs.pt/files/2007/11/EvolucaoContinente_20Jul2011.pdf). Acedido a 14 de outubro de 2012.

Ministerio de Ciencia e Innovación. "Ministerio de Sanidad y Política Social:Guías de Práctica Clínica en el SNS". (2009). Tórtulo Artes Gráficas, S.A. Disponível em: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_456\\_depresion\\_inf\\_adol\\_avaliat\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf). Acedido a 20 de fevereiro de 2011.

Núcleo de Estudos do Suicídio, NES (2012). Disponível em: <http://nes.pt/index.php>. Acedido a 10 de fevereiro de 2011.

Oliveira, A. (2006). Desafiar a Própria Morte Para Sentir a Vida. Em Peixoto, B., Saraiva, C., & Sampaio, D., *Comportamentos Suicidários em Portugal* (pp. 207-230). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidiologia.

Oliveira-Formosinho, J. (2002). A interação educativa na supervisão de educadores estagiários. Um estudo longitudinal. In J. Oliveira-Formosinho (Org.), *A Supervisão na Formação de Professores I. Da sala à escola*. Porto: Porto Editora.

OMS. Health 21. Health for all in the 21<sup>st</sup> century. World Health Organization. Regional Office for Europe.Copenhagen. 1999. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf). Acedido a 2 de novembro de 2011.

Organização Mundial de Saúde (2000). *Prevenção do Suicídio. Manual para professores e Educadores*. Genebra: World Health Organization (WHO). Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.3\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.3_por.pdf). Acedido a 18 de novembro de 2011.

Organização Mundial de Saúde (2006). *Prevenção do suicídio – Um recurso para conselheiros*. Genebra: Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias - Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso.

Pedrosa de Jesus, M. H. T. (1991). *An investigation of pupils' questions in science teaching. Tese de Doutoramento* (não publicada). U.K: University of East Anglia, Norwich.

Peixoto, B., Saraiva, C., & Sampaio, D. (2006). *Comportamentos Suicidários em Portugal*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidiologia.

Pereira, A., Vagos, P., Santos, L., Vasconcelos, G., Monteiro, S., Torres, A. Oliveira, P. (2010). *Ajudar quem ajuda: a outra face da LUA*. In A. Pereira (Eds) Actas do I Congresso RESAPES – AP – Apoio psicológico no ensino superior: Modelos e práticas (pp. 106-112). Aveiro: Universidade de Aveiro.

Pereira, A. Williams, D., & Irving, J. A. (2001). Stress and coping in helpers on a student nightline service. *Counselling Psychology Quarterly*, vol. 14, nº1, pp. 43-47.

Projeto +Contigo:

<http://www.arscentro.minsaude.pt/SaudePublica/Programas/Paginas/ProjetoRegionaldeprev en%C3%A7%C3%A3odosuic%C3%ADiojuvenil+Contigo.aspx>.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*.

Reis, F. (2010). *Como elaborar uma dissertação de mestrado segundo Bolonha*. Lisboa: Factor.

Rodrigues, A. (2006). Análises de práticas e de necessidades de formação. Ciências da Educação (50). Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Ministério da Educação.

Sá-Chaves, I. (2002). *A Construção de Conhecimento pela Análise Reflexiva da Praxis*. Tese de Doutoramento, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Sá-Chaves, I. (2007). *Formação, conhecimento e supervisão: contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Sá-Chaves, I. (2009). *Portfólios reflexivos – estratégia de formação e de supervisão* (4ª ed.). Aveiro: Universidade de Aveiro.

Sá-Chaves, I. (2010). *Supervisão, Formação e Complexidade: Transgressões do Olhar*. (Documento em PowerPoint, no âmbito da Unidade Curricular Supervisão, do Mestrado em Supervisão, cedido pela autora). Aveiro: Universidade de Aveiro.

Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho - Os adolescentes e o suicídio*. Lisboa: Caminho.

Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. (2006). *Metodologia Científica*. São Paulo: Mc Graw-Hill.

Sample Size Calculator by Raosoft (2012), in

<http://www.vsai.pt/amostragem.php?margin=5&confidence=90&population=34214&response=50&sample1=100&sample2=200&sample3=300&confidence1=90&confidence2=95&confidence3=99&x=54&y=9>.

Santos, M., (2006). Algumas Considerações Sobre o Risco de Suicídio. Em Peixoto, B., Saraiva, C., & Sampaio, D., *Comportamentos Suicidários em Portugal* (pp. 151-164). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidiologia.

Santos, N., & Sampaio, D. (1997). Adolescentes em risco de suicídio: A experiência do Núcleo de Estudos do Suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 18(3), 187-194.

Santos, N., Rodrigues, M., Barros, E., & Sampaio, D. (1996). Suicídio juvenil e antecipação: A importância da autópsia psicológica. *Psiquiatria na Prática Médica*, 9, 16-28.



Santos, Z., Freitas, F., & Saraiva, C., (2006). Estratégias Globais de Prevenção do Suicídio. Em Peixoto, B., Saraiva, C., & Sampaio, D., *Comportamentos Suicidários em Portugal* (pp. 435-445). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidiologia.

Saraiva, C. B. (1999). *Para-Suicídio*. Coimbra: Quarteto.

Saraiva, C. B. (2010). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual, *Psiquiatria Clínica*, 31, (3), pp. 185-205.

Serra, V. (1971). Considerações gerais sobre o suicídio, *Coimbra Médica XVII(VII)*, pp. 683-704.

Silva, A., & Moreira, M. (2009). *Formação e mediação sócio-educativa: perspectivas teóricas e práticas*. Porto: Areal Editores.

Sociedade Portuguesa de Suicidologia, SPS (2012). Disponível em: <http://www.spsuicidologia.pt/>. Acedido a 12 de abril de 2012.

Sousa, M., & Baptista, C. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios – segundo Bolonha*. Lisboa: Factor.

Stones, E. (1979). *Psychopedagogy – Psychological Theory and the Practice of Teaching*. Londres: Methuen & CO, Ltd.

Teixeira, C. (2001). A escola como espaço de prevenção ao suicídio de adolescentes - relato de experiência. *Inter-acao*, Goiânia: UFG, v. 27, n. 1, p. 99-114.

The American Psychological Association (APA, 1999). Disponível em: <http://www.apa.org/about/index.aspx>. Acedido a 13 de outubro de 2012.

Vieira, F. (1993). *Supervisão – Uma prática reflexiva de formação de professores*. Porto: Edições ASA.

WHO (2005). *European Ministerial Conference on Mental Health. Facing the Challenges, Building Solutions. Mental Health Declaration for Europe*. Helsinki, Finland, 12-15 January 2005. EUR/04/5047810/6. Disponível em <http://www.who.dk/mentalhealth2005>. Acedido em 5 de dezembro de 2011.

World Health Organization - Health for All in the 21st Century-Health 21. 5ª ed. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, 1999.

World Health Organization (1986). Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP\\_PSF\\_017%28S%29.pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP_PSF_017%28S%29.pdf). Acedido a 15 de Março de 2012.

World Health Organization (1986). *Young People's Health - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All*. Technical Report Series 731. Genebra: World Health Organization (WHO). Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_731.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731.pdf). Acedido a 21 de janeiro de 2012.

World Health Organization (WHO), “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” WHO Constitution. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>. Acedido a 3 de novembro de 2011.

## **Legislação:**

Circular Normativa, nº 7/DSE de 29/06/06. Divulga o Programa Nacional de Saúde Escolar. *Direção Geral da Saúde*. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>. Acedido a 3 de novembro de 2011.

Decreto-Lei 344/89. Estabelece o ordenamento jurídico da formação dos educadores de infância e dos professores dos ensinos básico e secundário. *Diário da República*, nº234, 1ª série, 11 de outubro.

Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série) de 7 de Junho. *Diário da República* n.º 110 – II Série. Ministério da Saúde. Divulga o Programa Nacional de Saúde escolar aprovado. Lisboa. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>. Acedido a 10 de outubro de 2011.

Ministérios da Educação e da Saúde. Despacho Conjunto n.º 271/98, de 15-4, publicado no Diário da Republica, n.º 164, II.ª série.

Ministérios da Educação e da Saúde. Despacho conjunto n.º 734/2000, de 18 de Julho, publicado no Diário da Republica n.º 88, II.ª série.



**ANEXOS**



*Anexo 1: Linhas Telefónicas, em Portugal*





## LINHAS TELEFÓNICAS DE AJUDA E DE APOIO

<b>LINHAS TELEFÓNICAS DE AJUDA (12)</b>	
<b>LINHA INTOXICAÇÕES</b> Serviço: O CIAV (Centro de Informação Antivenenos do INEM) é um centro médico de informação toxicológica. Presta informações referentes ao diagnóstico, toxicidade, terapêutica e prognóstico da exposição a tóxicos - humanas e animais - e de intoxicações agudas ou crónicas. Serviços: informação e encaminhamento em caso de intoxicações Obs. Pertence ao Instituto de Emergência Médica (INEM Ministério da Saúde)	
<b>SAÚDE 24</b> (Serviço: É um serviço de atendimento telefónico, de Triagem, Aconselhamento e Encaminhamento, Assistência em Saúde Pública e Informação Geral de Saúde, para todos os utentes do SNS)	
<b>Linha Contra o Cancro</b> (Serviço: É uma linha de apoio, que visa informar e apoiar a pessoa com cancro e a sua família ou amigos, em aspectos que digam respeito à doença, associações de doentes, direitos dos doentes e instituições ou centros de tratamento)	
<b>Linha Nacional de Emergência - INEM</b>	
<b>Linha Nacional de Emergência Social</b> (Serviço: A todos os cidadãos em situação de Emergência Social)	
<b>SOS Ambiente</b>	
<b>Cruz Vermelha</b>	
<b>Provedor da Justiça</b>	
<b>Polícia Judiciária</b>	
<b>Procuradoria-Geral da República (Comissões de Protecção de Crianças e Jovens)</b>	
<b>Escola Segura - PSP / GNR</b>	
<b>INTERPOL</b>	
<b>LINHAS TELEFÓNICAS DE APOIO (67)</b>	
<b>HOMOSSEXUALIDADE (3)</b>	<b>rede ex aequo</b> (Linha Informativa)
	<b>Associação Ilga Portugal</b> (Apoio sobre Homossexualidade)
	<b>PortugalGay.PT</b> (Dúvidas, sugestões e denúncias de homofobia)
<b>SEXUALIDADE (5)</b>	<b>Sexualidade em Linha</b> (Aconselhamento e orientação)
	<b>Sexualidade em Atendimento</b> do Porto
	<b>SOS Dificuldades Sexuais</b>
	<b>Sexualidade Segura</b> (Apoio Mecânico)
	<b>Sexualidade, Educação Sexual e Planeamento Familiar</b>
<b>CONTRA A SOLIDÃO (4)</b>	<b>Linha SOS Palavra Amiga</b> (Serviços: apoio em situações de desequilíbrio psicológico e tentativa de suicídio)
	<b>Linha SOS Voz Amiga</b> (Ajuda na solidão, angústia, desespero e prevenção do suicídio)
	<b>Linha Telefone amigo</b>
	<b>Linha Telefone Amizade</b>
<b>VIH/SIDA (12)</b>	<b>Abraço/</b> Apoio a pessoas com HIV-Sida
	<b>Linha Sida</b> (Serviços: informação, encaminhamento e apoio na área da sida)
	<b>Linha SOS Sida</b> (Serviços: informação, encaminhamento e apoio na área da sida)
	<b>Fundação contra a SIDA</b>
	<b>Centro de Rastreio Anónimo da Lapa</b> (Teste Gratuito)
	<b>Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso</b>
	<b>Rastreio Anónimo</b> (Teste Gratuito)
	<b>Centro de Rastreio de Aveiro</b>
	<b>Centro de Rastreio de Coimbra</b>
	<b>Centro de Rastreio do Porto</b>
	<b>Centro de Rastreio de Faro</b>
	<b>Sol – Associação de Apoio a Crianças Infectadas pelo Vírus da Sida e suas Famílias</b>
<b>Centro de Saúde da Lapa</b> (apoio doenças sexualmente transmissíveis)	
<b>TOXICODEPENDÊNCIA (10)</b>	<b>LINHA VIDA</b> (Serviços: informação, encaminhamento e apoio na área da toxicodependência, resposta a cartas personalizadas de pedidos de apoio e pedidos de material, centro de atendimento face a face mediante triagem ao telefone)
	<b>Linha Narcóticos Anónimos</b> (Serviço: Ouvir, informar e tentar encaminhar toda e qualquer pessoa, que por várias razões, possa entrar em contacto com a Linha Telefónica)
	<b>Linha Alcoólicos Anónimos</b>
	<b>SOS – Voz Amiga</b> (Para ajuda a problemas com o álcool)
	<b>Linha Plátano</b> (Droga e Álcool)
	<b>Famílias Anónimas</b> (Toxico-Dependência – Apoio à Família)
	<b>S.O.S. Toxico-Dependência</b>
	<b>SOS – Deixe de Fumar</b>
	<b>Linha Anti-Alcoólica</b>
	<b>Linha Vida – SOS Drogas</b> (Serviços: informação, encaminhamento e apoio na área da toxicodependência, resposta a cartas personalizadas de pedidos de apoio e pedidos de material, centro de atendimento face a face mediante triagem ao telefone)
	<b>Tabagistas Anónimos</b>

<b>CONTRA A VIOLÊNCIA (7)</b>	<b>SOS RACISMO</b>
	<b>APAV- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima</b> (Apoio emocional)
	<b>AMCV - Associação de Mulheres Contra a Violência</b>
	<b>Linha SOS Mulher</b>
	<b>Linha Solidariedade Mulher</b>
	<b>Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres</b>
	<b>Informação à Mulher</b>
<b>CRIANÇAS/ADOLESCENTES (8)</b>	<b>Linha - SOS Criança</b> (Serviço: Destinada a crianças ou jovens em geral e em risco em particular)
	<b>Linha SOS-Criança Desaparecida</b> (Serviço: Destinada a ser utilizada no âmbito da Crianças Desaparecidas)
	<b>Linha Recados da Criança</b>
	<b>Criança Maltratada</b>
	<b>Gravidez e Planeamento Familiar</b>
	<b>SOS Grávida</b> (Informação e apoio)
	<b>Despedimentos por Gravidez</b>
	<b>Solidariedade à Mulher/ Gravidez Não Desejada</b>
	<b>Linha SOS Adolescentes</b> (Apoio a mães adolescentes)
<b>ESTUDANTES E JOVENS (4)</b>	<b>Linha Jovem</b>
	<b>Linha Jovem</b> Castelo Branco
	<b>Linha LUA – Linha da Universidade de Aveiro</b> (Serviços: <i>Nightline</i> , Serviço <i>E-LUA</i> ( <a href="https://www.ua.pt/sas/lua/PageText.aspx?id=12329">https://www.ua.pt/sas/lua/PageText.aspx?id=12329</a> ), <i>LUA FACE-TO-FACE</i> )
	<b>Linha SOS-Estudante</b> (serviços: telefone, email, facebook)
<b>CIDADÃO (8)</b>	<b>Linha Cidadão/ Deficiência</b>
	<b>Linha Urgência Espaço T</b> Apoio à Integração Social e Comunitária (Sem abrigo, ex-reclusos, desempregados, deficientes, seropositivos, toxicod dependência)
	<b>Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego</b>
	<b>Linha do Cidadão Idoso</b>
	<b>Linha de Emergência Social</b>
	<b>Linha de Atendimento ao Consumidor</b>
	<b>Loja do cidadão</b>
	<b>Deco</b> - Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor
<b>ÁREA DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR (6)</b>	Consulta de Comportamento Alimentar do Hospital de Santa Maria
	Consulta de Comportamento Alimentar dos Hospitais de Coimbra
	Consulta de Comportamento Alimentar do Hospital de São João no Porto
	Consulta de Pedo-Psiquiatria do Hospital de Crianças Maria Pia no Porto
	Consulta de Comportamento Alimentar do Hospital de S. Marcos em Braga
	Associação dos Familiares e Amigos de Anorécticos e Bulímicos

*Anexo 2: Calculadora da amostra*



## Calculadora de Amostragem

Que margem de erro pode aceitar?  
(5% é uma escolha comum)

 %

A margem de erro é o valor de erro que pode tolerar.  
Se 90% das respostas for "sim", enquanto 10% responder "não", será possível tolerar uma maior margem de erro do que quando a separação dos inquiridos for 50-50 ou 45-55.  
Menor margem de erro necessita de uma amostragem maior.

Que nível de confiança necessita?  
Escolhas comuns são 90%, 95%, or 99%

 %

O nível de confiança é o nível de incerteza que pode tolerar.  
Suponha que tem 20 "sim-não" perguntas no seu inquérito. com um nível de confiança de 95%, deverá esperar que, para uma das perguntas (1 em 20), a percentagem de de pessoas que respondem "sim" será maior que a margem de erro que se distancie da verdadeira resposta.  
A verdadeira resposta seria a percentagem que obteria se entrevistasse exaustivamente todas as pessoas.  
Maior nível de confiança requer um maior valor de amostragem.

Qual o tamanho da população?  
Se não souber, use 20000

Quantas pessoas existem para basear a amostragem?  
Note que a amostragem não varia muito para populações superiores a 20,000.

Qual será a distribuição da resposta?  
A escolha mais comum será 50%

 %

Para cada questão, que resultados espera obter?  
Se a amostragem for tendencial para um limite, a população provavelmente também o estará.  
Se não souber, use 50%.Este valor retornará o maior valor de amostragem.

A dimensão recomendada da sua amostragem é

314

Este é o tamanho mínimo recomendado para a sua amostragem.Se tirar uma amostra de uma maior quantidade de pessoas e tiver respostas de todos, será mais provável obter uma resposta correcta do que teria, caso apenas obtivesse uma pequena percentagem de respostas numa amostragem grande.

## Cenários Alternativos

Com uma amostragem de    Com um nível de confiança de     
A sua margem de erro seria 9.78% 6.89% 5.62% A sua amostragem deveria ser de 267 377 643

## Mais Informações

Se é um principante, consulte [Basic Statistics: A Modern Approach](#) e [The Cartoon Guide to Statistics](#) (em Inglês).  
Caso contrário, consulte outros [livros mais avançados](#).

Em termos dos número que seleccionou acima, o tamanho da amostra  $n$  e a margem de erro  $E$  dados definidas por

$$x = Z(c/100)^2 r(100-r)$$

$$n = N x / ((N-1)E^2 + x)$$

$$E = \text{Sqrt}[(N - n)x / n(N-1)]$$

Onde  $N$  é o tamanho da população,  $r$  é a fracção de respostas em que está interessado, e  $Z(c/100)$  é o **valor crítico** para o nível de confiança  $c$ .

Se desejar ver com efectuamos o cálculo, por favor consulte o código HTML desta página. Este cálculo é baseado na [Distribuição da Normal](#), e assume que você tem mais do que 30 amostras.

© 2004 [Raosoft, Inc.](#). Faça download desta página e reutilize-a!

Use Alt+M, C, P, R, 1-6 para mover o cursor.

[Questões? Contacte-nos](#)

IMPRIMIR

SAIR



***Anexo 3: Escolas que participaram no estudo***





<b>LEIRIA</b>			
<b>Nº</b>	<b>Agrupamento ou Escola não agrupada</b>	<b>Email</b>	<b>Telefone</b>
1	161603 - Agrupamento de Escolas de Alvaiázere	<a href="mailto:eb23alv96@mail.telepac.pt">eb23alv96@mail.telepac.pt</a>	236650520
2	160829 - Agrupamento de Escolas de Ansião	<a href="mailto:sae@agansiao.pt">sae@agansiao.pt</a>	236670100
5	160623 - Agrupamento de Escolas de Figueiró dos Vinhos	<a href="mailto:sageral@aefv.edu.pt">sageral@aefv.edu.pt</a>	236559170
19	161676 - Agrupamento de Escolas de Nery Capucho	<a href="mailto:secretaria@eb23-prof-a-ner-y-capucho.rcts.pt">secretaria@eb23-prof-a-ner-y-capucho.rcts.pt</a> ou <a href="mailto:ner-y.geral@gmail.com">ner-y.geral@gmail.com</a>	244570270
27	400634 - Escola Secundária de Pombal	<a href="mailto:espombal@mail.telepac.pt">espombal@mail.telepac.pt</a>	236212169
<b>UISEU</b>			
<b>Nº</b>	<b>Agrupamento ou Escola não agrupada</b>	<b>Email</b>	<b>Telefone</b>
31	161718 - Agrupamento de Escolas de Castro Daire	<a href="mailto:escastrodaire@net.sapo.pt">escastrodaire@net.sapo.pt</a>	232382510
33	161743 - Agrupamento de Escolas de Mortágua	<a href="mailto:esec.drjlm.mortagua@gmail.com">esec.drjlm.mortagua@gmail.com</a>	231920454
36	161779 - Agrupamento de Escolas de Oliveira de Frades	<a href="mailto:info@aeof.pt">info@aeof.pt</a> <i>enviei para o da página da escola</i>	232760360
39	160465 - Agrupamento de Escolas de Santa Cruz da Trapa (TEIP)	<a href="mailto:ebisantacruztrapa@gmail.com">ebisantacruztrapa@gmail.com</a>	232700050
44	160428 - Agrupamento de Escolas Lageosa do Dão	<a href="mailto:agmotapinto@gmail.com">agmotapinto@gmail.com</a>	232958106
46	161822 - Agrupamento de Escolas de Tondela	<a href="mailto:esc23.tondela@mail.telepac.pt">esc23.tondela@mail.telepac.pt</a>	232819050
48	161883 - Agrupamento de Escolas de Vila Nova de Paiva	<a href="mailto:geral@escolasdevnpaiva.pt">geral@escolasdevnpaiva.pt</a>	232609020
49	160430 - Agrupamento de Escolas de Silgueiros	<a href="mailto:eb23.dluisloureiro@escolas.min-edu.ptveio">eb23.dluisloureiro@escolas.min-edu.ptveio</a> , para trás- <i>enviei email diretor</i>	232951270
51	160593 - Agrupamento de Escolas do Mundão (TEIP)	<a href="mailto:agrupamentoescolasmundao@gmail.com">agrupamentoescolasmundao@gmail.com</a>	232929320
58	401626 - Escola Secundária Emídio Navarro, Viseu	<a href="mailto:esenviseu@esenviseu.net">esenviseu@esenviseu.net</a>	232480190
<b>AVEIRO</b>			
<b>Nº</b>	<b>Agrupamento ou Escola não agrupada</b>	<b>Email</b>	<b>Telefone</b>
66	<a href="#">Escola Secundária Dr. Mário Sacramento</a>	<a href="mailto:esmsacramento@netcabo.pt">esmsacramento@netcabo.pt</a> , <a href="mailto:direcao1@esms.edu.pt">direcao1@esms.edu.pt</a>	234422361
82	<a href="#">Agrupamento de Escolas de Oliveira do Bairro</a>	<a href="mailto:director@aeob.edu.pt">director@aeob.edu.pt</a>	234747747
<b>CASTELO BRANCO</b>			
<b>Nº</b>	<b>Agrupamento ou Escola não agrupada</b>	<b>Email</b>	<b>Telefone</b>
112	<a href="#">Escola Secundária de Nuno Álvares</a>	<a href="mailto:esna.ctb@gmail.com">esna.ctb@gmail.com</a>	272340550
124	<a href="#">Agrupamento de Escolas de Paúl e Entre Ribeiras</a>	<a href="mailto:info@eb23-paul.rcts.pt">info@eb23-paul.rcts.pt</a> , <a href="mailto:ce@eb23-paul.rcts.pt">ce@eb23-paul.rcts.pt</a>	275 960 020
137	<a href="#">Agrupamento de Escolas de Vila de Rei</a>	<a href="mailto:ebi.cp@mail.telepac.pt">ebi.cp@mail.telepac.pt</a>	274890050
<b>GUARDA</b>			
<b>Nº</b>	<b>Agrupamento ou Escola não agrupada</b>	<b>Email</b>	<b>Telefone</b>
140	<a href="#">Agrupamento de Escolas de Almeida</a>	<a href="mailto:agrupamentodeescolasde.almeida@gmail.com">agrupamentodeescolasde.almeida@gmail.com</a>	271 571 815
156	<a href="#">Agrupamento de Escolas de Trancoso</a>	<a href="mailto:info@anesbandarra.net">info@anesbandarra.net</a> , <a href="mailto:armandopena@anesbandarra.net">armandopena@anesbandarra.net</a>	271 811 176
<b>COIMBRA</b>			
<b>Nº</b>	<b>Agrupamento ou Escola não agrupada</b>	<b>Email</b>	<b>Telefone</b>
157	<a href="#">Escola Secundária de Cantanhede</a>	<a href="mailto:esc-secretaria@sapo.pt">esc-secretaria@sapo.pt</a>	231419560
158	<a href="#">Agrupamento de Escolas de Finisterra - Febres</a>	<a href="mailto:agrupamentofebres@sapo.pt">agrupamentofebres@sapo.pt</a>	231 461 870 / 833
179	<a href="#">Escola Secundária de Cristina Torres</a>	<a href="mailto:de@escristinatorres.pt">de@escristinatorres.pt</a> , <a href="mailto:maomede@escristinatorres.pt">maomede@escristinatorres.pt</a>	233 401 700
205	<a href="#">Agrupamento de Escolas de Vila Nova de Poiares</a>	<a href="mailto:e.c.s.vnpoiares@mail.telepac.pt">e.c.s.vnpoiares@mail.telepac.pt</a>	239 429 410

Janeiro, 2011.



*Anexo 4: Questionário em suporte de papel*



Caríssimo(a) Colega(a)

O presente estudo insere-se no Mestrado em Supervisão com o tema: “Supervisão e Formação de Professores em Escolas Promotoras de Saúde”, e pretende analisar a formação dos professores na área de Educação para a Saúde, no âmbito da prevenção do suicídio. A sua opinião é para nós muito importante. Não existem respostas certas ou erradas apenas queremos saber a sua opinião. Agradecemos a sua colaboração e tempo dedicado, assegurando desde já a confidencialidade da informação disponibilizada.

### QUESTIONÁRIO

1. Idade: \_\_\_\_\_ 2. Género: Feminino Masculino
3. Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a) Viúvo(a) União de facto Outro
4. Habilitação Académica: Doutoramento Licenciatura Pós Graduação/Mestrado Bacharelato  
Em que área? \_\_\_\_\_
5. Carreira Profissional :  
Tempo global de serviço: \_\_\_\_\_ Tempo de permanência nesta escola: \_\_\_\_\_  
Tipo de horário: Temporário Anual Permanente  
Título profissional: Prof. QE Prof. QZP Prof. Contratado Outro Qual? \_\_\_\_\_  
Nível de ensino que leciona: Pré Escolar 1ºCEB 2ºCEB 3ºCEB Secundário
6. A sua escola tem Projeto de Educação para a Saúde (PES)? Sim Não  
Se respondeu sim, conhece esse projeto? Sim Não
7. Conhecimento da sua formação na área de Educação para a Saúde no âmbito da prevenção do suicídio.  
Assinale a opção que mais se adequa a si.

SIM NÃO

	SIM	NÃO
Realizo formação na área da Educação para a Saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leio revistas técnicas e científicas com artigos de Educação para a Saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É-me proporcionada formação na área de prevenção de suicídio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necessito de orientação e suporte para identificar e prevenir comportamentos de risco suicidário.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizo <i>autoformação</i> sobre prevenção de suicídio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na minha formação inicial fui sensibilizado na forma de intervir e prevenir o suicídio em meio escolar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recorro a ajuda para apoiar alunos com atitudes de risco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encaminho alunos para linhas telefónicas ou outros serviços de apoio emocional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante a minha experiência profissional já tive alunos que fizeram tentativa de suicídio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Comentário sobre a sua experiência com situações de suicídio.

---

---

---

---

9. Seguem-se algumas afirmações sobre o tema em investigação. Leia cada uma delas e a seguir assinale o número apropriado indicando o quanto concorda com a frase. Dê a primeira resposta que lhe vem à cabeça e parece melhor descrever a maneira como pensa atualmente, de acordo com a seguinte escala:

1- **Discordo Plenamente** 2- **Discordo** 3- **Não Concordo Nem Discordo** 4- **Concordo** 5- **Concordo Plenamente**

	D P	D	N N	C	C P
Crianças/adolescentes que falam sobre suicídio cometem suicídio.	1	2	3	4	5
Mudanças repentinas e extremas nos hábitos de comer/dormir, e perder/ganhar peso, podem ser aviso de iminente suicídio.	1	2	3	4	5
Crianças/adolescentes que pensam cometer suicídio geralmente contam aos seus pais.	1	2	3	4	5
Uma melhoria no humor da criança/adolescente que tenha ameaçado suicídio significa que o perigo passou.	1	2	3	4	5
A maioria das crianças/adolescentes que comete suicídio tem dado a entender a sua intenção.	1	2	3	4	5
Nem todas as ameaças ou declarações de suicídio devem ser consideradas sinais de alerta de alto risco de suicídio.	1	2	3	4	5
A criança/adolescente pode ser induzida a cometer suicídio por ouvir falar de alguém que se tenha suicidado.	1	2	3	4	5

O conflito parental é um fator precipitante comum para a tentativa de suicídio de crianças/adolescentes.	1	2	3	4	5
1- Discordo Plenamente 2- Discordo 3- Não Concordo Nem Discordo 4- Concordo 5- Concordo Plenamente	D P	D	N N	C	C P
Uma perda pessoal significativa (ex.: morte de um amigo) pode desencadear uma tentativa de suicídio na criança/adolescente.	1	2	3	4	5
O fim de uma relação amorosa é habitual na adolescência e portanto o adolescente não irá cometer suicídio.	1	2	3	4	5
As crianças/adolescentes suicidas querem mesmo morrer.	1	2	3	4	5
Se prometer confiança aos planos de uma criança/adolescente suicida pode geralmente cumprir essa promessa.	1	2	3	4	5
Falar sobre suicídio pode levar uma criança/adolescente a acabar com a vida.	1	2	3	4	5
Os educadores/professores da escola ao identificar as crianças/adolescentes que estão em risco de suicídio podem reduzir o número de tentativas de suicídio.	1	2	3	4	5
O suicídio é mais comum entre crianças/adolescentes de baixo nível socioeconómico.	1	2	3	4	5
Crianças/adolescentes do sexo masculino têm maior probabilidade de concretizar o suicídio.	1	2	3	4	5
Em Portugal há mais mortes causadas por suicídio do que por acidentes de trânsito.	1	2	3	4	5
Crianças/adolescentes do sexo masculino, em áreas rurais, são um dos maiores grupos de risco de suicídio.	1	2	3	4	5
Os rapazes são mais propensos a tentar o suicídio do que as raparigas.	1	2	3	4	5
O parassuicídio (ato ou comportamento não fatal no indivíduo, sem intenção de morrer) é uma das principais causas de morte em Portugal.	1	2	3	4	5
As tentativas de suicídio em Portugal têm substancialmente aumentado nos últimos anos.	1	2	3	4	5
Crianças/adolescentes que tentam o suicídio têm maior probabilidade de serem oriundos de famílias com histórico de abuso de drogas ou álcool.	1	2	3	4	5
Falta de apoio social aumenta significativamente o risco de um indivíduo cometer suicídio.	1	2	3	4	5
A depressão é mais comum em pais cujos filhos tentam o suicídio.	1	2	3	4	5
Crianças/adolescentes que tentam o suicídio sofrem por divórcio dos pais ou pela morte de um familiar querido.	1	2	3	4	5
Indivíduos com histórico familiar de comportamentos suicidas têm maior risco de suicídio.	1	2	3	4	5
Desagregação da família é comum entre as crianças/adolescentes que tentam suicídio ou o concretizam.	1	2	3	4	5
Adolescentes homossexuais estão em maior risco de tentativa de suicídio do que os adolescentes heterossexuais.	1	2	3	4	5
Crianças/adolescentes que sofrem bullying têm maior probabilidade de tentar o suicídio.	1	2	3	4	5
É mais provável que as crianças/adolescentes que tentam o suicídio tenham sido fisicamente abusadas e/ou sexualmente.	1	2	3	4	5
A maioria das crianças/adolescentes que tenta o suicídio tem um transtorno psiquiátrico.	1	2	3	4	5
É provável que uma criança/adolescente muito deprimido cometa mais tentativas de suicídio do que qualquer outra criança/adolescente.	1	2	3	4	5
Apenas as crianças/adolescentes suicidas pensam em cometer suicídio.	1	2	3	4	5
É mais provável que as crianças/adolescentes que se sentem mais desesperados cometam o suicídio.	1	2	3	4	5
Quanto mais potencialmente letal tiver sido a tentativa de suicídio maior é o risco de o indivíduo vir a completar o suicídio.	1	2	3	4	5
As crianças/adolescentes que completam o suicídio não realizaram tentativas anteriormente.	1	2	3	4	5
Devem existir programas de formação para os professores identificarem comportamentos suicidas.	1	2	3	4	5
Deverá ser proporcionada formação sobre o suicídio a todos os professores.	1	2	3	4	5
As escolas devem garantir uma política de prevenção do suicídio.	1	2	3	4	5
Devem existir Equipas de Prevenção de Suicídio nas escolas.	1	2	3	4	5
É necessário criar Linhas SOS nas escolas.	1	2	3	4	5
Precisa ser construído um site de apoio às escolas na prevenção do suicídio.	1	2	3	4	5
Devem ser criadas parcerias com a Comunidade para prevenção do suicídio.	1	2	3	4	5

Comentário ou observação adicional sobre o tema ou sobre a investigação?

---



---



---

*Muito obrigada!*

*Agar Almeida*

*Anexo 5:Estudo Piloto - thinking aloud*





## **ESTUDO PILOTO (método *thinking aloud*)**

Caríssimo (a) Colega:

Sou professora do 2º ciclo do Ensino Básico e estou a desenvolver na Universidade de Aveiro, sob a orientação das Professoras Doutoradas Maria Helena Gouveia Fernandes Teixeira Pedrosa de Jesus e Anabela Maria de Sousa Pereira, um trabalho de investigação no âmbito do Mestrado em Supervisão a decorrer no Departamento de Educação da Universidade de Aveiro no biénio 2010/2012. A primeira fase desta investigação engloba a aplicação de um questionário, através do qual pretendo recolher dados para uma reflexão sobre analisar a formação dos professores na área de Educação para a Saúde, no âmbito da prevenção do suicídio.

O desenvolvimento da investigação incidirá, geograficamente, sobre os professores do Pré-Escolar até ao Secundário a lecionarem em escolas da Direção Regional do Centro (DREC). A sua colaboração no **estudo piloto**, respondendo ao questionário, em anexo, é fundamental para obter elementos sobre a clareza, o rigor e a adequação das questões. Solicito-lhe, por isso, que registe também as dúvidas ou dificuldades sentidas durante o preenchimento, bem como a sua opinião sobre a pertinência das questões para a problemática em estudo e/ou dimensões omissas, na folha de comentários que consta em anexo. Os comentários visam melhorar o questionário e eliminar qualquer ambiguidade, pelo que agradeço a sua ajuda.

Grata pela sua disponibilidade e colaboração, subscrevo-me com a mais elevada consideração.

Aveiro, 21 de novembro de 2011.

Agar Almeida

## FOLHA DA INVESTIGADORA PARA REGISTO DOS COMENTÁRIOS

<b>QUESTÃO</b>	<b>COMENTÁRIOS</b>

Tendo em conta a experiência profissional e a problemática em estudo, pensa ser útil abordar a(s) seguinte(s) questão(ões):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Anexo 6: Questionário online*



Default Question Block



CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo insere-se no Mestrado em Serviço Social e tem o tema: "Serviço e Formação de Professores em Escolas Promotoras de Saúde", conduzido por Agnêz Almeida, aluna do Departamento de Educação da Universidade do Oeste Paulista.

**Objetivo da Investigação:** Analisar a formação dos professores na área de Educação para a Saúde, no âmbito de prevenção do suicídio.

**Procedimento da Investigação:** O questionário é composto por duas partes que demandam cerca de 7 minutos a preencher. Solicitamos a sua opinião pessoal. Não existem respostas corretas. Cerca de 400 professores irão participar neste estudo.

**Riscos/Benefícios:** O participante não corre qualquer tipo de risco ao participar nesta pesquisa. Por outro lado, os resultados do estudo ajudarão a comunidade científica a compreender melhor a formação dos professores no âmbito de prevenção do suicídio.

**Confidencialidade:** Os dados provenientes das respostas serão tratados de forma sigilosa e acessados apenas pelos investigadores do estudo.  
**Participação:** A participação é voluntária.

**Eventuais Esclarecimentos:** Para perguntas sobre este processo contacte Agnêz Almeida (email: [agnizes@uosp.edu.br](mailto:agnizes@uosp.edu.br)).

**Avaliação:** Selecionando "Concordo", indica que é educador/professor, que compreende os procedimentos e condições de participação, e que participa de livre vontade neste estudo.

Concordo



**Opcional:** Caso tenha mais tempo se pretende contribuir a responder ao questionário de dados de rotina.

**Parte 1 - Algumas questões sobre demografia. Para melhores resultados da pesquisa preencha todos os itens.**

Qual é a sua idade no momento?

Qual é o seu género?

Masculino

Feminino

Qual é o seu estado civil?

Qual é a sua habilitação académica?

Em que área?

**Cargos Profissionais**

Tempo global de serviço

Tempo de permanência nesta escola

Tipo de Honrário

Título Profissional

Nível de Ensino que Leciona

A sua escola tem Projeto de Educação para a Saúde (PES)?

- Sim  
 Não

Se respondeu sim, conhece esse projeto?

- Sim  
 Não



Parte 3 - Conhecimento da sua formação na área de Educação para a Saúde no âmbito da prevenção do suicídio.

Assinale a opção que mais se adequa a si.

	SI	NÃO
Realizo formação na área da Educação para a Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leio revistas técnicas e científicas com artigos de Educação para a Saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É-me proporcionada formação na área de prevenção de suicídio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Necessito de orientação e suporte para identificar e prevenir comportamentos de risco suicidário.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realizo autoformação sobre prevenção de suicídio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na minha formação inicial fui sensibilizada(o) para formas de intervir e prevenir o suicídio em meio escolar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recorro e ajudo para apoiar alunos com atitudes de risco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encaminho alunos para linhas telefónicas ou outros serviços de apoio emocional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durante a minha experiência profissional já tive alunos que fizeram tentativa de suicídio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comentário sobre a sua experiência com situações de suicídio.

Seguem-se algumas afirmações sobre o tema em investigação.

Leia cada uma delas e a seguir seleccione o quanto concorda com a frase.

De a primeira resposta que lhe vem à cabeça e parece melhor descrever a maneira como pensa atualmente.

	Discordo Parcialmente	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Parcialmente
Crianças/adolescentes que falam sobre suicídio cometem suicídio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mudanças repentinas e extremas nos hábitos de alimentação, e participar/pedir apoio, podem ser sinais de iminente suicídio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Crianças/adolescentes que pensam cometer suicídio geralmente contam aos seus pais.  
 Uma melhoria no humor de crianças/adolescentes que tentam suicídio significa que o perigo passou.  
 A maioria das crianças/adolescentes que comete suicídio tem dado a entender a sua intenção.  
 Nem todas as ameaças ou declarações de suicídio devem ser consideradas sinais de alerta de alto risco de suicídio.  
 A criança/adolescente pode ser induzida a cometer suicídio por ouvir falar de alguém que se tenha suicidado.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

O conflito parental é um fator precipitante comum para a tentativa de suicídio de crianças/adolescentes.  
 Uma perda pessoal significativa (ex.: morte de um amigo) pode desencadear uma tentativa de suicídio na criança/adolescente.  
 O fim de uma relação amorosa é habitual na adolescência e portanto o adolescente não irá cometer suicídio.  
 As crianças/adolescentes suicidas querem mesmo morrer.  
 Se prometer confidência aos planos de uma criança/adolescente suicida pode geralmente cumprir essas promessas.  
 Falar sobre suicídio pode levar uma criança/adolescente a acabar com a vida.  
 Os educadores/professores de escola ao identificar as crianças/adolescentes que estão em risco de suicídio podem reduzir o número de tentativas de suicídio.

		Não Concordo Nem Discordo		
Discordo Parcialmente	Discordo		Concordo	Concordo Parcialmente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

O suicídio é mais comum entre crianças/adolescentes de baixo nível socioeconômico.  
 Crianças/adolescentes do sexo masculino têm maior probabilidade de concretizar o suicídio.  
 Em Portugal há mais mortes causadas por suicídio do que por acidentes de trânsito.  
 Crianças/adolescentes do sexo masculino, em áreas rurais, são um dos maiores grupos de risco de suicídio.  
 Os rapazes são mais propensos a tentar o suicídio do que as raparigas.  
 O parasuicídio (isto é, comportamento não fatal no indivíduo, sem intenção de morrer) é uma das principais causas de morte em Portugal.  
 As tentativas de suicídio em Portugal têm substancialmente aumentado nos últimos anos.

		Não Concordo Nem Discordo		
Discordo Parcialmente	Discordo		Concordo	Concordo Parcialmente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Crianças/adolescentes que tentam o suicídio têm maior probabilidade de serem oriundos de famílias com histórico de abuso de drogas ou álcool.  
 Falta de apoio social aumenta significativamente o risco de um indivíduo cometer suicídio.  
 A depressão é mais comum em pais cujos filhos tentam o suicídio.  
 Crianças/adolescentes que tentam o suicídio sofrem por divórcio dos pais ou pela morte de um familiar querido.  
 Indivíduos com histórico familiar de comportamentos suicidas têm maior risco de suicídio.  
 Desintegração da família é comum entre as crianças/adolescentes que tentam suicídio ou o concretizam.  
 Adolescentes homossexuais estão em maior risco de tentativa de suicídio do que os adolescentes heterossexuais.

		Não Concordo Nem Discordo		
Discordo Parcialmente	Discordo		Concordo	Concordo Parcialmente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Crianças/adolescentes que sofrem bullying têm maior probabilidade de tentar o suicídio.  
 É mais provável que as crianças/adolescentes que tentam o suicídio tenham sido fisicamente abusadas em seu sequestro.  
 A maioria das crianças/adolescentes que tenta o suicídio tem um transtorno psiquiátrico.  
 É provável que uma criança/adolescente muito deprimida(a) cometa mais tentativas de suicídio do que qualquer outra criança/adolescente.  
 Apenas as crianças/adolescentes suicidas pensam em cometer suicídio.  
 É mais provável que as crianças/adolescentes que se sentem mais desesperadas(as) comitem o suicídio.  
 Quanto mais potencialmente letal tiver sido a tentativa de suicídio, maior é o risco de o indivíduo vir a cometer o suicídio.

		Não Concordo Nem Discordo		
Discordo Parcialmente	Discordo		Concordo	Concordo Parcialmente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

As crianças/adolescentes que completam o suicídio realizaram tentativas anteriormente.  
 Deverá ser proporcionada formação sobre o suicídio a todos os professores.  
 As escolas devem garantir uma política de prevenção do suicídio.  
 Devem existir Equipes de Prevenção de Suicídio nas escolas.  
 É necessário criar Linhas SOS nas escolas.  
 Precisa ser construído um site de apoio às escolas na prevenção do suicídio.  
 Deverá ser criada parceria com a Comunidade para prevenção do suicídio.

		Não Concordo Nem Discordo		
Discordo Parcialmente	Discordo		Concordo	Concordo Parcialmente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comentário ou observação adicional sobre o tema ou sobre a investigação



A sua resposta está registada.  
Obrigada pela sua colaboração!



*Anexo 7: Carta aos Diretores dos Agrupamentos/Escolas*



Exmo (a). Sr (a).

Diretor (a) do Agrupamento de Escolas

**Assunto:** Colaboração dos educadores/professores do agrupamento – questionário

Tendo em vista a necessidade de aperfeiçoar as boas práticas realizadas pelas escolas e no âmbito da realização da nossa Tese de Mestrado em Supervisão, a decorrer na Universidade de Aveiro, com o tema de investigação *Supervisão e Formação de Professores em Escolas Promotoras de Saúde*, sob orientação das Professoras Doutoradas Maria Helena Gouveia Fernandes Teixeira Pedrosa de Jesus e Anabela Maria de Sousa Pereira do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro, vimos solicitar a V. Ex.<sup>ª</sup>, que se digne autorizar o referido estudo no agrupamento que tem a honra de dirigir.


A colaboração e informação para elaborar o estudo serão adquiridas através de inquéritos por questionário *online*, que serão aplicados a todos educadores/professores em exercício no Agrupamento. Comprometemo-nos desde já a dar conhecimento dos resultados obtidos. A participação no estudo é voluntária e todos os dados obtidos serão confidenciais e anónimos. Junto anexamos o texto de acesso ao questionário *online*.

Certa que dará ao assunto a Sua melhor atenção, agradecemos antecipadamente a colaboração solicitada e importância dada por vossa Ex.<sup>ª</sup> a este estudo.

Sem outro assunto, subscrevemo-nos com os melhores cumprimentos.

Pede deferimento,

Aveiro, 5 de Janeiro de 2012.

  
Agar Nogueira Carreira Almeida (Professora do 2º CEB)

## ANEXO



Caríssimo(a) Colega(a)

O presente estudo insere-se no Mestrado em Supervisão com o tema: “Supervisão e Formação de Professores em Escolas Promotoras de Saúde”, e pretende compreender a formação dos professores na área de Educação para a Saúde, no âmbito da prevenção do suicídio. A sua opinião é para nós muito importante. Não existem respostas certas ou erradas apenas queremos saber a sua opinião. Agradecemos a sua colaboração e tempo dedicado, assegurando desde já a confidencialidade da informação disponibilizada.

Foi convidado a preencher o formulário ***Supervisão e Formação de Professores em Escolas Promotoras de Saúde***. Para poder participar clique no *link*:

[https://qtrial.qualtrics.com/SE/?SID=SV\\_039kthDQqcb8hco](https://qtrial.qualtrics.com/SE/?SID=SV_039kthDQqcb8hco)

Agar Almeida

*Anexo 8: Proposta para um projeto de intervenção em meio escolar*



Projeto de Prevenção de Suicídio em *Meio Escolar*  
Incluindo um Programa de Formação de professores

**PRIMEIRA ETAPA (preparação)**

**Passo 1: Compreender o papel dos professores na prevenção de suicídio.**

- reconhecer e responder aos sinais de alerta de suicídio de suicídio;
- aprender a interpretar os sinais de alerta para compreender se um indivíduo pode estar em risco;
- saber encaminhar para serviços de saúde mental, outras formas de apoio e ajuda, e saber agir perante situações de risco imediato até chegar ajuda;
- realizar tutorias/assessorias.

**Passo 2: Decidir qual o tipo de programa de prevenção de suicídio poderá ser mais adequado ao agrupamento.**

- conhecer a proposta de formação e verificar se é adequada ao seu agrupamento;
- aferir se existem outras atividades de prevenção de suicídio mais eficazes para o seu meio escolar;
- averiguar a possibilidade de criação de protocolos para ajudar/apoiar as pessoas identificadas pelas pessoas com formação.

**Passo 3: Identificar e trabalhar com parceiros.**

- identificar grupos e organizações necessárias envolvendo-as na prevenção do suicídio;
- ter um contato em cada um destes grupos e organizações;
- perceber o modo de trabalho entre as parcerias.

**Passo 4: Criar protocolos para ajudar as pessoas em situação de risco.**

- criar protocolos para situações de: - risco de suicídio, - perigo imediato de autoagressão, - ou de sinais reveladores de depressão;
- identificar organizações e profissionais que possam avaliar, tratar e prestar serviços a indivíduos em risco.

**Passo 5: Escolher um programa de formação adequado às suas circunstâncias.**

- averiguar : custos e tempo necessário para a formação, público para a formação e população alvo, modalidades de formação, objetivos da formação, possíveis formadores;
- contatar com pessoas que fizeram formação em prevenção de suicídio;

**SEGUNDA ETAPA (implementação e avaliação)**

**Passo 6: Implementar um programa de Formação\***

- educar a comunidade (professores, pais, alunos, auxiliares educativos);
- selecionar e recrutar os formandos;
- adaptar o programa de formação, se necessário;
- estar preparado para dar apoio emocional durante a formação.

**Passo 7: Apoiar os professores e parceiros, monitorizar e avaliar o programa.**

- Realizar um pré-acordo com os formandos para lhes ser fornecido apoio emocional;
- Lembrar periodicamente que têm apoio emocional disponível, e incentivar a usá-lo;
- Proporcionar cursos de 'reciclagem' para manutenção da motivação e capacidades;
- Sensibilizar diretores, e políticos sobre a formação e seus papéis na mesma;
- Avaliar e identificar situações a melhorar;

\* ver proposta de um programa de formação para professores (anexo 9)





*Anexo 9: Proposta de um Programa de Formação*



## **Programa de Formação**

### **Supervisão da formação de professores em prevenção do suicídio**

*Baseado no Programa de Formação Contínua em Matemática para professores do 2º ciclo do Ensino Básico - 2006*

As Instituições de Ensino Superior (IES) que poderão vir a ser responsáveis pela implementação do programa deverão promover a formação básica e contínua de modo a fomentar uma maior interligação entre os diferentes ciclos de ensino. O Programa deve constituir uma oportunidade para proporcionar um maior conhecimento das necessidades dos professores, em meio escolar, no que diz respeito à Prevenção do suicídio, responsabilizando a implementação de projetos que fomentem a mesma. Neste sentido apresentamos os princípios, objetivos, linhas orientadoras, estratégias, conteúdos e recursos do Programa de Formação para Professores.

#### **1. Princípios**

Reconhecendo as principais ideias que nos últimos anos têm vindo a ser valorizadas pela investigação educacional em matéria de formação de professores, este programa deverá assumir um conjunto de princípios orientadores:

*1. Valorização do desenvolvimento profissional do professor.* O professor possui um conhecimento profissional específico, multifacetado, que desenvolve continuamente ao longo do tempo, em diálogo com as experiências diversas que vai vivendo, nomeadamente no contexto concreto das escolas em que leciona e com as turmas que vai encontrando. Esse conhecimento deve ser, pois, resultado de um processo dinâmico de procura de resposta às novas situações com que o professor se depara, exigindo atualização e aprofundamento permanente e sustentado, o que pressupõe o desenvolvimento de uma predisposição positiva para o investimento profissional.

*2. Valorização de uma formação de qualidade sobre a prevenção do suicídio.* Ao professor cabe proporcionar aos seus alunos experiências de aprendizagem neste domínio. Para tal, é imprescindível que o professor possua um conhecimento de qualidade sobre a prevenção de suicídio, articulado com o conhecimento curricular e didático específico, bem como um conhecimento sobre os processos de aprendizagem dos alunos, sendo capaz de identificar e reconhecer as suas dificuldades, respetivas origens, e de aproveitar as situações vivenciadas pelos alunos como fonte de aprendizagem.

*3. Reconhecimento das práticas dos professores como ponto de partida para a formação.* O conhecimento profissional do professor, em particular o seu conhecimento em prevenção de suicídio, desenvolve-se essencialmente através da reflexão antes da ação, durante a ação e pós-ação sobre situações concretas, vivenciadas na escola, que permitam analisar e identificar os fatores de sucesso, bem como a origem das dificuldades encontradas, tendo em conta as intenções e objetivos com que a ação educativa foi planificada.

*4. Consideração das necessidades concretas dos professores relativamente às suas práticas em prevenção do suicídio.* É importante que cada professor conheça as suas

competências e fragilidades e seja capaz de diagnosticar as suas prioridades no domínio da formação, considerando a formação contínua como algo indispensável ao seu desenvolvimento profissional. O diálogo com os colegas e com os formadores pode facilitar a tomada de consciência das suas dificuldades bem como revelar capacidades ignoradas. Isto significa que a formação deve procurar ir ao encontro dos interesses que o professor revela, contemplando um espaço de negociação dos principais focos de incidência ao longo do processo de formação.

5. ***Valorização do trabalho colaborativo entre diferentes atores.*** A dimensão coletiva do trabalho dos professores é extremamente importante pelas mais-valias que permite obter. A colaboração entre diferentes atores (professores da escola, especialistas e formador) na preparação e condução de experiências de desenvolvimento profissional permite capitalizar energias, proporcionar apoio acrescido, multiplicar perspetivas, enriquecer a reflexão e a prática letiva, permitindo que o grupo dos professores da escola funcione como um grupo colaborativo e como um fórum estimulante e gratificante de reconhecimento do trabalho desenvolvido.

6. ***Valorização de dinâmicas contínuas centradas na Prevenção do Suicídio.*** A prevenção do suicídio é algo que necessita de investimento continuado por parte dos professores. Para tal, é importante que seja valorizado e reconhecido o papel do professor com formação, nesta área, em cada escola e este passe a responsabilizar-se pela promoção de actividades curriculares específicas e coordene a sua realização, nomeadamente de projetos, de forma a estimular os colegas a um investimento continuado e sustentado nesta temática.

## **2. Objetivos da formação**

O Programa de formação/supervisão tem como finalidade última a melhoria das aprendizagens dos formandos. Para isso, definem-se como objetivos gerais:

1. Promover, nos professores envolvidos, um aprofundamento do conhecimento em comportamentos suicidiários, tendo em conta os atuais estudos nacionais e orientações do Plano Anual de Saúde, neste domínio.
2. Favorecer a realização de práticas, em prevenção do suicídio, que contemplem a observação de aulas, recreios, refeições, a sua reflexão, para as quais os professores envolvidos devem contar com o apoio dos seus pares e formadores.
3. Fomentar uma atitude positiva dos professores relativamente à prevenção do suicídio em meio escolar, que inclua a criação de expectativas elevadas acerca do sucesso escolar dos seus alunos na escola.
4. Criar dinâmicas de trabalho de colaboração entre os professores da mesma escola, com vista a um investimento continuado na prevenção do suicídio ao nível do grupo de professores, onde funcionem como polo dinamizador que promove atividades diversas associadas a esta formação específica.

5. Promover uma articulação entre os professores dos diferentes ciclos de modo a contribuir para uma continuidade da prevenção.

6. Promover o trabalho em rede entre escolas, centros de saúde e outras instituições sociais.

### **3. Linhas orientadoras e Estratégias de formação**

As atividades de formação integrarão as práticas dos professores e serão concebidas de modo a interligar a vertente de formação inicial dos professores e a do saber didático. Integrar as práticas dos professores significa ter em conta a experiência profissional dos professores, proporcionando espaços de experimentação e reflexão conjunta de modo a que se possa refletir sobre as práticas e partir delas para o desenvolvimento de um saber sustentado, que entre em linha de conta com as características dos alunos a quem se dirige. Integrar as práticas dos professores significa também privilegiar na formação a sua realidade e aquilo para que eles devem estar sensíveis nas respetivas turmas, tomando como essencial os temas abordados na formação.

A formação contemplará três componentes indissociáveis:

- seleção e preparação de estratégias de prevenção do suicídio, com planificação de atividades letivas relativas a esse mesmo tema;
- concretização das atividades letivas planificadas, conduzidas pelo professor e acompanhadas/supervisionadas pelo formador;
- reflexão sobre a prática realizada, individual e coletivamente.

#### *Seleção, preparação e planificação da prevenção do suicídio*

As estratégias de prevenção do suicídio deverão ser selecionadas, de entre as apresentadas neste programa, pela equipa de formação. Esta seleção deve ser orientada pelas necessidades antecipadas pela equipa de formação, conjugadas com as dificuldades que o grupo de formandos vai manifestando. Consequentemente, o plano de formação deve ser progressivamente construído. É desejável que este se articule com as necessidades dos formandos.

Tal como se afirmou nos princípios orientadores, cada grupo de formação deve identificar as suas necessidades de formação. Para tal poderá recorrer ao preenchimento duma *checklist* elaborada previamente pelo formador e especialistas na temática. Os formandos envolvidos podem fazer uma análise crítica dos resultados selecionados maioritariamente na *checklist*. A discussão desta análise poderá conduzir a uma primeira identificação das necessidades de formação, sendo este processo alimentado pelas sessões de acompanhamento/supervisão.

A formação conjunta deve ir ao encontro das necessidades reais dos professores envolvidos, contemplando espaços de negociação dos principais focos de incidência. A formação partirá das questões levantadas pelos formandos ao nível de contexto de sala de aula, recreio, entre outros, nomeadamente desenvolvendo capacidades de observação e de ouvir o outro.

Trabalhar-se-ão cuidadosamente as questões levantadas, de forma a proporcionar aos formandos um desenvolvimento das suas práticas com vista à melhoria do suporte adequado à prevenção do suicídio, e do seu conhecimento didático.

Pretende-se incentivar o trabalho em grupo onde se partilhem opiniões e experiências, discutam ideias, analisem recursos, elaborem projetos escolares, perspetivem estratégias para a sua realização, obtendo-se assim planificações coletivas que depois são adaptadas por cada professor, atendendo às especificidades dos seus alunos, e experimentadas na respetiva sala de aula ou meio escolar, com posterior análise das aprendizagens suscitadas.

#### *Concretização de atividades letivas*

A sala de aula é o espaço onde se joga e desenvolve o conhecimento profissional do professor, em particular o que põe em ação. É, por isso, muito importante considerar esta dimensão na formação e rentabilizar a possibilidade de o formador a poder acompanhar.

Ao desenvolver os projetos planificados, o professor tem oportunidade de se aperceber de aspetos eventualmente não conscientes, ao lidar com as questões levantadas na formação, com as suas dificuldades ou com ideias inesperadas.

A presença do formador no meio escolar pode contribuir para a identificação das principais necessidades de formação do professor. Na sua função de acompanhamento do trabalho realizado, o formador deve dedicar-se à observação e à recolha de dados que servirão para posterior reconstituição, discussão e reflexão, em especial de episódios que considerar especialmente significativos que eventualmente valha a pena discutir com o professor.

Mas a função de acompanhamento tem subjacente um outro aspeto não menos importante. Havendo clima de abertura e cumplicidade, o formador poderá ter uma participação, ainda que pontual, quer na sala de aula, quer no recreio, sugerindo ao professor, por exemplo, uma questão a colocar ao(s) aluno(s) para suscitar melhor esclarecimento do comportamento vivenciado pelo aluno. Dar ao professor a oportunidade de ver os seus alunos reagirem perante outro modo de estar do professor pode constituir uma experiência de aprendizagem significativa para o professor, nomeadamente quando isso lhe proporciona um maior conhecimento sobre o *ser* e o *estar* dos alunos.

### *Reflexão sobre a prática realizada*

A reflexão sobre a prática realizada pelo professor, num contexto de prevenção do suicídio, constitui um momento fundamental da formação e que deve ser potenciada pelo acompanhamento que o formador fez ao formando.

Recorde-se que a observação corresponderá a algo que foi planificado e preparado nas sessões de formação. O confronto entre as expectativas à partida e aquilo que se obteve dos alunos constitui um aspeto fundamental para reflexão, a realizar em interação pessoal entre o formador e o professor, nomeadamente quando envolve aspetos mais melindrosos, e/ou no grupo de formação, como forma de estimular a análise coletiva de opções diferentes seguidas por diferentes professores e concluir sobre as suas potencialidades ou fragilidades.

Nas sessões de formação em grupo reservar-se-á pois um espaço de discussão, que pode ser alimentado pela análise das recolhas em contexto escolar ou pelos episódios registados pelo formador durante o acompanhamento. É fundamental que os professores desenvolvam uma atitude de questionamento sobre as suas opções e as respetivas consequências ao nível específico das aprendizagens dos alunos, e não apenas ao nível das atitudes. Esta discussão deverá ainda permitir detetar, relativamente às necessidades de prevenção do suicídio trabalhadas nas sessões de formação conjunta, aspetos menos consolidados e que é necessário repensar.

Pelo exposto, convém sublinhar a importância do formador neste processo de formação. Ele surge como um dos intervenientes, colaborando nas planificações, participando nas dinâmicas em contexto escolar, recolhendo dados, de modo que a reflexão posterior sobre as experiências realizadas com os alunos, seja feita com uma maior profundidade, ajudando a perceber aquilo que resultou, o que deve ser evitado, o que é necessário desenvolver. Nesta perspetiva, o formador tem o papel de um parceiro que questiona as práticas com um outro olhar, ajuda a preparar materiais, propõe novas abordagens num ambiente de colaboração. Este papel deve ir sendo progressivamente assumido pelo professor em parceria com o formador.

#### **4. Perfil do formador**

Cada vez mais é exigido ao formador uma capacidade de adaptação perante a complexidade de situações de formação. O formador, quer exerça essa atividade a tempo inteiro ou não, desempenha e regula o processo de aprendizagem de uma forma sistemática, proporcionando com esse exercício a transmissão e aquisição de competências profissionais aos formandos.

O formador deve possuir competências a nível “humano”, a nível técnico, profissional e pedagógico. Cabe-lhe a responsabilidade direta de proporcionar a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes correspondentes ao eficaz desempenho de uma

profissão, mantendo-se alerta, atento e interessado, de forma a permanecer atualizado, nunca dando por concluído o seu processo formativo. O formador deve ser ainda capaz de questionar sistematicamente os seus próprios conhecimentos.

#### *As competências do formador*

- Ser capaz de compreender e integrar-se no contexto em que exerce a sua atividade.
- Ser capaz de adaptar-se a diferentes contextos organizacionais e a diferentes grupos de formandos.
- Ser capaz de planificar e preparar as sessões de formação.
- Ser capaz de conduzir/mediar o processo de formação/aprendizagem no grupo de formação.
- Ser capaz de gerir a progressão na aprendizagem dos formandos.
- Ser capaz de avaliar a eficiência da formação.

### **5. Destinatários da ação**

Professores e Educadores de todas as áreas disciplinares e graus de ensino, que pretendam frequentar a formação.

### **6. Organização**

O grupo de professores tem normalmente uma formação inicial muito diversificada e de áreas de saber diferentes. Têm ainda um saber profissional resultante da sua prática como professores. É, pois, no sentido de considerar estas diferentes experiências que se propõe que, no primeiro ano de implementação da formação, esta se realize nas escolas/agrupamentos onde seja possível organizar grupos de 8 a 10 formandos. Assim, só excepcionalmente os grupos de formação não coincidirão com o grupo de professores (ou parte do grupo) de uma dada escola. Nos casos de escolas pequenas pode o grupo resultar da junção dos professores interessados de duas ou mais escolas próximas. Pretende-se com esta organização que a maioria (ou a totalidade) dos professores numa dada escola esteja envolvida na formação. A cada Instituição de Ensino Superior caberá organizar e adequar o modelo organizativo proposto, respeitando os princípios, objetivos e linhas orientadoras definidos.

É indispensável que a formação tenha um carácter continuado ao longo do ano letivo, devendo garantir:

- a realização de 6 sessões de formação em grupo de 3h cada, a realizar na escola/agrupamento, para cada grupo de 8 a 10 professores, em horário não letivo;
- a presença efetiva do formador em, pelo menos, 2 momentos, nas escolas dos formandos de cada grupo, para o desenvolvimento de atividades (ao nível da sala de aula, recreio, entre outras) que concretizam a planificação trabalhada nas sessões de formação em grupo e respetiva reflexão e discussão;



- a realização de um seminário final, de participação obrigatória por parte dos formandos, para apresentação e divulgação dos trabalhos realizados no âmbito do programa;
- o trabalho do formador em estreita ligação com o professor o qual, sempre que possível, se envolverá com o formador nas atividades de acompanhamento;
- uma organização de horários por parte da escola que se estabeleça à partida um espaço de 3h no período laboral, comum a todos os professores do grupo, para as sessões de formação em grupo; no sentido de rentabilizar a presença do formador na escola os horários dos formandos devem ainda permitir a observação de aulas, espaços escolares no mesmo dia da formação;
- as horas de formação, reuniões e outra preparação, devem ser consideradas no horário normal dos professores, integrando a componente não letiva.

As sessões de formação em grupo com o formador e peritos no tema em causa, no agrupamento/escola, visam aprofundar o conhecimento necessário à implementação de condições para a prevenção do suicídio em meio escolar. As sessões de acompanhamento na escola visam a concretização e a análise das experiências coletivamente planeadas, durante o horário letivo. Este acompanhamento será consoante a negociação realizada, de modo a que todos os professores possam ter a oportunidade de ser acompanhados pelo menos duas vezes em dois momentos distanciados.

Esta organização implica um grande esforço da parte dos formadores envolvidos, que também eles não podem ficar isolados. Assim, recomenda-se que cada Instituição de Ensino Superior (IES) organize o programa de modo a garantir, também entre os formadores, trabalho colaborativo — um espaço de trabalho conjunto na IES para aprofundar temas, organizar materiais, refletir sobre as experiências e regular o desenvolvimento do trabalho.

## **7. Metodologia e conteúdos da ação**

Os conteúdos deste programa de formação de professores visam o desenvolvimento do seu conhecimento sobre a prevenção do suicídio em meio escolar, de modo a se tornarem mais confiantes e competentes no exercício da prevenção.

As sessões deverão ser de carácter predominantemente prático, com alguns momentos expositivos/demonstrativos.

Salienta-se que as atividades integradoras devem ser desenvolvidas com a preocupação de ligação com os contextos e as vivências profissionais dos participantes.

## PRIMEIRO MOMENTO

- Sessão 1**
- Conhecer o motivo que trouxe os professores à ação de formação
  - Falar sobre o suicídio
    - Numa escala de 1 a 10, classificar o quão confortável é falar sobre o suicídio.
    - Realizar um *brainstorm*
  - Responder a um questionário (identificação de conhecimentos dos professores-*Checklist*)
  - Exposição teórica
    - identificar sinais de alerta
    - conhecer os fatores de risco, fatores protetores
    - conhecer os recursos existentes
- 
- Sessão 2**
- Trabalho de grupo
    - Descobrir modos de promover os fatores de proteção (resiliência) em meio escolar, inclusive na sala de aula.
    - Relembrar as funções do professor (identificar, ouvir, referenciar)
  - Conhecer os papéis da escola, pais, alunos e comunidade
- 
- Sessão 3**
- Visualização de pequenos filmes para identificação dos sinais de alerta nos alunos em situação de contexto de sala de aula e escola
  - Uso de *role-play* entre os formandos
  - Lembrete: a prevenção do suicídio juvenil é assunto de todos!
    - Lembrar que não tem todas as respostas
    - Avaliar os recursos existentes para um 'melhor ajuste'
    - Se não encontrar o que deseja, continuar a procurar
    - Manter-se atualizado
    - Ser prático
  - Construção de estratégias a implementar durante um período escolar (trabalho de grupo)
  - Reconhecer a importância do portefólio como processo de construção pessoal do conhecimento e como instrumento de recolha de dados para o formador

## SEGUNDO MOMENTO

- No terreno** Mediante as estratégias escolhidas em grupo, os professores elaboram um diário de bordo ou portefólio com:
- Observação de aulas de outros colegas, recreios dos alunos, refeições, entre outros
  - Estudo do Projeto Educativo (PE), Plano Anual de Atividades (PAA) e Regulamento Interno (RI) do agrupamento, incluindo a prevenção do suicídio em meio escolar (inserir no Plano de Educação para a Saúde - PES), do Plano de Saúde Escolar (PSE)
  - Reflexões sobre a recolha de informação
  - Auto e heteroavaliação deste 2.º momento

## TERCEIRO MOMENTO

- Sessão 1** Reunião de escultação, discussão e reflexão com elementos da comunidade, sobre as experiências e intervenção na prevenção do suicídio: delegados de turma, encarregados de educação (associação de pais), diretores de turma, assistentes operacionais, assistente social, polícia da escola segura, religiosos, médico, enfermeiro, psicólogo, psiquiatra... [TPC-reflexão escrita a incluir no portefólio]
- 
- Sessão 2** Apresentação dos trabalhos de grupo
- 
- Sessão 3** Continuação da apresentação dos trabalhos de grupo.  
Entrega dos portefólios  
Reflexão e Avaliação da ação de formação
-

## **8. Avaliação dos formandos**

Pretende-se que os participantes no programa de formação elaborem ao longo da formação um portefólio de desempenho, que apresente, de forma detalhada, sistemática e reflexiva, o trabalho desenvolvido nas sessões de formação e no meio escolar.

É importante que o portefólio ajude cada formando a tornar conscientes e refletidas as aprendizagens que terá realizado ao longo da formação, em especial no que diz respeito aos principais objetivos da formação. Para tal, o portefólio deverá incluir, no mínimo, duas medidas de prevenção de suicídio ocorridas na sala de aula, recreio, entre outras, nas quais tenham sido realizadas e exploradas as tarefas nas sessões de formação conjunta. Relativamente a cada situação de prevenção de suicídio selecionada, o professor deverá referir as razões da sua inclusão no portefólio, esclarecer a intenção/objetivos da mesma. O que aconteceu na sala de aula/escola pode também ser ilustrado com episódio(s) relevante(s), onde seja explorado um acontecimento particularmente interessante relacionado com a prevenção do suicídio, ou alguma surpresa, dilema, dificuldade sentida pelo professor. O portefólio deve também incluir uma reflexão sobre a forma como a prevenção do suicídio ocorreu e se desenrolou, incluindo a avaliação do professor sobre a mesma, identificando os fatores que contribuíram ou dificultaram a sua implementação, bem como uma síntese sobre o que o professor terá aprendido com a situação de aprendizagem em causa.

Recomenda-se que as indicações relativas à elaboração dos portefólios sejam transmitidas aos professores logo no início da formação e que os formadores vão, ao longo do ano, inquirindo sobre o seu desenvolvimento e disponibilizando-se para dar feedback acerca de textos que os formandos vão construindo, sublinhando a ideia que a construção de um portefólio é um processo continuado.

A apreciação dos portefólios deverá conduzir à sua diferenciação em termos de avaliação, com consequências para o número de créditos a obter. Para a sua análise, sugerem-se alguns aspetos que os formadores poderão considerar nos seus critérios de avaliação:

1. apresentação e organização: clareza e correção gramatical e semântica; secções bem concebidas e identificadas e com uma organização lógica, anexos pertinentes;
2. representatividade das situações de prevenção do suicídio selecionadas: explicitação das razões da escolha das situações, coerência com os objetivos da formação;
3. qualidade da reflexão: incidência na aprendizagem da prevenção do suicídio em meio escolar, suportada por evidência em meio escolar;
4. aplicação de competências ao contexto: plano de intervenção, avaliação de práticas e materiais de apoio;
5. obrigatoriedade de frequência de 2/3 das horas presenciais e participação na ação (contributos, assiduidade, pontualidade);

## 9. Forma de avaliação da ação de formação

Avaliação Interna com base na opinião dos formandos e formador, materiais produzidos na ação e mudança de práticas dos formandos.

Avaliação externa com recurso a estudos de entidades externas ao processo formativo.

## BIBLIOGRAFIA BÁSICA

Alarcão, I. & Tavares, J. (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica – Uma perspectiva de desenvolvimento e Aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina. 2ª Edição.

Canário, R. (1994). *Formação Contínua e Profissão Docente*. Revista de Educação e Matemática, 31, 18-20.

Correia, J.A.; Caramelo, J.C. e Vaz, H.M. (1998). *Formação de Professores*. In A.S.Silva, L.A. Rothes, J.A. Correia, J.C. Caramelo, H.M. Vaz, n. Costa e J. Praia (eds), *A Revolução do Sistema Educativo e o PRODEP* (Vol. III, pp 105-262). Lisboa: Ministério da Educação – Departamento de Avaliação Prospectiva e Planeamento.

Del Río, M. J.(1996) *Comportamento e aprendizagem: teorias e aplicações escolares*. In: COLL, C.; PALACIOS, J.; MARCHESI, A. (org.). *Desenvolvimento Psicológico e Educação: psicologia da educação*. Porto Alegre: Artes Médicas, v.2.

Gonçalves, M. (2009). *Supervisão, Formação e Estratégias de Ensino no 1º ciclo do Ensino Básico*. Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro.

Grupo de Trabalho de Investigação. GTI (Ed.). (2002). *Reflectir e investigar sobre a prática profissional*. Lisboa: APM.

GTI (Ed.). (2005). *O professor e o desenvolvimento curricular*. Lisboa: APM.

GTI (Ed.). (2008). *O professor de Matemática e os projectos de escola*. Lisboa: APM.

Guimarães, V. (2006), *Formação de professores: saberes, identidade e profissão*. São Paulo: Papyrus editora.

Miller, D., & Berman, A. (2010). *Child and Adolescent Suicidal Behavior: School-Based Prevention, Assessment, and Intervention - The Guilford Practical Intervention in Schools Series*. Falta cidade: Editora Guilford Press.

Ministério da Saúde (2006). Programa nacional de saúde escolar. *Diário da República*. N.º 110, 2ª série, 7 de Junho. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>. Acedido a 10 de outubro de 2011.

Organização Mundial de Saúde (2000). *Prevenção do Suicídio. Manual para professores e Educadores*. Genebra: World Health Organization (WHO). Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.3\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.3_por.pdf). Acedido a 18 de novembro de 2011.

Pardal, L. A. & Martins, A. M. (2005). Formação contínua de professores: concepções, processos e dinâmica profissional. *Psicologia da Educação*, nº 20, pp.103-117.

Pedrosa de Jesus, M. H. T. (1991). *An investigation of pupils' questions in Science teaching*. Tese de Doutoramento (não publicada). Universidade de East Anglia, Norwich, U.K.

Pedrosa de Jesus, M. H. T. (1996). Que funções podem ter as perguntas na sala de aula? Comunicação apresentada no I Colóquio A Ciência Psicológica nos Sistemas de Formação. Universidade de Aveiro.

Peixoto, B., Saraiva, C., & Sampaio, D. (2006). *Comportamentos Suicidários em Portugal*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidiologia.

Pereira, A., Vagos, P., Santos, L., Vasconcelos, G., Monteiro, S., Torres, A. Oliveira, P. (2010). *Ajudar quem ajuda: a outra face da LUA*. In A. Pereira (Eds) Actas do I Congresso RESAPES – AP – Apoio psicológico no ensino superior: Modelos e práticas (pp. 106-112). Aveiro: Universidade de Aveiro.

PONTE, J. P. (2002). *Investigar a nossa própria prática – em refletir e investigar sobre a prática profissional* – organização: GTI – Grupo de Trabalho de Investigação Portugal: Associação de Professores de Matemática.

Rebelo, I. (2004). *Desenvolvimento de um Modelo de Formação – um estudo na formação contínua de professores de Química*. Tese de Doutoramento, não publicada: Aveiro, Universidade de Aveiro.

Rodrigues, M.; Pereira, A.M.S. & Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde. Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: Edição Formasau – Formação e Saúde Lda.

Sá Chaves, I (2000). *Portfolios reflexivos. Estratégia de Formação e Supervisão*. Aveiro. Universidade de Aveiro. UIDTFF. Cadernos Didáticos. Série Supervisão, nº 1.

Sá Chaves, I (2005). *Os Portfolios reflexivos (também) trazem gente dentro, Reflexões em torno do seu uso na humanização dos processos educativos*. Porto Editora, (org.).

Sá Chaves, I. (2002). *A construção do conhecimento pela análise reflexiva da Praxis*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian/FCT.

Serrazina, M.L, & Rocha, I. &Canavarro, A. & Guerreiro, A. & Portela. J. &Gouveia, M.J. (2006). *Programa de Formação Contínua em Matemática para professores do 2º ciclo do Ensino Básico*. Lisboa: DGIDC.

## Sites

<http://formacao.fikaki.com/>

<http://www.adcet.edu.au/StoredFile.aspx?id=1356&fn=Reducing+the+Risk+of+Student+Suicide.pdf>

<http://www.ccsme.org/train/suicideprevention>

<http://www.livingisforeveryone.com.au/Training.html#LifeForce>

<http://www.livingworks.com.au/>

<http://www.sfsuicide.org/prevention-strategies/for-parents-and-teachers/>

<http://www.suicideassessment.com/>