



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

# **Estudo exploratório para a construção do Teste Stroop Emocional para o *screening* de risco suicida.**

**Carolina Damasceno Ribeiro Matos Lopes**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre na especialidade de  
**Psicologia Clínica e da Saúde**  
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutora Graça Esgalhado

**Covilhã, Junho de 2011**







## Dedicatória

Dedico esta tese aos meus pais,  
pois é a eles que devo tudo o que sou.







## Resumo

As investigações realizadas na área da Psicopatologia têm-se centrado essencialmente na análise de como a atenção selectiva a estímulos relevantes pode afectar e condicionar a realização de tarefas, nas quais o processamento da informação é dissociativo. O suicídio é uma problemática cada vez mais actual e preocupante, e são escassos os estudos que avaliem a ideação suicida e conseqüentemente o risco de suicídio, através de um instrumento de Stroop Emocional. Assim, a contribuição deste trabalho é a realização de um estudo exploratório para a construção do teste de Stroop Emocional para o risco suicida. Este teste poderá futuramente ser utilizada como uma ferramenta clínica de avaliação do risco de suicídio.

Este estudo decorreu em quatro fases: (1) obtenção das palavras para a lâmina neutra; (2) obtenção das palavras para as lâminas positiva e negativa; (3) validação das palavras e (4) formulação do teste Stroop Emocional. Para estas fases foi utilizada uma amostra sempre diferente, tendo-se recorrido a especialistas na área da Biologia, da Saúde Mental e a alunos da Universidade da Beira Interior.

O trabalho realizado conduziu à construção das três lâminas que compõem o Stroop Emocional para o risco Suicida.

Palavras-chave: Suicídio, Risco de Suicídio, Teste Stroop Emocional.







## **Abstract**

The investigations in the Psycopathology area have been focused, mainly in the analisis of how the selectiv attention to relevant stimuli, may affect and condition the performing of tasks, in wichs the processing of information is dissociativ. Suicide is becoming a very actual and concerning issue, and there are few studies, that evaluate the suicide intention and consequently the risk of suicide, trough an instrument of Stroop Emotional. Therefore, the contribution of this work, is the performing of an exploratory study for the construction of the Stroop Emocional Test for suicide risk. This test can be used in the future, as a clinical tool of avaliation of suicide risk.

This study was performed in four fases: (1) obtaining the words for the neutral plate; (2) obtaining the words for positive and negative plate; (3) validation of the words and (4) constructing the Stroop Emocional Test. For all these fases, allways a sample was used, asking for the help of diferent specialists in the area of Biology, Mental health and to students from Universidade da Beira Interior.

This work leded to te construction of the 3 plates that compose the Stroop Emocional for suicide risk.

Key words: Suicide, Suicide risk, Stroop Emocional Test







## Agradecimentos

Concluída uma etapa muito particular e importante da minha vida, não poderia deixar de exprimir o mais sincero agradecimento a todos aqueles que fizeram parte desta etapa e que contribuíram para a realização deste trabalho.

O primeiro agradecimento é dirigido à professora que tive a honra de ter como orientadora, a Professora Doutora Graça Esgalhado, que com muita paciência e perseverança, me orientou rigorosa e profissionalmente.

Aos professores de Biologia da Escola E. B. 2/3 de Tortosendo, à Dr<sup>a</sup>. Mónica Grancho, à Dr<sup>a</sup>. Filipa Leiria, à Dr<sup>a</sup>. Paula Correia, à Dr<sup>a</sup>. Regina Fortunato e ao Dr<sup>o</sup>. Carlos Leitão, aos alunos das várias faculdades da Universidade da Beira Interior e aos seus docentes, pela disponibilidade demonstrada para a validação das palavras que compõem a prova de Stroop Emocional.

Aos meus pais, por toda a compreensão demonstrada, pelo suporte, amizade, paciência e apoio incondicional, nesta fase tão determinante da minha vida.

Ao meu irmão pela paciência demonstrada ao longo deste ano lectivo, pela amizade e apoio incondicional.

Aos meus avós, porque sei que sou para eles um motivo de grande orgulho, pelo apoio, pelo suporte e por toda a compreensão.

Não sendo possível nomear todos os meus amigos, expresso aqui um agradecimento aos que me apoiaram e auxiliaram nesta fase especial da minha vida. Contudo não poderia deixar de agradecer especialmente às pessoas que foram realmente minhas amigas nestes 5 anos, à Inês Sequeira, à Maria João Simões e à Filipa Carrola. Os verdadeiros amigos não são aqueles que estão connosco todos os dias, mas sim nos dias e nas horas em que precisamos deles. Obrigada por me fazerem acreditar, que mesmo com alguma distância, a verdadeira amizade existe.

E como o melhor se guarda para o fim, ao Orlando, por toda a sua perseverança, pela sua assertividade, pelo seu incentivo constante, pela sua ajuda, apoio, suporte e compreensão nos momentos mais difíceis e pelo amor e afecto com o qual me brinda todos os dias. Obrigada por fazeres parte da minha vida.







# Índice

Dedicatória .....	v
Resumo.....	ix
Abstract.....	xiii
Agradecimentos .....	xvii
Lista de Figuras.....	xxv
Lista de Tabelas .....	xxix
Introdução.....	1
Parte I - Enquadramento Teórico .....	3
Capítulo I - O suicídio: contextualização .....	5
1.1 Breve contextualização sobre o Suicídio.....	7
1.2 Definições de suicídio .....	8
1.3 Tipos de Suicídio .....	11
1.4 Epidemiologia .....	13
1.5 Factores de Risco .....	15
1.6 Métodos utilizados .....	22
Capítulo II - Processos Cognitivos e Tarefa Stroop Clássica.....	23
2.1 Mecanismos cognitivos implicados na tarefa <i>Stroop</i> .....	25
2.2 Antecedentes da Tarefa Stroop .....	26
2.3 O Teste <i>Stroop</i> .....	28
2.4 Âmbitos de aplicação do Teste Stroop .....	29
2.5 Utilizações e versões da tarefa Stroop.....	30
Capítulo III - Stroop Emocional .....	35
3.1 Stroop Emocional .....	37
3.2 Descrição da tarefa Stroop Emocional .....	40
3.3 Estudos com Stroop Emocional .....	40
Parte II - Corpo Empírico.....	49
Capítulo IV.....	51

Metodologia .....	51
4. Apresentação do estudo .....	53
4.1 Tipo de Estudo.....	55
4.2 Objectivos .....	55
4.3 Método .....	56
4.3.1 Fase 1.....	56
4.3.1.1 Participantes .....	56
4.3.1.2 Material/Procedimentos/Resultados .....	56
4.3.2 Fase 2.....	58
4.3.2.1 Participantes .....	58
4.3.2.2 Material/Procedimentos/Resultados .....	58
4.3.4 Fase 3.....	63
4.3.4.1 Participantes .....	63
4.3.4.2 Procedimentos .....	64
4.3.4.3 Resultados.....	65
4.2.5 Fase 4.....	70
5. Discussão dos resultados.....	75
6. Conclusões .....	77
Bibliografia.....	79
Anexos .....	89





## Lista de Figuras

Figura 1 - Distribuição percentual relativamente ao curso frequentado (n=300, moda = psicologia) .....	63
Figura 2 - Distribuição percentual relativamente ao curso frequentado (n=300, moda = psicologia) .....	64
Figura 3 - Excerto da página de registo de dados e cotação no Teste de Stroop Emocional para o risco suicida .....	71
Figura 4 - Excerto da lâmina 1 ou lâmina neutra .....	72
Figura 5 - Excerto da lâmina 2 ou lâmina positiva .....	72
Figura 6 - Excerto da lâmina 3 ou lâmina negativa .....	73







## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Tipos de suicídio .....	11
Tabela 2 - Estudos que recorreram ao Teste de Stroop Emocional .....	41
Tabela 3 - Palavras apresentadas aos cinco juízes especialistas .....	57
Tabela 4 - Palavras pertencentes à categoria Frutos, para constituir a lâmina neutra .....	57
Tabela 5 - Palavras apresentadas aos cinco juízes especialistas .....	58
Tabela 6 - Palavras para constituírem as lâminas positiva e negativa, com a avaliação efectuada pelos juízes .....	60
Tabela 7 - Palavras neutras quanto à frequência de uso .....	65
Tabela 8 - Palavras neutras quanto à familiaridade .....	66
Tabela 9 - Palavras neutras quanto ao nível de conhecimento .....	66
Tabela 10 - Palavras neutras quanto ao grau de evocação de imagem .....	66
Tabela 11 - Palavras positivas quanto à frequência de uso .....	67
Tabela 12 - Palavras positivas quanto à familiaridade .....	67
Tabela 13 - Palavras positivas quanto ao nível de conhecimento .....	68
Tabela 14 - Palavras positivas quanto ao grau de evocação de imagem .....	68
Tabela 15 - Palavras negativas quanto à frequência de uso .....	69
Tabela 16 - Palavras negativas quanto à familiaridade .....	69

Tabela 17 - Palavras negativas quanto ao nível de conhecimento .....	70
Tabela 18 - Palavras negativas quanto ao grau de evocação de imagem .....	70
Tabela 19 - Palavras neutras, positivas e negativas que constam nas lâminas do Teste de Stroop Emocional para o risco suicida .....	71





# Introdução

Iniciámos o presente trabalho, relembando o estudo pioneiro de John Ridley Stroop (1935), intitulado “*Studies of interference in serial verbal reactions*” no *Journal of Experimental Psychology*. Este artigo é de extrema importância não só para a psicologia cognitiva como para o domínio de avaliação e investigação em diferentes patologias. É neste contexto que se enquadra o presente trabalho que tem como objectivo a realização de um estudo prévio para uma futura validação do teste Stroop Emocional para o risco suicida.

Na verdade, cada vez mais o suicídio é uma problemática preocupante e actual, quer a nível clínico quer social. A prevalência da ideação suicida é bastante difícil de determinar devido à diversa metodologia que tem sido utilizada nos distintos estudos, o que vem condicionar a comparação dos dados obtidos. Contudo, estima-se que a prevalência da ideação suicida se situe entre os 15% e os 53%, com resultados superiores no sexo feminino em detrimento do masculino (Diekstra & Gulbinat, 1993 cit in Ros & Arranz, 2006). Segundo os dados obtidos através da OMS em 2000, cerca de um terço dos casos de suicídio encontravam-se relacionados com a dependência de álcool e cerca de 5% a 10% das mesmas põem fim à sua vida recorrendo a este método. Para Shaffer (1988), a incidência do suicídio entre os indivíduos que consomem drogas é aproximadamente 20 vezes superior à da população geral, e cerca de 70% dos suicídios em jovens estão associados, de alguma maneira, com o consumo destas substâncias. Outros estudos sugerem que 25% de todos os suicídios estão relacionados com o consumo de álcool, e que em cerca de 60% dos suicídios existem antecedentes de perturbações por consumo de substâncias (Ros & Arranz, 2006). Com o aumento das taxas de suicídio esta temática considera-se um problema de saúde pública que cada vez mais desperta o interesse dos investigadores.

Justifica-se assim o desenvolvimento de instrumentos de avaliação psicológica que facilitem a detecção do risco de suicídio, daí a nossa opção pelo Teste Stroop Emocional. Segundo Greco (1993) a prova de Stroop Emocional é utilizada com diversas finalidades, sendo uma delas a possibilidade de ser uma ferramenta clínica de avaliação. Como recorre a estímulos ameaçadores, físicos ou sociais, relacionados com a problemática que se pretende estudar, verifica-se que os sujeitos que padecem dessa perturbação, demoram mais tempo a reagir perante os estímulos, do que os sujeitos que não a apresentam. Desta forma a tarefa Stroop Emocional pode ser valiosa em estudos psicopatológicos detalhados para discriminar diferentes manifestações clínicas, como no caso do risco de suicídio.

Já em 1986, Williams e Broadbent desenvolveram um estudo sobre o efeito de Stroop nas tentativas de suicídio, e concluíram que os sujeitos apresentavam uma tendência para serem mais lentos na nomeação das cores das palavras que estavam associadas ao acto suicida (Greco, 1993).

O indivíduo que apresenta risco de suicídio possui uma hipersensibilidade para os acontecimentos de vida stressantes, provocando um défice na atenção selectiva, tornando-os, conseqüentemente, mais sensíveis a situações que signifiquem fracasso ou derrota. Uma outra característica destes sujeitos é ficarem “presos”. Facto esse que se deve à incapacidade que os mesmos possuem para gerar novas soluções para os problemas emocionais. O mesmo encontra-se relacionado com o défice que apresentam nas funções executivas (Keilp, Sackeim, Brodsky, Oquendo, Malone & Mann, 2001 cit in Ros & Arranz, 2006; Packman, Marlitt, Bongar & Pennuto, 2004).

Desta forma, com o presente trabalho pretende-se contribuir para o estudo da problemática do suicídio, que é um problema cada vez mais actual, preocupante e com implicações a vários níveis, nomeadamente social. Esta ferramenta clínica poderá desempenhar um papel de relevo, uma vez que através dos conhecimentos das ciências cognitivas permitirá um diagnóstico mais rápido e uma intervenção mais pronta e eficaz perante esta problemática.

A presente dissertação encontra-se estruturada em duas partes. A primeira parte, diz respeito ao Enquadramento Teórico, onde é elaborada uma revisão do estado da arte sobre o suicídio, o Teste de Stroop Clássico e o Teste de Stroop Emocional. A segunda parte é composta pelo Corpo Empírico. Aqui é apresentado o estudo realizado, os resultados obtidos bem como as principais conclusões, limitações e contributos do trabalho elaborado.

# **Parte I - Enquadramento Teórico**



## **Capítulo I**

### **O suicídio: contextualização**



## 1.1 Breve contextualização sobre o Suicídio

O suicídio é um fenómeno complexo que, desde há vários séculos, tem atraído as atenções de filósofos, teólogos, médicos, sociólogos e psicólogos (Bertole, 2000, cit in Organização Mundial de Saúde [OMS], 2000).

Em 1897 o sociólogo Emile Durkheim definiu suicídio como qualquer morte que ocorra, de uma forma directa ou não, devido a um comportamento efectuado pela vítima, em que esta sabe que vai produzir esse resultado. A pessoa que comete suicídio tem como objectivo primário a morte e sabe que o que vai fazer a si própria vai terminar com a sua vida (Bostwick & Cohen, 2009).

A OMS qualificou o suicídio como um grave problema de saúde pública e, como tal, sugere que os países adoptem políticas públicas de emergência na prevenção do mesmo (Loureiro, 2006; OMS, 2000; OMS, 2003 cit in Botega, 2007). Segundo vários autores, verifica-se que não existe apenas um único factor que se encontre na origem da tentativa de suicídio ou do suicídio consumado. Assim, o que origina o mesmo ou a sua tentativa são um conjunto de factores (Chachamovich, Stefanello, Botega & Turecki, 2009; Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2006). Em termos globais, a mortalidade por suicídio aumentou cerca de 60% nos últimos 45 anos. Neste período verificou-se uma mudança relativamente à faixa etária que apresentava resultados mais elevados, deixando de ser a faixa etária mais idosa para dar lugar à faixa etária mais jovem (Chachamovich, Stefanello, Botega & Turecki, 2009; OMS, 2003 cit in Botega, 2007). Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2000), (1) a cada 40 segundos uma pessoa comete o suicídio no mundo; (2) a cada 3 segundos uma pessoa atenta contra a própria vida; (3) o suicídio encontra-se entre as três maiores causas de morte entre os 15 e os 35 anos; (4) cada suicídio tem um impacto grave em pelo menos seis pessoas (Bertole & Fleischman, 2002; Botega, 2000 cit in Seminotti, Paranhos & Thiers, 2006; Estellita-Lins, 2006; Oliveira & Coutinho, 2006; OMS, 2000). Em 2003 cerca de 900.000 pessoas cometeram o suicídio, o que representa uma morte a cada 35 segundos (OMS, 2003 cit in Botega, 2007). Como se pode verificar com o passar dos anos a taxa de suicídio tem vindo a aumentar.

O comportamento suicida, é um dos que requer uma resposta imediata por parte dos profissionais de saúde mental (Beautler, Clarkin & Bongar, 2000), sendo um dos fenómenos psicológicos mais potencialmente fatais (Packman, Marlitt, Bongar & Pennuto, 2004). Para os que se suicidam, este comportamento é visto como a única saída ou escapatória, para a família e amigos o mesmo constitui um acto incompreensível que conduz a sentimentos de culpabilidade e sofrimento. Para todos os médicos, psicólogos e psiquiatras que trabalham com esta problemática representa um fracasso terapêutico e preventivo (Ros & Arranz, 2006).

O gesto ou a atitude suicida demonstra um intolerável sofrimento interior. É sempre uma forma de comunicar por parte de quem sente um profundo desespero e não consegue visualizar uma saída para o seu problema (Ladame et al., 1995; Laufer, 2000; Macfarlane & McPherson, 2001; O'Connor & Sheehy, 2000; Pommereau, 1997; Robbins, 1998; Sampaio,

1991; Saraiva, 1999; Schneidman, 1981; Stengel, 1980 cit in Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001).

O período de transição da adolescência para a idade adulta é um dos mais críticos, uma vez que existe uma reorganização psíquica do sujeito que poderá reactivar vulnerabilidades psicológicas (Blos, 1962; Erickson, 1968 cit in Almeida, 2006) e que corresponde genericamente à fase de transição entre a conclusão do Ensino Secundário e a integração total no mundo dos adultos, culminando, em muitos casos com o final do ensino superior. A entrada no ensino superior exige capacidades de adaptação específicas ao novo contexto académico que se apresenta. Actualmente esta mudança é vista, muitas vezes, como a mais importante de todo o ciclo de vivências académicas, quer para o estudante, quer para as pessoas que constituem o seu círculo relacional (Almeida, 2006). Embora a ideação suicida seja mais frequente nesta população, tem-se verificado um aumento do número de suicídios, contribuindo para que esta seja a segunda causa de morte entre os jovens adultos e os estudantes universitários (Barrios, Everett, Simon & Brener, 2000; Bell, 1996; Brylinsky & Hoadley, 1991; Campana 1984; King & Hampton, 1996; Saraiva, 1999 cit in Almeida, 2006). Os jovens que apresentam mais ideação suicida e depressão, sentem uma maior desesperança. Assim a ideação suicida está relacionada significativamente com a gravidade da depressão (Hart, Craighead & Craighead, 2001; Joiner, Pfaff & Acres, 2002; Klerman, 1988 cit in Almeida, 2006) e com as tentativas de suicídio nos jovens adultos (Diekstra, 1989 cit in Almeida, 2006).

## 1.2 Definições de suicídio

Segundo a OMS (1984), *“O Suicídio é visto como um fenómeno complexo, multifacetado, necessitando esforços coordenados de vários sectores, unidos através de uma correcta metodologia de intervenção, tanto quanto possível objectiva”* (Sampaio, 1991, p. 23). Etimologicamente o suicídio deriva do latim (*sui*, de si, e *caedere*, matar), e pode definir-se como uma acção voluntária através da qual uma pessoa põe termo à sua vida. Assim, pode-se entender o suicídio como a morte do sujeito, sendo a mesma produzida pelo próprio e intencional (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001; Maris, 2002 cit in Ros & Arranz, 2006).

Na verdade, diferentes autores referem que a caracterização das condutas auto-destrutivas não é consensual. As ideias de morte, de suicídio, os comportamentos de risco (em alguns casos as auto-mutilações) e as tentativas de suicídio funcionam como uma escala sequencial, progressiva, com recurso a repetições de actos ou ocorrências, que se sucedem no tempo (Cassarola *et al.*, 1991; Leenaars, 2004; Robbins, 1998; Sampaio, 1991; Saraiva, 1999) e na maioria das vezes não são entendidos ou compreendidos. Daí a importância de os

percepcionar e agir atempadamente, tendo como principal objectivo a prevenção (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001)

A conduta suicida não se refere apenas à acção que culmina com a morte do sujeito, dizendo respeito também aos actos nos quais a morte não ocorreu. Muitas vezes a sobrevivência deve-se a falhas na utilização do método, ou porque o objectivo não era o suicídio mas sim uma chamada de atenção (Skegg, 2005 cit in Ros & Arranz, 2006). Assim, a conduta suicida compreende um conjunto de comportamentos como a ideação suicida, os planos de suicídio, as tentativas, o parasuicídio e por fim, o suicídio consumado. Considera-se também o suicídio indirecto, o qual se refere aos sujeitos que apresentam um estilo de vida que é caracterizado por uma constante exposição a situações de risco (Skegg, 2005 cit in Ros & Arranz, 2006).

O comportamento suicida pode ser encarado como um continuum, onde num dos extremos se situa a ideação suicida (pensamentos, desejos e ideias) e no extremo oposto o suicídio consumado. No meio deste continuum encontra-se a tentativa de suicídio (Baggio, Palazzo & Aerts, 2009; Bastos 2009; Vieira & Coutinho, 2008).

O facto de alguém apresentar ideação suicida não implica que cometa uma tentativa de suicídio ou suicídio consumado, no entanto se estes pensamentos forem aumentando deve submeter-se a pessoa a tratamento (Bastos, 2009). A ideação suicida refere-se a todos os pensamentos relacionados com o causar dano a si próprio ou matar-se (Bridge, Goldstein & Brent, 2006; Leenaars, 2004). É de extrema importância a elaboração de um diagnóstico diferencial, para que se possa realmente afirmar que se trata de uma tentativa de suicídio. É fulcral que o profissional de saúde tenha conhecimentos sobre quais os grupos de maior susceptibilidade que possam apresentar este tipo de comportamento (Loureiro, 2006).

Meleiro (2005) refere alguns elementos que devem ser compreendidos como sinais indiciários da seriedade da intenção suicida, tais como a *“comunicação prévia de que iria ou vai matar-se, uma mensagem ou carta de despedida, planeamento detalhado, precauções para que o acto não seja descoberto, ausência de pessoas por perto que pudessem socorrer o sujeito, não procura de ajuda logo após a tentativa de suicídio, método violento ou uso de drogas mais perigosas, crenças de que o acto seria irreversível e letal, providências finais (seguro de vida, contas bancárias) antes do acto, afirmação clara de que queria morrer, arrependimento por ter sobrevivido”*, (Meleiro, 2005 cit in Loureiro, 2006, p. 66).

Quando um sujeito apresenta ideação suicida, é de extrema importância tentar compreender se o sujeito possui intenção de passar da ideação ao acto. Acontecimentos significativos na vida do sujeitos poderão muitas vezes desencadear a passagem da ideação suicida às tentativas de suicídio. No que diz respeito a estas últimas verifica-se que a própria delimitação do conceito constitui algumas dificuldades (Sampaio, 1991). Segundo alguns autores as tentativas de suicídio englobam todos os actos ou gestos não fatais de auto-mutilações ou auto-envenenamento, contudo devido a alguns factores o suicídio não é consumado (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001; Sampaio, 1991; Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2006). Propositadamente não é incluída nesta definição a intenção de morte,

muitas vezes difícil de precisar e que levou a uma divisão entre tentativas de suicídio “leves” e “sérias”, consoante é expresso, ou não, o desejo de morrer. Alguns autores relacionam a gravidade do gesto suicida com a potencialidade autodestrutiva, esclarecendo a gravidade do gesto suicida sobretudo a partir daquilo que designam como “ponto sem retorno”, ou seja, relacionado com a maior ou menor rapidez do método utilizado bem como a sua reversibilidade, tendo em consideração a possibilidade de uma intervenção salvadora (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001; Sampaio, 1991). Segundo Oliveira, Amâncio e Sampaio (2001) a definição de tentativa de suicídio é imprecisa uma vez que, a intenção de morrer, que está subjacente aos actos descritos, é muito difícil de avaliar e quantificar. Estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o do suicídio em pelo menos 10 vezes (Chachamovich, Stefanello, Botega & Turecki, 2009; OMS, 2003 cit in Botega, 2007).

Para além da ideação e das tentativas de suicídio, alguns autores consideram o parasuicídio como o factor de risco mais importante na prevenção da conduta suicida (Kreitman, 1977, cit in Comtois, 2002). Este diz respeito aos comportamentos auto-destrutivos mas cujo objectivo primário é outro que não a morte. A maioria dos sujeitos que realizam estes comportamentos não apresenta nenhuma intenção ou desejo de morrer. Muitas vezes a motivação que leva estas pessoas a auto-agredirem-se reside na raiva que sentem e que não a transpõem para outro objecto mas sim para si próprias, como uma forma de obter atenção de alguém, para regular emoções que não conseguem tolerar ou para prevenir um surto psicótico (Bostwick & Cohen, 2009; Kaplan, Benjamin & Grabb, 2003; Kreitman, 1977, cit in Comtois, 2002; Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2008).

De acordo com a OMS, o parasuicídio corresponde a uma conduta não fatal e não habitual num indivíduo, na qual não é claramente apresentada a intenção de morrer. Este conceito engloba todos os actos de auto-destruição e auto-mutilação deliberada (Coleman *et al*, 1995; Saraiva, 1999 cit in Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001; Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2008). O parasuicídio é mais comum ocorrer nas mulheres jovens (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2008). Existem várias respostas para a problemática do parasuicídio. Apesar de não existirem pesquisas extensivas nesta temática, já foram feitos esforços significativos na determinação da prevalência do mesmo (Weissman, Bland, Canino *et al*, 1999 cit in Comtois, 2002), na determinação dos factores de risco (Bongar, Berman, Maris *et al*, 1999 cit in Comtois, 2002) e no desenvolvimento e avaliação psicossocial e farmacológica de tratamentos específicos (Linehan, 1997 & Hawton, Arensman, Towusend *et al*, 1998 cit in Comtois, 2002).

O parasuicídio é, sem dúvida, um factor de risco para um eventual suicídio. Gunnell e Frankel (1994) realizaram um estudo no qual observaram cerca de 47% das pessoas que cometeram o suicídio já tinham uma história prévia de parasuicídio (Comtois, 2002). Outros estudos desenvolvidos sobre a mesma temática concluíram que metade das pessoas que comete o suicídio apresentam na sua história de vida episódios parasuicidas, sendo que cerca de 25% destes o realizaram no ano anterior à sua morte (Ovenstone, Kreitman, 1974 & Foster, Gillespie, McClelland, 1997 cit in Comtois, 2002). Este conceito está altamente

correlacionado com comportamentos de risco, como, o abuso de substâncias tóxicas, o álcool, os psico-estimulantes, a condução ofensiva, a vivência de uma sexualidade arriscada e não controlada.

O conceito de parasuicídio engloba igualmente os comportamentos de automutilação, ou de auto-agressão, cujo principal intuito é causar uma auto-lesão. Menninger (1938) terá sido um dos primeiros investigadores a debruçar-se sobre este fenómeno. A demonstração mais usual da automutilação é através do corte superficial no pulso ou no antebraço, sendo as feridas frequentemente escondidas pelo sujeito. Quando o indivíduo se corta e sangra, o seu objectivo é o de conseguir afastar os medos, aliviar a tensão e sentir-se reconfortado ou gratificado. Existe uma procura da dor pelo seu efeito suavizante no estado psicológico doloroso ou conturbado que vivencia, até que os medos voltam, sente vergonha e receia não ser bem aceite socialmente, pelo que tenta esconder as feridas (Levenkron, 1999 cit in Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001). Considera-se que estes comportamentos se verificam porque são um desafio à morte (Oliveira, Amâncio e Sampaio, 2001).

Segundo Scharfetter (2002 p. 293) *“a automutilação designa um acto de lesão, deformação do próprio corpo, consoante os seguintes critérios: (1) executado pela própria pessoa; (2) auto-activo; (3) directo, imediato, concreto; (4) social e culturalmente não aceite; (5) não directamente ameaçador para a vida; (6) não claramente suicida ou parasuicida”*.

Devido às dúvidas e incertezas, aos avanços e recuos, à ambivalência que muitas vezes se vivencia, alguns sujeitos chegam a arriscar morrer com o intuito de tentar compreender o que significa viver (Sampaio, 1991).

### 1.3 Tipos de Suicídio

Segundo alguns autores existem vários tipos de suicídio, sendo estes apresentados na tabela abaixo.

Tabela 1  
Tipos de Suicídio

Autor(es)	Tipos de suicídio	Subtipos de suicídio
		<b>Fuga:</b> Ocorre quando o sujeito percepção uma situação como insuportável.
Baechler (1975)	<b>Suicídio de afastamento:</b> A principal intenção é a fuga de algo que causa transtorno ou sofrimento ao sujeito	<b>Luto:</b> Segue-se à perda de algo significativo para o sujeito
		<b>Castigo</b>

**Crime:** Atentado contra a vida arrastando consigo outra pessoa.

**Vingança:** O objectivo é provocar remorsos nos outros.

**Suicídio agressivo:** Tem como finalidade agredir alguém.

**Chantagem:** O acto auto destrutivo pretende fazer pressão sobre outra pessoa.

**Apelo:** Pretende avisar e modificar o ambiente.

**Sacrifício:** O sujeito procura salvar alguém ou atingir um valor superior à vida pessoal.

**Suicídio oblatoivo:** O sujeito responde às necessidades dos outros em detrimento das suas.

**Passagem:** O sujeito procura um estado mais agradável.

**Ordálico:** Solicita-se o julgamento dos Deuses.

**Suicídio lúdico**

**O jogo:** onde se brinca com a vida.

**Suicídio crónico:** inclui comportamentos como o neuroticismo crónico, o comportamento anti-social e a psicose.

Menninger  
(1938)

**Suicídio focal:** Limitado a uma parte do corpo. Surge associado às automutilações, doença maligna, operações cirúrgicas múltiplas, acidentes, impotência e frigidez

**Suicídio orgânico:** Foca componentes autodestrutivos, agressivos e eróticos da doença orgânica

**Suicídio egoísta:** Relacionado com o estado de individualismo excessivo; Ocorre porque o indivíduo tem pouca ligação à sociedade e a sua morte causará pouco impacto na mesma.

**Suicídio altruísta:** Existe um excesso de integração do indivíduo na sociedade e quando se suicidam crêem que a sua morte poderá trazer um benefício para a sociedade.

Durkheim (1897) **Suicídio anómico:** É encarado como sendo uma alternativa de escapar, devido às leis e normas que regem a sociedade não corresponderem aos objectivos de vida do indivíduo.

**Suicídio Fatalista:** Resulta devido ao excesso de regulamentação da sociedade. A opressão do indivíduo resulta num sentimento de impotência perante o destino ou a sociedade.

---

## 1.4 Epidemiologia

O suicídio é um fenómeno raro na população, sendo mais habitual a tentativa de suicídio e a ideação suicida. Nos países industrializados representa cerca de 1-2% da mortalidade total, estando situado entre as primeiras dez causas de morte, enquanto nos adolescentes esta é a segunda causa (Ros & Arranz, 2006). No entanto, convém referir que, apesar de o suicídio ocorrer em todo o mundo, a ocorrência do mesmo varia de país para país e também dentro de cada país (Goldney, 2010).

Em Portugal observam-se as características habituais dos outros países europeus. No que diz respeito à distribuição geográfica, o sul de Portugal apresenta taxas globais de suicídio mais elevadas que o norte (Sampaio, 1991). A taxa de suicídio duplicou no últimos anos e actualmente ultrapassa os 1000 suicídios por anos e a taxa de 10/100 000 habitantes (Saraiva, 2006 & Santos 2006 cit in Gysin & Gysin, 2007).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2008), o perfil do suicida em Portugal é o seguinte: *“homem, a viver na zona da Grande Lisboa, no Alentejo ou Algarve,*

*com mais de 50 anos, desempregado ou reformado, por vezes com internamento psiquiátrico anterior, com múltiplos problemas afectivos, económicos ou de saúde física ou mental, incluindo alcoolismo e distúrbio de personalidade, com prévia ideação suicida ou mesmo tentativa de suicídio anterior acompanhada de avisos subtis ou explícitos, que põe termo à vida por enforcamento, arma de fogo, pesticidas, precipitação, afogamento ou trucidação”* (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2008, p.2)

Mais difícil do que determinar a incidência de suicídio é determinar a das tentativas de suicídio e ainda mais difícil a de ideação suicida. No caso das tentativas de suicídio os dados são obtidos a partir dos registos dos Serviços de Urgência dos hospitais, nos quais não constam muitas tentativas de suicídio que tenham causado sérios danos aos sujeitos, estimando-se que mais de 75% das tentativas não chegam ao conhecimento médico (Meehan, Lamb, Saltzman & O’Carroll, 1992 cit in Ros & Arranz, 2006). Uma outra fonte de informação possível são os estudos populacionais. Estas duas formas de estudos apresentam défices metodológicos, como a falta de distinção entre as verdadeiras tentativas de suicídio e os actos auto-lesivos sem intenção de morte (Schimdtke, 1997 cit in Ros & Arranz, 2006). Estima-se que por cada suicídio consumado existam cerca de 10 a 25 tentativas, sendo que esta proporção ascende a 100-200 no caso dos adolescentes (Maris, 2002). A Organização Mundial de Saúde realizou um estudo, há alguns anos, com o objectivo de obter dados fidedignos sobre as tentativas de suicídio. O *WHO/EURO Multicenter Project on Parasuicide* (Schimdtke, Bille-Brahe, DeLeo & Cols., 1996 cit in Ros & Arranz, 2006), obteve informações/dados de diferentes hospitais, centros de saúde e consultórios privados. A taxa média global foi de 186/100.000 nas mulheres com mais de 15 anos e de 136/100.000 nos homens, contudo a incidência real é provavelmente muito superior e é praticamente impossível detectar aqueles casos nos quais não existe intervenção médica. Em quase todos os hospitais, clínicas privadas e centros de saúde a incidência foi maior nos indivíduos do sexo feminino e no que respeita à idade a maior frequência de tentativas de suicídio ocorre entre os 15 e os 24 anos (Ros & Arranz, 2006). Os dados obtidos pelo *National Comorbidity Survey* indicam que em quase metade (47,3%) das tentativas de suicídio não existia realmente vontade de morrer (Kessler, Borges & Walter, 1999 cit in Ros & Arranz, 2006)

A prevalência da ideação suicida é bastante difícil de determinar devido à diferente metodologia que tem sido utilizada em diversos estudos (escalas utilizadas, período de tempo valorizado, definição de ideação suicida, entre outros), o que condiciona a comparação dos dados obtidos nos diferentes estudos. Contudo, calcula-se uma prevalência de cerca de 15% a 53% de ideação suicida, com resultados superiores novamente no sexo feminino (Diekstra & Gulbinat, 1993 cit in Ros & Arranz, 2006).

No que concerne ao parasuicídio, pode afirmar-se que existe uma disparidade entre as taxas de suicídio e parasuicídio. Enquanto a taxa de suicídio aumentou ligeiramente no século XX, a de parasuicídio subiu de forma dramática nos últimos quarenta anos (Oliveira, Amâncio e Sampaio, 2001).

Verificam-se poucos casos de suicídio antes da puberdade, contudo a sua frequência aumenta durante a adolescência e início da idade adulta (15-35 anos) e nos idosos (acima de 75 anos) (Diekstra, 1993; Diekstra & Gulbinat, 1993; Durkheim, 1976; Loureiro, 2006; OMS, 2000; Packman, Marlitt; Bongar & Pennuto, 2004; Sampaio, 1991; Schimdtke & cols., 1996 cit in Ros & Arranz, 2006).

Nos últimos 50 anos a taxa de suicídio para os indivíduos com idades compreendidas entre os 15-24 anos aumentou cerca de 300% (Capuzzi, 2002), e a média de idades desceu para os 39,9% (Buda & Tsuang, 1990 cit in Packman, Marlitt; Bongar & Pennuto, 2004). Contudo as tentativas de suicídio são mais comum na adolescência do que no início da idade adulta. No que respeita ao sexo o suicídio é mais comum nos homens, cerca de duas a três vezes mais frequente enquanto as tentativas de suicídio são superiores nas mulheres (Diekstra & Gulbinat, 1993; Diekstra, 1993; Durkheim, 1976; Schimdtke & cols., 1996 cit in Ros & Arranz, 2006; Loureiro, 2006; Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001; OMS, 2000; Packman, Marlitt; Bongar & Pennuto, 2004; Sampaio, 1991). Segundo Maris, Berman e Silverman (2000), as taxas de suicídio variam de acordo com a cultura, etnia e raça, sendo que os indivíduos de raça branca possuem um risco de suicídio superior aos dos outros grupos étnicos (Bongar & Pennuto, 2004; Bridge, Goldstein & Brent, 2006; OMS, 2000; Packman, Marlitt; Arranz, 1997 cit in Ros & Arranz, 2006; Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2008). Os indivíduos que vivem sozinhos, solteiros, desempregados, com uma escolaridade elevada ou com empregos de alto-risco surgem como os grupos de risco acrescido (Bongar, 2002 cit in Packman, Marlitt; Bongar & Pennuto, 2004; OMS, 2000; Sampaio, 1991; Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2008). Outros autores sugerem que o suicídio se encontra muitas vezes associado com as perdas. Indivíduos que sofreram a perda de um familiar querido, ou divórcio apresentam maior probabilidade de cometer suicídio (Bridge, Goldstein & Brent, 2006; Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2008).

McDaniel, Purcell e D'Augelli (2001), referiram que a orientação sexual possui também um papel relevante no que diz respeito ao suicídio. Segundo os autores, a bissexualidade e a homossexualidade estão associadas a um aumento do risco de suicídio, sobretudo nos jovens, enquanto nos adultos não se verificam evidências de aumento do risco (Packman, Marlitt, Bongar & Pennuto, 2004; Bridge, Goldstein & Brent, 2006).

## **1.5 Factores de Risco**

Os trabalhos realizados na área da Suicidologia indicam que a natureza do comportamento suicida é complexa e constituída pela interacção de diversos factores, tais como factores etiológicos, biológicos, sociais, culturais e ambientais (Bertole e Fleischmann, 2002 cit in Botega, 2007; Loureiro, 2006).

Os estudos sobre os factores de risco de suicídio ou das tentativas de suicídio apontam para uma elevada correlação desses fenómenos com alguma perturbação psiquiátrica, como as perturbações de humor, de personalidade, a esquizofrenia e o consumo de substância, entre outros (Bertole e Fleischmann, 2002 cit Botega, 2007; Prieto & Tavares, 2005; Estellita-Lins, 2006; Oliveira & Coutinho, 2006).

Um dos factores que se acredita ter influencia no suicídio é o factor familiar e genético. Os estudos realizados com gémeos e com crianças adoptadas demonstram que existe uma grande influência de factores genéticos na conduta suicida, verificando-se que uma história familiar de suicídio aumenta o risco do mesmo ou das tentativas de suicídio (Roy, 1983; Brent, Bridge, Johnson & Connolly, 1996; Egeland & Sussex, 1985; Tsuans, 1983; Linkowski, Maertelaer & Mendelewicz, 1985; Malone, Haas, Sweeney & Mann, 1995; Kim, Seguin, Therrien, Riopel, Chawky, Lesage & cols., 2005 cit in Ros & Arranz, 2006; Bridge, Goldstein & Brent, 2006). Os estudos realizados com os gémeos monozigóticos apresentam uma maior concordância das taxas de suicídio e das tentativas, do que os gémeos dizigóticos (Roy, Segal, Centerwall & Robinette, 1991; Roy, Segal & Sarchiapone, 1995; Roy & Segal, 2001; Statham, Heath, Madden, Bucholz, Bierut, Dinwiddie & cols., 1998 cit in Ros & Arranz, 2006). No que diz respeito aos sujeitos adoptados, verifica-se que se os seus pais biológicos realizaram actos suicidas, os filhos possuem um risco seis vezes maior de cometer o suicídio, do que os filhos de pais biológicos que não cometeram actos suicidas (Schulsinger, Kety, Rosenthal & Wender, 1979 cit in Ros & Arranz, 2006). Segundo estes estudos, entre os familiares de sujeitos que se suicidam ou que o tentam, as condutas suicidas são até dez vezes mais frequentes do que nos indivíduos dos grupos de controlo (Kim & cols., 2005, cit in Ros & Arranz, 2006). A presença de antecedentes familiares é mais comum entre os sujeitos deprimidos que realizam tentativas violentas do que entre aqueles com tentativas não violentas, e os descendentes de sujeitos que apresentam perturbações afectivas e antecedentes de tentativas, têm uma probabilidade de tentá-lo seis vezes superior à dos filhos de sujeitos deprimidos que não tentaram o suicídio (Roy, 1993; Brent, Oquendo, Birmaher, Greenhill, Kolko, Stanley & cols., 2002 cit in Ros & Arranz, 2006). Os estudos realizados permitiram verificar que a transmissão familiar da conduta suicida não se encontra directamente relacionada com a transmissão de outras perturbações psiquiátricas. Assim pressupõem-se que o que se transmite é uma predisposição para a apresentação de comportamentos suicidas (Linkowski & cols., 1985; Roy, 1983 cit in Ros & Arranz, 2006).

Um outro factor a considerar são as alterações bioquímicas. As primeiras pesquisas sobre a associação entre a disfunção serotoninérgica e o suicídio surgiram ainda nos anos 1970, com as primeiras publicações de Asberg (Asberg, Traskman & Thoren 1976 cit in Corrêa, Viana, Romano-Silva & Duval, 2005). A literatura especializada tem verificado uma correlação entre a disfunção serotoninérgica e o suicídio, com resultados consistentes (Bridge, Goldstein & Brent, 2006; Corrêa, Viana, Romano-Silva & Duval, 2005). Vários estudos demonstraram a existência de uma hipofunção da serotonina nos sujeitos suicidas e nos que apresentam ideação suicida, sendo que esta possível disfunção serotoninérgica poderia condicionar um

aumento da vulnerabilidade ou propensão ao suicídio (Mann, 1998 cit in Ros & Arranz, 2006). De acordo com alguns resultados *post mortem* de cérebros de indivíduos suicidas foram identificadas também anomalias nos neurónios serotoninérgicos, bem como mudanças nos seus receptores. Noutros cérebros verificou-se que os neurónios serotoninérgicos do tronco cerebral se encontram em maior número, contudo apresentam um tamanho menor e um hipofuncionamento (Loureiro, 2006).

Neste caso, importa ressaltar também a neuroanatomia que se encontra envolvida no processo suicida. O indivíduo suicida possui uma hipersensibilidade para os acontecimentos de vida stressantes, o que causa um défice de atenção selectiva, que faz os sujeitos tornarem-se mais sensíveis a situações que signifiquem fracasso ou derrota. Uma outra característica dos sujeitos suicidas é a sensação de estarem “presos”. Isto deve-se à sua incapacidade de gerar novas e alternativas soluções para os problemas emocionais, que está relacionado com o défice das funções executivas que estes sujeitos apresentam (Keilp, Sackeim, Brodsky, Oquendo, Malone & Mann, 2001 cit in Ros & Arranz, 2006; Packman, Marlitt, Bongar & Pennuto, 2004). A falta de habilidade para resolver os problemas parece estar associada a um défice na memória autobiográfica, consistente com a impossibilidade de recordar acontecimentos específicos (Ros & Arranz, 2006).

É de salientar a importância que os factores psicológicos podem ter na conduta suicida assim, o neuroticismo e a busca da novidade são encarados como preditores da conduta suicida. De igual forma a desesperança, a introversão, a baixa auto-estima, a impulsividade e o *locus* de controlo externo são características frequentes nos sujeitos que apresentam tentativas de suicídio (Beautrais, Joyce & Mulder, 1999 cit in Ros & Arranz, 2006). No que diz respeito às alterações cognitivas tem-se verificado que os sujeitos que tentam o suicídio apresentam uma deterioração da atenção selectiva, uma ausência de pensamentos positivos orientados para o futuro e um défice na memória autobiográfica. Estes sujeitos apresentam uma maior sensibilidade aos acontecimentos negativos bem com à desesperança, mas também uma deterioração da capacidade de tomar decisões e uma menor capacidade de resolver problemas (Skegg, 2005; Van Heeringer & Marusic, 2003 cit in Ros & Arranz, 2006).

Um outro aspecto fulcral na ideação suicida são os factores psicopatológicos. Verifica-se que são raros os indivíduos que tentam o suicídio e não apresentam uma patologia psiquiátrica. Na maioria dos estudos nos quais se realizaram autópsias psicológicas verifica-se que 90% dos suicidas apresentavam uma perturbação psiquiátrica no momento do suicídio (Harris & Barraclough, 1997; Barraclough, Bunch, Nelson & Sainsbury, 1974; Beautrais & cols. 1996; Rich, Fowler, Fogarty & Young, 1988 cit in Ros & Arranz, 2006; Bridge, Goldstein & Brent, 2006; OMS, 2000; Prieto & Tavares, 2005; Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2008). As perturbações psiquiátricas mais frequentes nos sujeitos suicidas são as perturbações afectivas (60%), contudo outras perturbações psiquiátricas apresentam também um grande risco suicida. Praticamente todas as perturbações psiquiátricas estão associadas com um aumento do risco de suicídio, excepto o atraso mental e a demência (Harris & Barraclough,

1997 cit in Ros & Arranz, 2006; Prieto & Tavares, 2005). Assim, as perturbações psiquiátricas são geralmente um factor necessário, contudo não suficiente, para cometer o acto suicida (Ros & Arranz, 2006).

Um dos factores de maior importância, se não mesmo o mais importante, quando se fala de ideação suicida, é a conduta suicida prévia. Segundo vários autores, a presença de várias tentativas de suicídio é considerada um grande factor de risco para consumir o acto suicida (Joiner, Walker, Rudd & Jobes, 1999 cit in Bridge, Goldstein & Brent, 2006; Packman, Marlitt, Bongar & Pennuto, 2004, Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2008). Estima-se que cerca de 15% dos sujeitos que cometeram uma ou mais tentativas de suicídio acabam por consumá-lo (Cullberg, Wasserman & Stefansson, 1988 cit in Ros & Arranz, 2006). Assim, a tentativa de suicídio é provavelmente o preditor mais forte do suicídio consumado, constituindo o factor de risco mais importante de qualquer perturbação psiquiátrica (Harris & Barraclough, 1997 cit in Ros & Arranz, 2006). O risco de suicídio é máximo durante os primeiros 3 a 6 meses posteriores à tentativa e persiste elevado, relativamente ao resto da população, durante 2 anos, embora se desconheça se os factores de risco a curto prazo sejam, ou não, os mesmos que a longo prazo (Bridge, Goldstein & Brent, 2006; Suokas, Suominen, Isometsa, Ostamo & Lonnqvist, 2001 cit in Ros & Arranz, 2006). Identificando o contexto no qual a tentativa de suicídio ocorreu, bem como as vivências do sujeito nesse período, pode ser bastante vantajoso para a avaliação dos riscos e prevenção de novas tentativas (Packman, Marlitt, Bongar & Pennuto, 2004).

As perturbações afectivas possuem também um papel de relevo no que diz respeito à ideação suicida. Assim, segundo Tanney (1992), a presença de uma perturbação afectiva, incluindo a depressão major e a perturbação bipolar, contribui para que o paciente apresente um risco muito mais elevado de suicídio, e este ocorre mais frequentemente na presença destas perturbações, em detrimento de outras (Beautrais, Joyce & Mulder, 1998 cit in Bridge, Goldstein & Brent, 2006; Chachamovich, Stefanello, Botega & Turecki, 2009; OMS, 2000; Packman, Marlitt, Bongar & Pennuto, 2004; ICD-10).

Em 1970 Guze e Robins publicaram uma meta-análise, recorrendo a dezassete estudos sobre o suicídio. Estes autores referiram que o risco de suicídio ao longo da vida em pacientes com depressão unipolar é cerca de 15%. Contudo outros autores (Blair-West, Mellsop & Eyeson-Annan, 1997; Bostwick & Pankratz, 2000; Inskip, Harris & Barraclough, 1998 cit in Ros & Arranz, 2006) afirmam que a prevalência apresenta valores mais baixos (Gysin & Gysin, 2007).

Tem-se verificado que a conduta suicida nos pacientes deprimidos se encontra relacionada com a impulsividade, sendo esta última entendida não apenas como um estado mas também como um traço estável, uma vez que os pacientes que tentam o suicídio apresentam pontuações mais elevadas nas escalas de impulsividade. Esta última regula a rapidez com que se passa do pensamento ao acto suicida, podendo constituir assim um factor de risco acrescido ou um factor protector (Mann, Waternaux, Haas & Malone, 1999, cit in Ros & Arranz, 2006; Packman, Marlitt, Bongar & Pennuto, 2004; Sociedade Portuguesa de

Suicidologia, 2008; ICD-10). Quando os sujeitos apresentam pontuações baixas nas escalas de impulsividade, este facto é considerado como um factor protector, enquanto que quando os sujeitos apresentam pontuações elevadas este facto considera-se de risco acrescido. De igual forma, a desesperança é um preditor clínico do suicídio (Beck, Steer, Kovacs & Garrison, 1985 cit in Ros & Arranz, 2006). O risco de suicídio é maior em pacientes com histórias de tentativas anteriores e nos pacientes hospitalizados (Bostwick & Pankratz, 2000 cit in Ros & Arranz, 2006; Leenaars, 2004). Segundo Moller (2003), Lester, (1993) e Nieto e Vieta (1997), a frequência de tentativas de suicídio é superior nos pacientes bipolares, comparativamente com os unipolares. Verifica-se que o risco de suicídio é superior na fase depressiva da doença do que na fase maníaca. No decurso da doença verifica-se que os homens tem tendência a cometer o suicídio mais jovens do que as mulheres (Bridge, Goldstein & Brent, 2006; Moller, 2003 cit in Ros & Arranz, 2006). O risco de suicídio é maior na vigência da doença, e tem tendência a diminuir quando é tratada ou se encontra em remissão (Chachamovich, Stefanello, Botega & Turecki, 2009).

No que se refere às variáveis clínicas, o início precoce da perturbação, o predomínio dos sintomas depressivos, os ciclos rápidos e os pacientes com episódios mistos, bem como a gravidade dos episódios afectivos, são factores que aumentam o risco suicida. Assim, segundo Ros e Arranz (2006), o risco é maior quando existe comorbilidade com as perturbações de ansiedade, alimentares ou com o abuso de álcool e outras substâncias.

Uma perturbação psiquiátrica que surge associada ao suicídio é a esquizofrenia. Segundo Palmer, Pankratz & Bostwick (2005), o risco de suicídio em pacientes esquizofrénicos, ao longo da vida, é de 4,9%. Por outro lado as tentativas de suicídio situam-se entre os 20% e os 40% (Modestin, Zarro & Waldvolgel, 1992; Siris, 2001, cit in Ros & Arranz, 2006). Aproximadamente 10% dos esquizofrénicos acaba por cometer o suicídio (OMS, 2000). No que diz respeito aos factores de risco, com a excepção da idade, são similares aos da população normal, sendo eles: ser homem, solteiro, desempregado, com antecedentes familiares de suicídio e com tentativas prévias. Em comparação com a população geral, as tentativas são mais letais e não parece haver diferenças na incidência entre homens e mulheres (Loureiro, 2006; OMS, 2000; Ros & Arranz, 2006).

O suicídio nos indivíduos esquizofrénicos é mais comum ocorrer nos primeiros anos da doença e nos primeiros dias de internamento hospitalar, ou então, pouco tempo depois de obterem a alta hospitalar. Por outro lado possuem um maior risco os sujeitos com um bom ajuste pré-morbido e com nível sócio-económico e educativo mais elevado (OMS, 2000; Rossau & Mortensen, 1997, cit in Ros & Arranz, 2006; Siris, 2001; ICD-10). Uma evolução agressiva e deteriorizante da doença, com inúmeras recaídas é também um factor de risco. No que diz respeito aos sintomas da doença enquanto preditores do suicídio, a depressão e sintomas depressivos, a desesperança, a baixa auto-estima e a consciência da patologia são alguns dos factores de risco mais importantes (Cohen, Test & Brown, 1990 cit in Ros & Arranz, 2006; Packman, Marlitt, Bongar & Pennuto, 2004; ICD-10). Parece ainda que existem dois subtipos de pacientes esquizofrénicos com maior risco suicida, por um lado os pacientes deprimidos e

por outro os que apresentam sintomatologia psicótica (OMS, 2000; Nieto, Vieta, Gastó, Vallejo & Cirera, 1992 cit in Ros & Arranz, 2006). Os primeiros têm tendência a utilizar métodos mais letais e planificam mais a sua conduta, enquanto os segundos são mais violentos e impulsivos (Ros & Arranz, 2006).

A ansiedade encontra-se muitas vezes relacionada com as condutas suicidas. Esta pode ser considerada patognomónica de uma perturbação psiquiátrica primária ou um sintoma fundamental na depressão, abuso de substâncias ou psicoses (Ros & Arranz, 2006). Tanney (1992) analisou 9 estudos sobre a perturbação de ansiedade e verificou que em 16,7% do total das mortes ocorridas, estas tinham sido devido a suicídios (Ros & Arranz, 2006). Num estudo realizado por Allgulander (1994) verificou-se que o risco de suicídio consumado nos pacientes com internamento hospitalar e diagnóstico de neurose de ansiedade, era mais elevado do que o esperado. Cerca de 18% desses pacientes vieram a falecer por suicídio ou morte inesperada, sendo que em alguns dos casos, a morte foi violenta (Ros & Arranz, 2006).

As perturbações de personalidade constituem um factor de risco preditor de suicídio consumado (Paris, 2002; Allebeck, Allgulander & Fisher, 1988; Prieto & Tavares, 2005) e a sua presença aumenta sete vezes o risco de suicídio na população geral (Harris & Barraclough, 1997 cit in Ros & Arranz, 2006). Segundo vários autores, mais de um terço dos sujeitos que se suicidam, e cerca de três quartos dos que o tentam, apresentam um diagnóstico de perturbação de personalidade. A comorbilidade desta perturbação com outras aumenta consideravelmente o risco de suicídio e das tentativas do mesmo (Hawton, Houston, Haw; Townsend & Harriss, 2003; Suominen, Isometsa, Henriksson, Ostamo & Lonnqvist, 2000, cit in Ros & Arranz, 2006).

Dentro das perturbações de personalidade as do grupo B e especialmente a perturbação de personalidade Borderline são as que apresentam um maior risco suicida, possivelmente porque com frequência são acompanhadas por outras perturbações psiquiátricas como a depressão ou o alcoolismo. Estima-se que um em cada dez indivíduos com o diagnóstico de perturbação de personalidade Borderline se suicide (Paris, 2002 cit in Ros & Arranz, 2006; Berk, Jeglic, Brown, Henriques & Beck, 2007; Packman, Marlitt, Bongar & Pennuto, 2004; Prieto & Tavares, 2005).

As pessoas com esta perturbação apresentam comportamento suicida recorrente, gestos ou ameaças ou comportamentos de automutilação. O suicídio consumado ocorre em cerca de 8% a 10% destes sujeitos, enquanto os actos de automutilação e tentativas de suicídio são frequentes, uma vez que o principal objectivo é a chamada de atenção (DSM-IV-TR, 2002). Nos indivíduos com perturbação de personalidade Borderline o suicídio é mais comum nas mulheres e ocorre após várias tentativas, sendo por este motivo que apenas se verifica por volta dos 30 anos. Contudo as tentativas são mais habituais no início da patologia, quando o sujeito tem cerca de vinte anos. Nestes pacientes as tentativas são uma forma de comunicar o seu sofrimento, enquanto as automutilações possuem um significado distinto, e o seu objectivo seria o alívio da disforia (DSM-IV-TR, 2002, Ros & Arranz, 2006; Prieto & Tavares, 2005).

Um outro factor a ter em consideração quando se aborda a temática do suicídio é o abuso de substâncias. O alcoolismo é um factor de risco da conduta suicida *per se* e pela comorbilidade frequentemente associada: depressão, esquizofrenia, perturbação de personalidade e abuso de outras substâncias (Campos & Corrêa, 2006; Ros & Arranz, 2006; Loureiro, 2006). Existem evidências de que o consumo de determinadas substâncias diminui a inibição do sujeito, aumentando assim a probabilidade de ocorrerem comportamentos suicidas (Bridge, Goldstein & Brent, 2006; Campos & Corrêa, 2006; Tanney, 1992 cit in Packman, Marlitt, Bongar & Pennuto, 2004). Segundo a OMS (2000), cerca de um terço dos casos de suicídio encontram-se relacionados com a dependência de álcool, 5% a 10% das pessoas dependentes de álcool põem fim à sua vida através do suicídio e nesse momento muitos deles encontram-se sob a influência do álcool. Para Shaffer (1988), a incidência do suicídio entre os indivíduos que consomem drogas é aproximadamente 20 vezes superior à da população geral, e cerca de 70% dos suicídios em jovens estão associados, de alguma maneira, com o consumo destas substâncias. Outros estudos apontam que 25% de todos os suicídios estão relacionados com o consumo de álcool, e que em cerca de 60% dos suicídios existem antecedentes de perturbações por consumo de substâncias (Ros & Arranz, 2006). O suicídio em toxicómanos pode estar relacionado com situações de perda pessoal, deterioração social, problemas médicos e psiquiátricos, e de forma aguda com os efeitos desinibidores que o álcool possibilita (Ros & Aranz, 2006).

Por fim, mas não menos importante, são as doenças físicas. Estas constituem também um factor de risco para o suicídio (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2008). Entre as doenças que apresentam maior risco encontram-se as perturbações neurológicas, o cancro, a sida e as doenças crónicas. Os sujeitos com estas patologias apresentam uma ideação suicida e tentativas superiores às dos indivíduos sem qualquer doença médica (Brent, 1986; Goldston, Kovacs, Ho, Parrone & Stiffler, 1994 cit in Bridge, Goldstein & Brent, 2006; Bongar, 2002 cit in Packman, Marlitt, Bongar & Pennuto, 2004; OMS, 2000; Ros & Arranz, 2006; Stenager e Stenager 2002 cit in Ferreira, Colombo, Guimarães, Soeiro, Dalgalarrodo & Botega, 2007). No que diz respeito ao cancro, verifica-se que o risco de suicídio é maior nos homens, pouco tempo após o diagnóstico ou quando o paciente se encontra a realizar a quimioterapia. Nas doenças crónicas, o risco de suicídio é maior na diabetes, na esclerose múltipla, nas doenças renais, hepáticas e gastrointestinais, doenças cerebrovasculares e neurovasculares (OMS, 2000). Segundo Motto, (1989), um individuo que se encontre no limite da dor, seja ela física ou também psicológica, possui riscos agravados de cometer o suicídio (Ferreira, Colombo, Guimarães, Soeiro, Dalgalarrodo & Botega, 2007; Packman, Marlitt, Bongar & Pennuto, 2004).

## 1.6 Métodos utilizados

A facilidade de acesso a métodos que permitam cometer o suicídio é um factor determinante para o indivíduo consumir o acto ou não (OMS, 2000; Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2008). Habitualmente quando o indivíduo pretende mesmo por termo à sua vida recorre a métodos mais violentos e de maior letalidade do que os que são utilizados nas tentativas de suicídio. Nestas últimas é utilizado, na maioria das vezes, o envenenamento por fármacos ou por outro tipo de substâncias (Schmidtke & cols., 1996; Sarró & de la Cruz, 1991). Os métodos utilizados variam consoante a cultura, os países, as épocas, algumas características demográficas, a disponibilidade e acessibilidade aos mesmos. Assim em países nos quais o porte de armas não seja controlado, este é o principal método utilizado nos suicídios (Bridge, Goldstein & Brent, 2006; Prieto & Tavares, 2005). Habitualmente os homens utilizam métodos mais violentos e letais, como o enforcamento, a utilização de armas de fogo e planificam cuidadosamente o acto com o objectivo de não serem descobertos. Pelo contrário, as mulheres recorrem com maior frequência a métodos mais passivos, que possuem uma maior probabilidade de sobrevivência, e realizam tentativas de suicídio, o que aumenta a probabilidade de o seu objectivo ser descoberto e não se consumir o suicídio (Alves, 1999; Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1976; McAndrew & Garrison, 2007; Shearer, Peters, Quaytman & Wadman 1988; Buda, 1990 cit in Ros & Arranz, 2006). O lugar eleito para efectuar o suicídio, habitualmente é a própria habitação ou algum lugar que seja familiar para o sujeito. Contudo alguns sujeitos preferem realizá-lo em determinados lugares públicos emblemáticos (Alves, 1999; Sarró & de la Cruz, 1991, cit in Ros & Arranz, 2006 ).

Com o aumento das taxas de suicídio, esta temática considera-se um problema de saúde pública que cada vez mais desperta o interesse dos investigadores. Assim, verifica-se a necessidade de aumentar a sensibilidade para esta problemática e de intervir sobre ela torna-se de extrema importância. Reconhecer os factores de risco, os factores protectores, os métodos utilizados e outras características envolventes do suicídio é de extremamente relevante para que a intervenção efectuada seja adequada a cada paciente específico e se consiga evitar o maior número de suicídios possíveis. Para além da intervenção, uma vez que esta ocorre apenas após a tentativa de suicídio, mais importante do que intervir será prevenir. A prevenção poderá não ser uma tarefa fácil, contudo é a única forma de evitar a frequência cada vez maior de suicídios.

## **Capítulo II**

# **Processos Cognitivos e Tarefa Stroop Clássica**



## 2.1 Mecanismos cognitivos implicados na tarefa *Stroop*

Desde há largos anos que os mecanismos atencionais têm vindo a despertar um interesse crescente não apenas pela psicologia cognitiva, mas também por outros domínios como as neurociências, a psicologia social, a psicologia educacional a inteligência artificial, entre outras (Pashler, 1998 cit in Esgalhado, 2007).

O interesse no estudo da atenção, encontra-se presente ao longo dos vários séculos, sendo que inicialmente dizia respeito à filosofia e era percebida como uma componente que englobava o corpo e o espírito (Jonhson & Proctor, 2004). Devem-se a William James as primeiras pesquisas sobre a atenção, uma vez que procurava descobrir a natureza e o significado da mesma, recorrendo ao método introspectivo e experimental Estes trabalhos surgiram entre 1880 e 1920 (Esgalhado, 2007).

O interesse da psicologia cognitiva sobre os mecanismos atencionais, começou a surgir no século passado, sobretudo pela análise do processamento selectivo da informação. Esse interesse foi crescendo devido às publicações que iam surgindo sobre os estudos que se centravam na aplicação da tarefa de interferência *Stroop* (Cabaco, Colás, Hage, Abramides & Loureiro, 2002).

Formular uma definição de atenção não é uma tarefa fácil, uma vez que esta palavra se encontra bastante enraizada no nosso dia-a-dia, e é utilizada em múltiplos sentidos (Best, 2001; Cabaco, 1998). Quando realizamos uma tarefa a nossa atenção encontra-se focalizada na mesma, o que significa que possuímos a capacidade de controlar o nosso esforço mental em estímulos específicos, deixando assim outros estímulos sem a nossa atenção (Best, 2001; Esgalhado, 2007). O processamento da atenção não ocorre de forma uniforme, uma vez que em algumas tarefas necessitamos de uma grande quantidade de recursos atencionais, enquanto que noutras isso não se verifica (Cabaco, 1998). Embora a dificuldade de definir a atenção seja partilhada por vários autores, importa salientar a existência de numerosas investigações teóricas e empíricas sobre o constructo, que possibilitam a formulação de diferentes pontos de vista ou posições consensuais, bem como um vasto conjunto de abordagens e contributos que permitem caracterizar, compreender e situar este processo psicológico (Esgalhado, 2007). Segundo Posner (1995) a atenção é um mecanismo cognitivo complexo cujo funcionamento pode ser influenciado pelos sistemas através dos quais obtemos informações do meio (sistemas sensoriais), pelos sistemas que realizam operações sobre a informação proveniente do exterior ou da memória (sistemas cognitivos) e pelos sistemas através dos quais realizamos acções (sistemas motores). Desta forma, a atenção desempenha funções fundamentais para o desenvolvimento organizado da actividade consciente (Gimeno, 1999). Assim, segundo vários autores, a atenção é considerada um mecanismo cognitivo através do qual exercemos controlo voluntário sobre a nossa actividade perceptiva, cognitiva e comportamental. Refere-se à concentração e ao foco da atenção mental, foco esse que é selectivo, divisível e que pode mudar (Matlin, 1983 cit in Best, 2001; Posner, 1995 cit in Gimeno, 1999).

Quando nos concentramos na realização de uma determinada tarefa, essa parece estar sob o nosso controle consciente. Ou seja, conscientemente decidimos quais os estímulos nos quais vamos focar a nossa atenção, e quais aqueles onde não o vamos fazer. Compreender em que consiste a atenção seria muito mais simples se todas as decisões selectivas fossem realizadas de forma consciente, contudo parece que nem sempre as decisões se processam a esse nível (Best, 2001).

Existem diferentes tipos de atenção, sendo eles a atenção selectiva, dividida e mantida. Uma vez que o trabalho se debruça concretamente sobre o teste Stroop, importa referir e definir a atenção selectiva. Este tipo de atenção põe em jogo mecanismos selectivos através dos quais: (1) se verifica uma optimização da informação que se pretende obter do meio complexo e repleto de estímulos que cerca o sujeito; e (2) se efectua um processamento diferenciado da informação interna e externa presente em simultâneo perante o sujeito (Esgalhado, 2007). Outra referência importante relativamente à atenção, é a atenção dividida. Esta refere-se à eficácia do processamento simultâneo da informação em virtude de uma boa distribuição dos recursos atencionais (Cabaco, 1998).

## 2.2 Antecedentes da Tarefa Stroop

Não são muitos os fenómenos psicológicos que tenham gerado tanta investigação como o efeito *Stroop*. Investigação essa, quer ao nível da pesquisa básica, quer ao nível da psicologia aplicada, que tem mantido simultaneamente a actualidade e o interesse crescente (Esgalhado, 2007; Loureiro, Cabaco, Castro & Esgalhado, 2002; Esgalhado, 2002; Maia, Loureiro & Cabaco, 2002 cit in Esgalhado, Loureiro & Cabaco, 2003).

A tarefa *Stroop* é uma das mais robustas demonstrações da incapacidade que o ser humano possui para “filtrar” completamente a informação da qual não necessita ou é irrelevante (Johnson & Proctor, 2004). Neste tese é posta em evidência a capacidade que o sujeito possui para classificar a informação que o rodeia e responder-lhe de modo selectivo (Esgalhado, Loureiro & Cabaco, 2003). As tarefas tipo *Stroop*, ou tarefas de “nomear cores”, têm sido umas das tarefas experimentais mais utilizadas na investigação sobre os mecanismos atencionais. Contudo, os seus antecedentes remontam aos trabalhos de Cattell em 1886 (Arana, Cabaco & Sanfeliu, 1977 cit in Esgalhado, Loureiro & Cabaco, 2003; Gómez & Pastor, 1998).

Foi em 1935, John Ridley Stroop, publica “*Studies of interference in serial verbal reactions*” no *Journal of Experimental Psychology*. Este artigo foi considerado um marco na história da psicologia cognitiva, uma vez que apresenta um dos fenómenos mais misteriosos e raros no âmbito desta ciência. O seu grande contributo relaciona-se com o facto de apresentar simultaneamente dois tipos de estímulos que geram conflito por partilharem, de forma original, características que se referem ao mesmo símbolo, (Esgalhado, 2007; Gómez &

Pastor, 1998). Stroop elaborou um desenho experimental cujo primordial objectivo era a comparação do efeito de interferência na leitura dos nomes das cores (estímulo-palavras) sobre o nomear das cores (estímulo-cores), (e.g. ler vermelho escrito em tinta azul), e o processo inverso, ou seja, o efeito de interferência das cores (estímulo-cores) sobre a leitura dos nomes das cores (estímulo-palavras), (e.g. nomear a cor na qual a palavra se encontra impressa, vermelho, e que difere do seu significado, castanho). Assim o autor tem como objectivo obter duas medidas de interferência, sendo elas: a dos “estímulos - nomear as cores” sobre a “leitura das palavras” ao verificar-se um aumento no tempo de reacção à leitura das palavras; e a dos “estímulos - palavras” sobre o “nomear das cores”, ao constatar-se um aumento no tempo de reacção à nomeação das cores. Neste trabalho o autor procura ainda verificar o efeito da prática de nomear cores em palavras que geram conflito, medindo os tempos de reacção dos sujeitos nas duas situações mencionadas (Stroop, 1935 cit in Esgalhada, 2007; Stroop, 1935; Williams, Mathews & MacLeod, 1996)

De acordo com MacLeod (1991), entre 1935 e 1989 foram realizados e editados cerca de 700 estudos sobre o efeito *Stroop* (Esgalhado, Loureiro & Cabaco, 2003). No último meio século foram publicados cerca de 400 estudos nos quais se recorreu ao teste Stroop (MacLeod, 1991 cit in Cabaco, Colás, Hage, Abramides & Loureiro, 2002; Esgalhado, Loureiro & Cabaco, 2003). Entre 1990 e 1995 foram publicados cerca de 472 trabalhos relacionados com a temática supramencionada, e a análise da distribuição das publicações indica uma produção ascendente, e uma duplicação do número de artigos. Em 1990 existiam 54 artigos publicados sobre esta temática, sendo que em 1995 existiam já 113. De todos estes artigos cerca de 43,06% provêm dos Estados Unidos da América, 19,04% da Grã-Bretanha e 6,23% do Canadá (Arana, Cabaco & Sanfeliú, 1997 cit in Esgalhado, Loureiro & Cabaco, 2003; Esgalhado, 2007). Golden, em 1998, salienta que nos últimos vinte anos, as publicações sobre o efeito *Stroop* aumentaram cerca de 200%, comparativamente com os primeiros quarenta anos, após o surgimento da prova. Este conjunto de dados vem demonstrar não só a importância, como a actualidade deste fenómeno (Arana, Cabaco & Sanfeliú, 1997 cit in Esgalhado, 2007).

O artigo publicado em 1935 por John Ridley Stroop, encontra-se entre as publicações mais citadas, se não mesmo a mais referenciada na história da psicologia experimental (Esgalhado, 2002 cit in Esgalhado, 2007).

No seguimento das numerosas investigações sobre o efeito de Stroop considera-se que um dos trabalhos igualmente relevante neste campo foi o de Dalrymple e Budayr (1966), que concluíram que nomear as cores de uma lista de elementos, tipo *Stroop*, era especialmente lento quando a cor de cada palavra coincidia com o nome da cor dos elementos seguintes (Herreras & Cela, 2006).

## 2.3 O Teste *Stroop*

Foi no ano de 1935, quando John Ridley Stroop publicou o seu estudo intitulado “*Studies of interference in serial verbal reactions*”, que surgiu o fenómeno *Stroop*.

O autor decidiu investigar a interferência em algumas reacções verbais. Uma dessas experiências era constituída por três folhas, contendo cada folha cinco cores (castanho, azul, vermelho, verde e violeta) e as correspondentes palavras impressas, sem que estas se encontrassem impressas na cor que correspondia ao seu significado (e.g. a palavra vermelho surge impressa nas quatro outras cores, verificando-se o mesmo procedimento para as restantes). Todas as palavras se encontravam replicadas em preto, bem como todas as cores se encontravam duplicadas sob a forma de um quadrado. Assim, uma folha continha as palavras que correspondem aos nomes das cores mas impressas a preto, outra incluía estas mesmas palavras mas impressas nas cores não correspondentes ao seu significado, e a última folha era constituída por quadrados impressos em cores (Ausina, 1999; Ben-David & Schneider, 2009; Cox, Fadardi & Pothos, 2006; Johnson & Proctor, 2004; Esgalhado, 2007; Gómez & Pastor, 1998; Macleod, 1991; Perlstein, Cáster, Barch & Baird, 1998).

Assim, na primeira folha os sujeitos teriam que ler as palavras impressas em preto, na segunda os participantes teriam que identificar a cor na qual um conjunto de X's, por exemplo, estava impresso e por fim na última folha os sujeitos teriam que nomear a cor na qual as palavras se encontravam escritas, palavras essas que eram nomes de cores, incongruentes com as cores nas quais as palavras se encontravam escritas (e.g. vermelho escrito a tinta castanha), (Gómez & Pastor, 1998; Macleod, 1991; Perlstein, Cáster, Barch & Baird, 1998).

O Teste *Stroop* mede a capacidade que o sujeito possui para classificar a informação do seu meio e reagir selectivamente a essa informação (Cabaco, 1998; Cabaco & Armas, 2000 cit in Loureiro, Cabaco, Castro & Esgalhado, 2002; Perlstein, Cáster, Barch & Baird, 1998). O que se pretendia demonstrar, o efeito *stroop*, era que os sujeitos demoravam mais tempo e cometiam mais erros, a nomear as cores quando as palavras apresentavam cores diferentes da tinta com que estavam escritas (por exemplo a palavra vermelha escrita a tinta azul), do que quando a palavra não era o nome de uma cor (por exemplo cadeira escrito a tinta azul), (Ausina, 1999; Cox, Fadardi & Pothos, 2006; Johnson & Proctor, 2004; Macleod, 1991; McClain, 1983 cit in Herreras & Cela, 2006). Este efeito evidencia que embora a nomeação das cores das palavras fosse o pretendido, os sujeitos não eram capazes de bloquear a leitura das mesmas, dado que o nome da cor interfere com a cor em que a palavra se encontra escrita. Trata-se de uma clara limitação no processamento selectivo das características e dos estímulos. Se a capacidade de selecção da atenção fosse “perfeita”, o sistema cognitivo conseguiria que a dimensão irrelevante não afectasse o rendimento dos sujeitos na realização do teste *Stroop* (Ausina, 1999; González, Sáiz & Mateos, 1988 cit in Herreras & Cela, 2006; Perlstein, Cáster, Barch & Baird, 1998).

Desde as experiências de Cattell em 1886, que se tem vindo a comprovar que o tempo que o sujeito demora a ler as palavras é muito menor do que o necessário para fazer o reconhecimento das cores. Ou seja, este efeito evidencia-se ao longo de numerosas investigações que têm sido desenvolvidas por diversos autores, com o intuito de analisar o processamento da informação.

## 2.4 Âmbitos de aplicação do Teste Stroop

O teste Stroop foi inicialmente concebido como um instrumento de *screening* do funcionamento cognitivo (Stroop, 1935), e actualmente continua a sê-lo, pelo que faz parte de um grande número de baterias de avaliação neuropsicológica. É um instrumento útil, quer no despiste de lesões orgânicas, quer no diagnóstico de perturbações psiquiátricas ou de alterações no funcionamento de diferentes processos cognitivos (Cabaco, 1998; Esgalhado, 2007; Herreras & Cela, 2006). Este teste tem sido usado em variados domínios e com diversos objectivos. Ao nível da avaliação neuropsicológica, ele é utilizado na avaliação da epilepsia (Dodrill, 1978 cit in Esgalhado, 2007), para a identificação de problemas em áreas cerebrais específicas do lobo frontal (Regard, 1981 cit in Esgalhado, 2007), ou noutros problemas dos hemisférios cerebrais (Golden, 1978 cit in Esgalhado, 2007). Este instrumento é utilizado também nos domínios da cognição, da personalidade, na psicopatologia experimental e no diagnóstico e compreensão de disfunções cerebrais orgânicas (Golden, 1998 cit in Esgalhado, 2007; Williams, Mathews & MacLeod, 1996). Na grande maioria dos estudos realizados sobre *Stroop* e o sistema nervoso central, não se verifica a existência de alterações ao nível deste último durante a realização da prova, contudo quando se recorre a técnicas de relaxamento (a nível respiratório, muscular e mental), é favorecida a produtividade na realização da tarefa, diminuindo desta forma a interferência (Cabaco, 1998).

O teste Stroop possui um estatuto privilegiado entre os instrumentos de avaliação psicológica uma vez que apresenta um elevado grau de confiabilidade na identificação das diferenças individuais (Jensen & Rower, 1966 cit in Esgalhado, 2007). De acordo com vários autores (Golden, 2001; Arana, Cabaco & Sanfeliú, 1997; MacLeod, 1991), o teste *Stroop* apresenta uma grande utilidade na investigação dos processos psicológicos básicos, quer em indivíduos que não apresentam problemas, quer em indivíduos com perturbações. O teste permite avaliar os processos psicológicos básicos, facultando informações bastante importantes no estudo da neuropsicologia e dos processos cognitivos. Permite estudar um conjunto de dimensões básicas que estão associadas à flexibilidade cognitiva, à resistência à interferência proveniente de estímulos externos ao sujeito, à criatividade e à patologia que o sujeito poderá apresentar. Estas apresentam um papel de relevo em muitos processos cognitivos, que determinam a forma como cada indivíduo vivencia uma situação de stress cognitivo e processa as informações complexas (Golden, 2001 cit in Esgalhado, 2007).

Basicamente o que o teste Stroop avalia é a capacidade de o sujeito extrair e classificar informações do seu meio e reagir às mesmas selectivamente (flexibilidade cognitiva). A palavra colorida provoca uma resposta verbal automática que activa muitas das funções que são necessárias para nomear as cores. Por outro lado, a velocidade das reacções é tão elevada, que a resposta de ler as palavras vai ocupar os mesmos canais neuro-psicológicos que a resposta de nomear a cor necessita para ser processada. Em suma, os estímulos *Stroop* activam um processo automático de resposta verbal (nomear a palavra) que interfere com o nomear das cores aprendido conscientemente. Assim, encontram-se em foco dois processos atencionais: o processamento automático e controlado (Arana, Cabaco & Sanfeliu, 1997 cit in Cabaco, Colás, Hage, Abramides & Loureiro, 2002; Gómez & Pastor, 1998). Desta forma, a interferência é o resultado da competição que ocorre entre as duas respostas (palavra e cor).

Assim, este teste constitui uma medida básica e fiável de processos importantes para o estudo do processamento cognitivo. Numerosas investigações realizadas com esta prova fazem ênfase às duas potencialidades, tanto em termos clínicos como em termos experimentais (Esgalhado, 2007).





## 2.5 Utilizações e versões da tarefa Stroop


Existem actualmente várias versões do teste original, sendo que o número de cores empregue varia entre as cinco, da versão original, e as três ou quatro noutras versões, bem como o número de palavras. Segundo Golden (1974) o número de cores utilizadas não parece afectar a fidelidade do teste (Esgalhado, 2007). O número de cores que é apresentado em cada versão condicionará o número de palavras impressas que designam a cor respectiva. O tipo de estímulos que são utilizados na condição neutra, quando esta ocorre, também é variável. Podem utilizar-se figuras geométricas, como quadrados coloridos (Stroop, 1935; Albaret & Migliore, 1999 cit in Esgalhado, 2007), rectângulos (Comalli *et al.*, 1962 cit in Esgalhado, 2007), ou símbolos sem significado, como pontos (Perret, 1974 cit in Esgalhado, 2007) ou agrupamentos de uma linha de “X” (XXX), (Golden, 1978, 2001 cit in Esgalhado, 2007). A opção pelo tipo de estímulos utilizados deverá ter em consideração o facto de as condições das várias lâminas se manterem idênticas, por isso deverão ser utilizados estímulos semelhantes nas lâminas (Esgalhado, 2007).

No que diz respeito à apresentação dos estímulos existem também discrepâncias, de versão para versão do teste. Existem versões que apresentam matrizes de 10 por 10 itens, apresentando 100 itens por página (Golden, 1978, 1998 cit in Esgalhado, 2007), 10 por 5 itens, tendo 50 itens por página (Albaret & Migliore, 1999 cit in Esgalhado, 2007) ou de 5 por 20 itens. Solicita-se aos sujeitos que façam a leitura/nomeação da cor ou por coluna ou por linha, uma vez que, segundo Golden (1998 cit in Esgalhado, 2007) as diferenças no formato de apresentação dos itens não afectam os sujeitos normais. Contudo, segundo Silverstein &

Franklin (1965 cit in Esgalhado, 2007), os sujeitos que possuem perturbações mentais, apresentam dificuldades na leitura por linha, uma vez que provoca a perda de localização na página. Assim Golden (1978, 1998 cit in Esgalhado, 2007) optou pelo formato de cinco colunas constituídas por 20 itens cada, sendo a leitura efectuada não por linha, mas sim por coluna. Deste modo, no que respeita às instruções e à cotação, verificam-se diferenças entre as várias versões. No que diz respeito à última, a contagem dos itens pode ser efectuada com base na contagem dos itens lidos ou nomeados durante 45 segundos estipulados para cada sub-teste (Golden, 1978, 2001 cit in Esgalhado, 2007; Perlstein, Cárter, Barch & Baird, 1998) ou a este total são descontados os erros e as hesitações e calculado um *score* (Comalli *et al.*, 1962; Albaret & Migliore, 1999 cit in Esgalhado, 2007; Perlstein, Cárter, Barch & Baird, 1998), ou ainda pode ser contabilizado o tempo que o sujeito demora a ler todas as palavras (Perlstein, Cárter, Barch & Baird, 1998).

O teste Stroop foi redesenhado, por vários autores, tendo surgido diversas alterações ao mesmo. Desde a utilização de estímulos auditivos, passando por formas geométricas, diferenças no tipo de resposta que se pretendia obter, o tamanho dos estímulos, entre outras (Gómez & Pastor, 1998). Uma das alterações do teste *Stroop* é a teste *Stroop* aritmética (Rogers & Fisk, 1991), na qual os sujeitos são colocados perante três condições, sendo elas, uma condição com uma operação matemática correcta ( $3+4=7$ ;  $5 \times 2=10$ ); uma condição com uma operação matemática incorrecta ( $3+4=9$ ) e uma condição com uma substituição de um sinal aritmético ( $3+4=12$ ;  $5 \times 2=7$ ). O indivíduo tem que decidir qual das condições é a correcta, sendo que a incorrecta é a que requer mais tempo para ser identificada (Esgalhado, 2007). Allport, Styles e Hsieh (1994), recorreram à utilização de cartões nos quais estão dispostos uma série de números idênticos (e.g. colocam 5 vezes o número cinco). Esta situação não gera conflito, uma vez que o número de “cincos” é o mesmo que o nome do número. Existe uma situação de interferência quando o sujeito é confrontado com um cartão no qual é apresentado o valor do número não correspondente ao seu nome (e.g. colocar 8 vezes o número três), (Esgalhado, 2007).

Outros cientistas recorreram a estímulos espaciais para avaliarem a interferência. White (1969) colocou as palavras “norte”, “sul”; “este”, “oeste”, num quadrado numa situação incompatível com a sua orientação, por exemplo “sul” surge em cima. No ano de 1970 Shor recorreu a um desenho experimental semelhante, combinando as palavras “cima”, “baixo”, “esquerda” e “direita” com setas orientadoras para cima (  ), para baixo (  ), para a direita (  ) e para a esquerda (  ).

São apresentados pares de estímulos constituídos por uma palavra e uma seta orientada de forma incompatível com o significado da palavra, colocada sob ela, por exemplo, “esquerda” e a seta orientada para a direita (“”). Uma outra prova semelhante, criada por Cannon (1998), é o Teste Palavra-Direcção (*Direction Word-Test*), que combina sinais indicadores de orientação espacial como “Direita (>)”, “Esquerda (<)” e “Meio (< >)” com as palavras que representam essa orientação (DIREITA, ESQUERDA, MEIO), (Esgalhado, 2007).

Uma outra versão de Gerstadt, Hong e Diamond (1994), para crianças entre os três e os setes anos, é o Teste Dia/Noite (*Stroop like day-night test*). Neste teste a criança é colocada numa situação incompatível quando lhe é solicitado que diga “noite” na presença de um cartão com fundo claro e com o sol, e que diga “dia” na presença de um cartão escuro e com a lua e as estrelas no fundo. Foi medido o tempo de latência nas respostas em diferentes idades, e verificou-se os resultados são superiores nas crianças mais novas (Esgalhado, 2007). Uma outra forma do teste *Stroop* consiste na possibilidade de ser administrado recorrendo a um computador, o que acarreta novas alterações no formato do teste. Segundo Sharma e McKenna (2001), é apresentado num ecrã um estímulo de cada vez, e entre cada apresentação existe um curto intervalo de tempo. O sujeito possui a possibilidade de pressionar quatro botões, nos quais cada cor se encontra escrita a preto. As autoras mantêm as três condições do *Stroop* original (Sharma & McKenna, 2001; Esgalhado, 2007).

Outro teste Stroop foi desenvolvido por Wright e colaboradores em 2003, com o objectivo primordial de ultrapassar algumas limitações do *Stroop* clássico. Os estímulos foram concebidos com uma estreita analogia com as condições do teste original de *Stroop*. Os estímulos são desenhos de quatro animais, sendo eles: uma ovelha, um pato, um porco e uma vaca. A tarefa consiste em nomear o animal que é apresentado. Na condição incongruente a cabeça de um dos animais é substituída pela cabeça de um dos outros, sendo assim constituídos os estímulos incongruentes. Os autores desta forma de *Stroop* crêem que como a face é mais saliente do que o corpo, e por isso a resposta correcta (de acordo com o corpo) obriga a inibir a resposta preferencial baseada na identificação da face/cabeça. Este teste foi criado com o objectivo de verificar a aplicabilidade do *Stroop* animal para a medida do controlo inibitório sobretudo na infância (Costa & Castro, 2010).

O teste Stroop é utilizado em variados contextos, tendo existido cerca de 1059 autores diferentes que desenvolveram investigações em pessoas com perturbação de *stress* pós-traumático, perturbações de pânico, depressões, perturbações de ansiedade, com vítimas de violações, com o objectivo de verificar de que forma a informação é processada selectivamente. Outros autores aplicaram variantes do teste no estudo do processamento da informação de palavras relacionadas com a alimentação e o peso (bulimia, anorexia e obesidade), em sujeitos que apresentavam perturbações de comportamento alimentar (Arana, Cabaco & Sanfeliú, 1997 cit in Esgalhado, 2007; Cabaco, 1998; Gómez & Pastor, 1998).

A abundante literatura sobre o tema, a diversidade de campos e temáticas que abrange, bem como as amplas possibilidades de utilização (com o objectivo de diagnóstico, clínico, entre outros), permitem vislumbrar um interesse cada vez maior por esta prova (Cabaco, 1998). Tendo em conta a limitação supramencionada (o rendimento dos sujeitos afectados pela dimensão irrelevante do teste *Stroop*), têm sido realizados outros estudos tendo por base a ideia de estudar a capacidade de separar e filtrar a informação relativa a outras características (as irrelevantes para a tarefa em questão), (Ausina, 1999). Assim, o paradigma Stroop Emocional tem vindo a ser aplicado em diversas perturbações, como as

perturbações de ansiedade generalizada, de pânico, fobias simples ou sociais, perturbações obsessivo-compulsivas, doenças crónicas, depressão, perturbações alimentares, abuso de álcool, entre outras (Esgalhado, 2007; Herreras & Cela, 2006; Kessler, McGanagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman, Wittchen & Kendler, 1994 cit in Esgalhado, Loureiro & Cabaco, 2003; Williams, Mathews & MacLeod, 1996).



# **Capítulo III**

## **Stroop Emocional**



### 3.1 Stroop Emocional

A predisposição atencional é um aspecto central nas modificações da conduta emocional, sendo assim explicada a surpreendente importância que adquiriu no âmbito aplicado, quer ao nível do diagnóstico, quer ao nível preditivo. As investigações realizadas na área da Psicopatologia têm-se centrado na análise da forma como a atenção selectiva e emocional perante estímulos relevantes, pode afectar a realização de certas tarefas, nas quais o processamento da informação se caracteriza por ser dissociador (Greco, 1993).

Nos últimos quinze anos, tem-se vindo a desenvolver cada vez mais pesquisa, na área das Neurociências Cognitivas. Múltiplas pesquisas evidenciam que o bom desempenho em situações de tomada de decisão, aprendizagem e memória requerem, tanto informação declarativa-explícita como afectiva-implícita (Pérez-Dueñas, Ungueti, Lupiáñez & Acosta, 2006). Segundo, alguns autores (Salovey & Mayer, 1990; Goleman, 1995; Bar-On, 1997; Mayer & Salovey, 1997), a literatura sobre Inteligência Emocional dá ênfase à união e ao complemento funcional entre os processos afectivos e cognitivos. A inteligência emocional encontra-se relacionada com a capacidade para raciocinar sobre as emoções e utilizá-las para melhorar os relacionamentos (Mayer, Salovey & Caruso, 2004 cit in Pérez-Dueñas, Ungueti, Lupiáñez & Acosta, 2006).

Os processos emocionais apresentam uma influência importante sobre os processos cognitivos. Uma das metodologias utilizadas para investigar os fenómenos de interferência, do material emocional no processamento cognitivo, é o teste *Stroop* emocional (Williams, Mathews & MacLeod, 1996 cit in Dresler, Mériaux, Heekeren & Meer, 2009). Este teste surgiu devido à modificação que o *stroop* clássico sofreu, ao longo dos anos, uma vez que quando as palavras do teste apresentavam uma conotação emocional para os sujeitos, se verificavam atrasos significativos na nomeação das cores. Em 1964 Klein foi o primeiro a fazer referência a esta evidência, sendo que posteriormente Geller e Shaver (1976), demonstraram que a velocidade para nomear as palavras emocionais poderia ser um indicador das preocupações ou ansiedades dos sujeitos. As palavras que diziam respeito a conteúdos emocionais, como morte ou tristeza produziam uma interferência maior do que as palavras neutras (mesa, árvores). Estes estudos vieram demonstrar a importância do teste *Stroop* emocional como um método cognitivo eficaz na psicologia clínica (Cabaco, 1998).

O *Stroop* emocional é uma variante da interferência do *Stroop* clássico, que se caracteriza pela apresentação de palavras que possuem um conteúdo afectivo (positivo ou negativo) e um conteúdo neutro. Segundo alguns autores, esta versão da prova original surgiu essencialmente para os pacientes que apresentavam algum tipo de psicopatologias (Cabaco, 1998; Herreras & Cela, 2006; Mathews & MacLeod, 1985 cit in Gómez & Pastor, 1998). O teste *Stroop* foi aplicado com o intuito de se medirem processos cognitivos bastante diversificados, relacionados com as funções executivas (Reeve & Schandler, 2001), funções tais como a flexibilidade (Fisher, Freed & Corkin, 1990) e a capacidade de inibição de respostas automáticas (Milham, Banich & Barad, 2003). A estas dimensões Logan, Zbrdoff & Williamson

(1984), acrescentaram a dimensão da velocidade do processamento da informação (Herreras & Celas, 2006). O seu valor reside não apenas na possibilidade de permitir discriminar diferentes patologias, como também viabilizar a quantificação das patologias referidas (Ben-Tovin & Walker, 1991; Cooper & Fairburn, 1992; Cabaco & Armas, 2000 cit in Esgalhado, Loureiro & Cabaco, 2003). Segundo Greco (1993) esta prova foi utilizada com diversas finalidades, sendo uma delas a possibilidade de ser uma ferramenta clínica de avaliação, uma vez que recorrendo a estímulos ameaçadores, físicos ou sociais, relacionados com a patologia estudada, se verifica que os sujeitos que padecem dessa patologia demoram mais tempo a reagir perante os estímulos, do que os sujeitos que não apresentam a mesma. Segundo McKenna e Sharma (2004), se a palavra utilizada no teste *stroop* possuísse um carácter emocional, verificava-se uma maior interferência do que se essa palavra não contivesse carácter um emocional.

Tal como referido anteriormente, o teste *Stroop* foi utilizado com diversas finalidades, sendo outra delas a avaliação da atenção em pacientes com dor crónica. Neste domínio, os resultados demonstram a existência de interferência *stroop* devido aos tempos de reacção mais lentos para as palavras desagradáveis no grupo dos pacientes que apresentam dor crónica, contudo não diferem significativamente dos sujeitos do grupo de controlo (Anderson & Haldrup, 2003 cit in Herreras & Celas, 2006; Gómez & Pastor, 1998). Outros autores aplicaram-no em pacientes com espectro depressivo, verificando que o viés atencional apenas se manifesta em pacientes que apresentem uma depressão *major* (Gallardo, Baños, Belloch & Ruy Pérez, 1999 cit in Herreras & Celas, 2006). Um outro estudo realizado por Ray em 1979, veio demonstrar que os estudantes que se encontravam em fase de pré-exames apresentavam resultados de interferência superiores, na nomeação das cores de palavras associadas aos exames, comparativamente com palavras neutras, e este efeito era maior nos alunos que apresentavam um nível de ansiedade mais elevado (Greco, 1993).

Williams e Broadbent (1986) realizaram um estudo sobre o efeito *stroop* nas tentativas de suicídio, e concluíram que os sujeitos tinham tendência a serem mais lentos na nomeação das cores das palavras que estavam associadas ao acto suicida (Greco, 1993).

Alguns estudos que recorreram ao teste *Stroop* emocional demonstraram que o tempo de resposta para nomear a cor, quando se encontrava escrita uma palavra emocional, era maior para as pessoas que sofriam da perturbação emocional sobre a qual o teste *stroop* dizia respeito, do que para os sujeitos sem qualquer tipo de perturbação (Quero, Baños & Botella, 2000; Williams, Watts, MacLeod & Mathews, 1997 cit in Pérez, Riveira, Fuster & Rodríguez, 1999). A maioria dos autores dos estudos acredita que o efeito causado pelo estímulo emocional nas tarefas tipo *Stroop*, se deve ao facto de os estímulos prenderem os recursos atencionais do indivíduo (Pérez, Riveira, Fuster & Rodríguez, 1999).

O teste *Stroop* assenta a ideia de que ver e nomear uma palavra prevê uma associação automática, enquanto que nomear uma cor resulta de um esforço consciente para verbalizar o nome da mesma. A originalidade do teste deve-se ao facto de a terceira lâmina desencadear uma resposta verbal automática que solicita muitas das funções

neuropsicológicas que são imprescindíveis para a nomeação das cores. Além disso, a velocidade de ambas as reacções é tão grande que a resposta de ler as palavras ocupa os mesmos canais neuropsicológicos, ao mesmo tempo, que a resposta de nomear as cores necessita para poder ser processada. Tudo isto demonstra que a lâmina de interferência do Teste *Stroop* mede basicamente a capacidade que o indivíduo tem para separar os estímulos de nomear as cores e ler as palavras (MacLeod & MacDonald, 2000). Esta tarefa afecta assim, em níveis básicos, a capacidade do sujeito para classificar informações do seu meio e reagir às mesmas selectivamente (Cabaco, Colás, Hage, Abramides & Loureiro, 2002). O material emocional suscita mais recursos de processamento da informação devido à activação de estruturas específicas de conhecimento, que representam ameaças pessoais (Mogg, Mathews & Weinman, 1989 cit in Cabaco, 1998). Desta forma, a interferência pode dever-se ao esforço cognitivo que é feito para impedir que o material emocional se torne consciente (Ruiter & Brosschot, 1994, cit in Cabaco, 1998), ou pela dificuldade de manter o foco atencional (Eysenck, 1982 cit in Cabaco, 1998). Contudo, estas explicações, bem como outras, apresentam dificuldades de consistência experimental uma vez que quando as provas são replicadas não se obtêm sempre resultados similares (Cabaco, 1998).

No teste *stroop* emocional, tal como no teste *stroop* original, verifica-se a presença de um efeito de interferência. O viés atencional ocorre porque existe uma “competição” entre a tarefa que é pedida ao sujeito (nomear a cor da palavra) e o processo automático e pré-consciente de ler a palavra (Pérez, Riveira, Fuster & Rodríguez, 1999; McKenna & Sharma, 2004). Na maioria das experiências nas quais se recorre ao teste *Stroop* emocional, pretende-se avaliar a perspicácia através da qual os estímulos emocionais captam os recursos atencionais. Existem várias explicações para este fenómeno: (1) por um lado encontram-se explicações que afirmam que os estímulos emocionais atraem desproporcionalmente mais recursos do processamento devido à activação de estruturas específicas do conhecimento (2) por outro lado existem aquelas que sugerem que a interferência pode ser proveniente do material emocional, activando tarefas irrelevantes, preocupando-se assim com os processos que consomem a capacidade atencional, retardando a nomeação das cores (Dawkins & Furnham, 1989 cit in Cabaco, 1998). No pólo oposto encontram-se os trabalhos de Cohen, Dunbar e MacClelland (1990), que referem que os processos automáticos raramente são completamente independentes do controlo emocional (Cabaco, 1998).

Segundo vários autores, as pessoas afectadas por uma perturbação emocional apresentam significativamente mais interferência em nomear as cores das palavras que sejam ameaçadoras ou que contenham conteúdo emocional relativo à sua patologia, do que as palavras neutras (Cárter, Maddock & Magliozzi, 1992; Gotlib & Cane, 1987; Gotlib & McCann, 1984; Hill & Dutton, 1989; Hill & Knowles, 1991; Klieger & Cordner, 1990; Mogg, Bradley, Williams & Mathews, 1993; Segal & Vella, 1990 cit in Pérez, Riveira, Fuster & Rodríguez, 1999; Pratto & John, 1991 cit in Dresler, Mériaux, Heekeren & Meer, 2009).

## 3.2 Descrição da tarefa Stroop Emocional

Nesta prova as lâminas são constituídas por palavras ameaçadoras ou perigosas, o que difere da versão original do *Stroop* (Herreras & Celas, 2006). Nesta tarefa são apresentados aos sujeitos estímulos que contêm informações afectivas diferentes (positivas ou negativas) e informações neutras (Dresler, Mériau, Heekeren & Meer, 2009; Gómez & Pastor, 1998; Williams, Mathews & MacLeod, 1996 cit in Johansson, Carlbring, Ghaderi & Andersson, 2008; Pérez-Dueñas, Ungueti, Lupiáñez & Acosta, 2006). Solicita-se ao sujeito que nomeie a cor na qual palavra se encontra escrita, tão depressa quanto possível, ignorando o significado da mesma. O fenómeno denominado interferência de *Stroop* emocional, ocorre devido a uma lentificação na nomeação das cores das palavras, quando estas apresentam conteúdo emocional significativo para o sujeito (Dresler, Mériau, Heekeren & Meer, 2009; McKenna & Sharma 2004; Williams, Mathews & MacLeod, 1996 cit in Johansson, Carlbring, Ghaderi & Andersson, 2008; Pérez-Dueñas, Ungueti, Lupiáñez & Acosta, 2006; Strauss & Allen, 2006). A prova pressupõe que sejam mostradas aos sujeitos palavras que se associem à problemática em questão, por exemplo, para um *stroop* emocional sobre depressão apresentam-se palavras como tristeza e desesperança. Este conteúdo emocional apresenta um efeito disruptivo nas funções cognitivas do indivíduo, uma vez que se encontra relacionado com a problemática da qual o sujeito padece (Williams, Watts, MacLeod & Mathews, 1997 cit in Pérez, Riveira, Fuster & Rodríguez, 1999). Alguns dos trabalhos de *Stroop* emocional, que contêm palavras emocionais positivas, possuem algumas limitações metodológicas, que resultam principalmente da incapacidade de equilibrar as palavras positivas e negativas por intensidade emocional, possuindo as palavras negativas uma intensidade superior às positivas (McKenna & Sharma, 2004; Pratto & John, 1991; White, 1996 cit in Strauss & Allen, 2006).

Os resultados produzidos devido ao teste Stroop dificilmente serão afectados pela negação deliberada dos sintomas, uma vez que a realização apenas se pode distorcer voluntariamente se a nomeação da cor das palavras for atrasada (Williams, Watts, McLeod & Mathews, 1997 cit in Cabaco, Colás, Hage, Abramides & Loureiro, 2002). Desta forma o teste Stroop Emocional pode ser valioso em estudos psicopatológicos detalhados para discriminar diferentes manifestações clínicas.

## 3.3 Estudos com Stroop Emocional

Actualmente o teste Stroop Emocional é umas das técnicas mais utilizada em diferentes patologias. Na tabela seguinte encontram-se enunciados vários trabalhos, de diversas áreas clínicas, nos quais os autores recorreram ao teste supramencionado.

Tabela 2  
Estudos que recorreram ao Teste de Stroop Emocional

Autores	Conteúdo das palavras das lâminas	Participantes	Principais conclusões; Maior interferência
Ray (1979)	Palavras associadas a exames académicos; Partes do corpo.	Estudantes do último ano do curso, 4 semanas antes dos exames; Indivíduos com baixa ansiedade; Indivíduos com ansiedade moderada; Indivíduos com elevada ansiedade.	Nos sujeitos com elevada ansiedade e nas palavras associadas a exames.
Gotlib & McCann (1984)	Depressão; Manias; Palavras neutras.	Depressão leve; Não depressão.	Nos sujeitos depressivos e nas palavras depressivas.
Mathews & MacLeod (1985)	Ameaça física; Ameaça social.	Pacientes ansiosos; Grupo de controlo.	Nos sujeitos ansiosos e nas palavras ameaçadoras.
Watts, et. al (1986) Estudo 1	Palavras associadas a aranhas; Palavras emocionais; Palavras neutras; Palavras coloridas; OOOO's	Sujeitos com medo de aranhas; Grupo de controlo.	Nos sujeitos com aracnofobia e nas palavras associadas a aranhas.
Watts, et. al (1986) Estudo 2	Palavras associadas a aranhas; Palavras emocionais; Palavras neutras; Palavras coloridas; OOOO's	Sujeitos com medo de aranhas (do estudo anterior); Grupo de tratamento; Grupo de "não tratamento".	Ambos os grupos (tratamento e não tratamento) reduziram a interferência.

Williams & Nulty (1986)	Palavras negativas; Palavras neutras; OOOO's	Depressão moderada; Não deprimidos.	Nos sujeitos depressivos e nas palavras negativas.
Gotlib & Cane (1987)	Depressão; Manias; Palavras neutras.	Pacientes deprimidos internados (a) Testados na admissão (b) Testados na saída Indivíduos não depressivos.	Nos pacientes depressivos antes do tratamento e nas palavras negativas.
Ehlers et. al (1988)	Ameaça física; Separação; Constrangimento; Palavras neutras; Palavras positivas.	Perturbação de pânico; Grupo de controlo.	Nos sujeitos com perturbação de pânico e nas palavras fisicamente ameaçadoras.
Mogg et. al (1989)	Ameaça física; Ameaça social.	Sujeitos ansiosos; Grupo de controlo.	Nos sujeitos ansiosos e nas palavras ameaçadoras.
Dawkins & Furnham (1989)	Conflito de cores; Palavras Ameaçadoras; Palavras neutras.	Ansiedade elevada; Ansiedade baixa.	Nos sujeitos com ansiedade elevada e nas palavras ameaçadoras.
Richards & Millwood (1989)	Palavras ameaçadoras; Palavras neutras; Palavras positivas.	Elevada ansiedade; Baixa ansiedade.	Nos sujeitos com elevada ansiedade e nas palavras ameaçadoras.
Hope et. al (1990)	Ameaça social; Ameaça física; Palavras neutras; Palavras coloridas; XXXX's	Fobia Social; Perturbação de Pânico.	Nos sujeitos com fobia social e nas palavras socialmente ameaçadoras; Nos sujeitos com perturbação de pânico e nas palavras ameaçadoras fisicamente.

Klieger & Cordner (1990)	Palavras negativas; Palavras neutras; Palavras coloridas; OOOO's	Depressão moderada; Não depressão.	Nos sujeitos do grupo deprimido e nas palavras negativas.
McNally, Riemann et. al (1990)	Medo; Sensações corporais; Catástrofes; Palavras neutras.	Perturbação de pânico; Grupo de controlo e terapeutas especialistas em pânico.	Nos sujeitos com perturbação de pânico e em todas a palavras negativas; Em ambos os grupos nas palavras associadas a catástrofes.
McNally, Kaspi, etl. Al (1990)	Palavras obsessivas; Palavras associadas a PTSD; Palavras positivas; Palavras neutras.	Veteranos Vietnamitas com PTSD; Veteranos Vietnamitas sem PTSD.	Nas palavras associadas a PTSD; Sem diferenças nas palavras positivas, neutras e obsessivas.
Mogg & Marden (1990).	Ameaça social; Ameaça física; Palavras positivas; Palavras neutras;	Elevada ansiedade; Média ansiedade; Membros do clube de remo e não membros.	Nos sujeitos com elevada ansiedade em todas as palavras emocionais incluindo as positivas.
Mogg et. al (1990)	Ameaça geral; Ameaça associada a uma acção; Palavras neutras.	Elevada ansiedade; Baixa ansiedade.	Nos sujeitos com elevada ansiedade e elevado stress nas palavras associadas a uma acção.
Richards & French (1990).	Ameaça; Palavras Positivas; Palavras Neutras	Elevada ansiedade; Baixa ansiedade.	Nos sujeitos com elevada ansiedade nas palavras ameaçadoras.
Foa et. al (1991)	Palavras relacionadas com violação; Ameaça geral; Palavras neutras; "Não-palavras"	Vítimas violadas com PTSD; Vítimas violadas sem PTSD; Grupo de controlo.	Nos sujeitos violados com PTSD e nas palavras associadas com violação.

Hill & Knowles (1991)	Palavras negativas; Palavras positivas.	Depressão leve; Não depressão.	Sem interação entre o grupo de sujeitos e as categorias das palavras.
Martin et. al (1991) Experiência 2	Ameaça física; Ameaça social; Palavras positivas	Ansiosos; Grupo de controle.	Nos sujeitos ansiosos e nas palavras ameaçadoras.
Martin et. al (1991) Experiência 4	Ameaça física; Ameaça social; Palavras neutras.	Ansiosos; Não pacientes.	Nos sujeitos ansiosos e nas palavras ameaçadoras.
Martin et. al (1991)	Ameaça física; Ameaça social; Palavras neutras.	Elevada ansiedade; Média ansiedade; Baixa ansiedade.	Sem efeitos significantes que envolvam o grupo.
Golombok et. al (1991)	Ameaça física, Ameaça social; Palavras neutras.	Ansiosos; Grupo de controle.	Nos sujeitos ansiosos e nas palavras ameaçadoras.
Cassiday et. al (1992)	Palavras associadas com violação; Ameaça geral; Palavras positivas; Palavras neutras.	Vitimas violadas com PTSD; Vitimas violadas sem PTSD; Grupo de controle.	Nos sujeitos com PTSD e nas palavras associadas com violação.
Martin et. al (1992)	Palavras associadas a aranhas; Palavras “controle”; “Não palavras”; Palavras coloridas.	Crianças com medo de aranhas; Grupo de controle de crianças.	Crianças com medo de aranhas (palavras associadas a aranhas).

McNally et. al (1992)	Medo; Sensações corporais; Catástrofes; Palavras Positivas; XXXX's	Perturbação de pânico; Perturbação Obsessivo- compulsiva; Grupo de controlo; Elevada vs. Baixa excitação.	Nos sujeitos com perturbação de pânico e nas palavras associadas a catástrofes.
Richards et. al (1992)	Ameaça; Palavras positivas; Palavras neutras.	Elevada ansiedade; Baixa ansiedade.	Nos sujeitos com elevada ansiedade.
MacLeod & Rutherford (1992)	Ameaça relacionada com os exames académicos; Ameaça geral; Palavras neutras.	Elevada ansiedade; Baixa ansiedade - antes e 6 semanas após a realização do exame.	Nos sujeitos com elevada ansiedade e antes do exame.
Foa et. al (1993)	Ameaça geral; Contaminação; Palavras categorizadas; Palavras neutras; "Não-palavras"	Perturbação obsessivo- compulsiva: (a) com rituais de lavagem (b) com rituais de verificação Grupo de controlo.	Indivíduos com rituais de lavagem (POC) nas palavras sobre contaminação; Indivíduos com rituais de verificação (POC) nas palavras sobre a ameaça geral.
Fox (1993)	Ameaça; Palavras Neutras; Palavras coloridas.	Elevada ansiedade; Baixa ansiedade.	Elevada ansiedade: (a) Estímulos tradicionais; (b) Estímulos separados
Fox (1993)	Ameaça física; Ameaça social; Palavras neutras.	Elevada ansiedade; Baixa ansiedade; "Repressor"	Sem efeitos significativos envolvendo os grupos.

Mathews & Sebastian (1993) Experiência 1	Palavras associadas com cobras; Ameaça geral; Palavras neutras.	Indivíduos com medo de aranhas; Grupo de controlo.	Sem efeitos significativos
Mattia et. al (1993)	Ameaça social; Ameaça física; Palavras neutras; Palavras coloridas; XXXX's	Fobia social; Grupo de controlo.	Nos sujeitos com fobia Social e nas palavras ameaçadoras socialmente.
McNally et. al (1993)	Palavras obsessivas; PTSD; Palavras positivas; Palavras neutras OOOO's	Veteranos Vietnamitas com PTSD (reanalizados uma semana depois)	Nos sujeitos com PTSD e nas palavras associadas com a problemática em questão.
Lavy et. al (1994)	Palavras negativas; Palavras positivas associadas à POC; Palavras negativas associadas à POC; Palavras positivas; Palavras neutras	Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Grupo de Controlo	Nos sujeitos com Perturbação Obsessivo-Compulsiva e nas palavras negativas.
McNally, et. al (1994)	Pânico; Ameaça geral; Palavras positivas; Palavras Neutras.	Perturbação de pânico; Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Grupo de controlo.	Nos sujeitos com perturbação de pânico e nas palavras ameaçadoras.
Kaspi et. al (1995)	PTSD Palavras negativas; Palavras positivas; Palavras neutras.	Veteranos Vietnamitas com PTSD; Veteranos Vietnamitas sem PTSD.	Nos sujeitos com PTSD e nas palavras associadas com a problemática em questão.

---

Mathews et. al (1995)	Conflito de cores; Ameaça; Palavras neutras.	Ansiosos; Grupo de controlo.	Nos sujeitos ansiosos antes do tratamento; Nos sujeitos ansiosos após o tratamento.
--------------------------	--	---------------------------------	---

Em síntese, a predisposição atencional tem-se verificado como um aspecto primordial na conduta emocional, o que justifica a importância que adquiriu no âmbito aplicado, tanto a nível de diagnóstico como a nível preditivo. As investigações realizadas na área da Psicopatologia têm-se concentrado na investigação de como a atenção selectiva, perante estímulos emocionais relevantes, pode afectar e condicionar a realização de tarefas, nas quais o processamento da informação é dissociativo. Também o teste Stroop Emocional para a detecção do risco de suicídio poderá ser utilizado como uma ferramenta clínica de avaliação do risco do mesmo. Nesta prova utilizam-se estímulos ameaçadores associados à problemática em questão, o que pressupõe que os sujeitos que apresentem risco de suicídio demorem mais tempo a verbalizar a cor na qual a palavra se encontra escrita, que os sujeitos que não padeçam da mesma (Greco, 1993; Cabaco, Colás, Hage, Abramides & Loureiro, 2002).

Não existem muitos trabalhos que tenham associado o suicídio com o teste Stroop, contudo no que diz respeito às perturbações alimentares pode observar-se que os trabalhos realizados apresentam este teste como bastante fiável e de enorme utilidade, quer pela rapidez de execução quer pela simplicidade de interpretação (Ben-Tovim, Walker, Fok & Yap, 1989; Moog, Kentish & Bradley, 1993 cit in Cabaco, Colás, Hage, Abramides & Loureiro, 2002; Walker, Ben-Tovim, Jones & Bachok, 1992).

Nesta linha, a adaptação do teste Stroop Emocional para a detecção do risco de suicídio, pode constituir-se como uma ferramenta clínica à qual os clínicos poderão recorrer na sua prática, para permitir um mais fácil diagnóstico de risco suicida e uma intervenção mais pronta e eficaz.



## **Parte II - Corpo Empírico**



# **Capítulo IV**

## **Metodología**



## 4. Apresentação do estudo

O teste de Stroop tem por base a ideia de que ver ou nomear uma palavra pressupõe uma associação automática enquanto que nomear uma cor resulta de um esforço consciente para referir o nome da mesma. A originalidade deste teste assenta na ideia de que a terceira lâmina gera uma resposta verbal automática que requer muitas das mesmas funções neuropsicológicas que são necessárias para nomear a cor. Para além disto, a velocidade das duas reações é tal que a resposta de ler palavras ocupa os mesmos canais neuropsicológicos, e ao mesmo tempo, que a resposta de nomear as cores necessita para ser processada. Assim, a lâmina de interferência do teste Stroop mede a capacidade que o indivíduo possui de separar os estímulos de nomear as cores e ler as palavras (Cabaco, Colás, Hage, Abramides & Loureiro, 2002).

O teste de Stroop Emocional apresenta-se com uma estrutura semelhante ao Stroop clássico. As duas primeiras lâminas do teste possuem um conteúdo de carácter mais geral, já que aludem a conteúdos neutros e positivos, enquanto a terceira é específica da problemática em questão. É difícil verificar-se uma negação deliberada dos sintomas, porque para que esta condição se verifique o sujeito teria que não atrasar a nomeação da cor das palavras específicas (Cabaco, Colás, Hage, Abramides & Loureiro, 2002). Os itens a incluir nas diferentes lâminas são obtidos em três momentos diferentes, o que leva à realização de três fases de estudo e a sua escolha tem por base processos de categorização que justificam uma breve abordagem teórica.

Desde a época de Aristóteles que se verifica uma preocupação com os procedimentos utilizados para nomear, definir e categorizar. Com o posterior desenvolvimento das ciências cognitivas, a visão da categorização sofreu modificações. De um processo cognitivo individual a categorização deu origem a um processo cultural e social de construção da realidade, que organiza conceitos, parcialmente baseado na psicologia cognitiva. A informação perceptiva é fundamental na definição das extensões de uma categoria, porque essa categoria não é feita artificialmente, mas sim, tendo-se em consideração as informações do mundo real ao qual pertencemos, e como respondemos a elas (Lima, 2007).

Diversos investigadores na área da cognição consideram os termos *categorização* e *conceito* como sinónimos, ou como ambíguos. Geralmente o segundo termo é utilizado para se fazer referência à representação mental de um objecto, ou a uma unidade de conhecimento. Já o termo *categoria* remete para a combinação dos significados dos conceitos pelas suas associações, baseada na similaridade entre eles (Lima, 2007).

Segundo Lakoff (1987, p. 5), “A maioria das nossas palavras e conceitos designam categorias (...). A categorização não é um processo que deve ser estudado superficialmente. Não há nada mais básico do que a categorização para o nosso pensamento, percepção, acção e discurso. Cada vez que nós vemos algo como “um tipo” de coisa, por exemplo, uma árvore, nós estamos a categorizar. (...) A compreensão de como categorizamos é o ponto central para

a compreensão de como nós pensamos, funcionamos e, conseqüentemente, um ponto central para a compreensão daquilo que nos torna seres humanos”. Segundo outros autores a “Categorização é um processo cognitivo de dividir as experiências do mundo em grupos de entidades, ou categorias, para construir uma ordem física e social do mundo” (Jacob & Shaw, 1998, p.155 cit in Lima, 2007).

O processo de categorização é inerente ao ser humano desde os primeiros momentos de vida. Isto porque o cérebro dá forma às estruturas que refletem o ambiente externo através de categorias. Sempre que observamos algum objecto tentamos categorizá-lo. Isto ocorre principalmente pelas características provenientes das similaridades e pelas diferenças existentes entre os conceitos, dentro de um determinado contexto. A elaboração de categorias geralmente é referida como uma metodologia na qual os conceitos formam novas categorias pelas características inerentes a eles próprios (Best, 2001; Lima, 2007).

Segundo alguns autores, a Teoria dos Protótipos foi proposta especificamente para explicitar as lacunas do ponto de vista da definição dos atributos (Eysenk & Keane, 1990 cit in Lima, 2007). Segundo Murphy (2002) a maior crítica proveniente dos investigadores do modelo dos protótipos relativamente ao modelo clássico, devia-se à necessidade e suficiência das propriedades das classes, contudo não questionavam a noção da representação do conceito. No modelo clássico, um conjunto de definições de atributos são necessárias para quantificar as características dos membros. Desta forma, segundo os investigadores, existem poucas características que todos os membros de uma categoria possuem, contudo a sua representação envolve uma lista geral de particularidade que a maioria dos membros apresenta (Lima, 2007).

O Modelo dos Protótipos de Eleanor Rosch, que se baseia no pressuposto de que se no modelo clássico as categorias são unicamente definidas pelas propriedades que todos os membros da classe possuem, então nenhum membro pode exemplificar melhor a categoria que o outro (Murphy, 2002; Rosch, 1973 cit in Matlin, 2009; Rosch 1975; 1978 cit in Lima, 2007; Best, 2001; Solso, Maclin & Maclin, 2005). O princípio fundamental do modelo de Rosch modelo sustenta que as categorias se encontram organizadas em torno dos protótipos centrais. Um item é considerado como pertencente a uma categoria, não por se saber que ele possui um determinado atributo, mas por se considerar o quanto as dimensões desse membro se aproximam das ideias para ele (Best, 2001; Sternber & Ben-Zeev, 2001; Wisniewski, 2002 cit in Matlin, 2009; Mervis & Rosch, 1981; Solso, Maclin & Maclin, 2005). De outra forma, um exemplo representativo de uma classe seria aquele que compartilhasse com os outros membros da categoria o maior número de características, e que por outro lado, compartilhasse poucas - ou nenhuma - com elementos não pertencentes à classe. De acordo com este modelo, os conceitos são representados por um grupo de características e não pelas suas definições. Um novo membro é caracterizado como um determinado conceito se for suficientemente similar ao seu protótipo. A aglomeração de conceitos numa determinada categoria ocorreria, segundo a autora, não pela alternância dos traços binários, mas sim pela semelhança com o protótipo no qual o membro aglomerasse os traços mais característicos da

categoria. Por exemplo, um pardal é uma ave mais prototípica do que uma galinha ou um pinguim, facto que contribui para que seja facilmente reconhecido como uma ave e menos provavelmente classificado erroneamente como membro de outra categoria, como mamífero ou peixe (Gardner, 1996 cit in Lima, 2007; Mervis & Rosch, 1981; Solso, Maclin & Maclin, 2005). Nas suas investigações, Rosch substituiu o nome de uma categoria pelo nome de um dos membros que a constituíam, e solicitou aos participantes que avaliassem se a palavra representaria a categoria em questão. Em cada frase a palavra *pardal* foi classificada como fazendo sentido para substituir o nome da categoria, enquanto *águia*, *galinha* e *avestruz* foram avaliadas como não fazendo sentido. Este dado sugere ser plausível que o membro típico de uma categoria seja semelhante e representativo do protótipo da mesma (Solso, Maclin & Maclin, 2005). Rosch e Mervins (1975) demonstraram que quanto mais prototipicamente um membro de uma categoria é classificado, maior será a quantidade de características comuns que terá com os outros elementos dessa categoria, e menos atributos comuns com os membros de outras categorias. Em suma, os protótipos são aqueles membros de uma categoria que mais reflectem a redundância da estrutura da categoria como um todo (Lima, 2007; Matlin, 2009).

## 4.1 Tipo de Estudo

Tendo em conta a especificidade que esta investigação apresenta, não existiu qualquer manipulação de variáveis por parte dos investigadores, tendo-se apenas desenvolvido apenas procedimentos com o intuito de descrever os acontecimentos que ocorriam naturalmente sem a sua intervenção (Ribeiro, 1999).

Desta forma, o desenho de investigação deste trabalho é, assim, observacional descritivo e de natureza quantitativa (Ribeiro, 1999).

## 4.2 Objectivos

O objectivo geral é a realização de um estudo exploratório para a construção do Teste de Stroop Emocional para o risco de suicídio.

Este objectivo geral concretiza-se através dos seguintes objectivos secundários:

- Definir quais as palavras, de um conjunto de palavras, que pertencem à categoria de palavras neutras, para a construção da lâmina número 1;
- Definir quais as palavras, de um conjunto de palavras, que pertencem à categoria de palavras positivas, para a construção da lâmina número 2;
- Definir quais as palavras, de um conjunto de palavras, que pertencem à categoria de palavras negativas, para a construção da lâmina número 3;

- Caracterizar as palavras neutras (lâmina 1) quanto à familiaridade, frequência de uso, nível de conhecimento e grau de evocação de imagem;
- Caracterizar as palavras positivas (lâmina 2) quanto à familiaridade, frequência de uso, nível de conhecimento e grau de evocação de imagem;
- Caracterizar as palavras negativas (lâmina 3) quanto à familiaridade, frequência de uso, nível de conhecimento e grau de evocação de imagem.

## **4.3 Método**

### **4.3.1 Fase 1**

#### **4.3.1.1 Participantes**

Para a realização da primeira fase da investigação, a amostra utilizada é composta por cinco professores de Biologia de uma escola do concelho da Covilhã. Todos os professores possuem uma licenciatura em Biologia como habilitações literárias mínimas. A amostra é não probabilística ou intencional.

#### **4.3.1.2 Material/Procedimentos/Resultados**

Como esta tarefa possui uma estrutura semelhante ao Stroop Clássico a lâmina neutra deve ser constituída por palavras não activadoras. Optou-se por palavras pertencentes à categoria Frutos. Para a selecção destas palavras recorreu-se ao léxico português, tendo-se obtido com a pesquisa efectuada, cerca de 52 palavras.

Foi solicitada uma autorização para aplicação do questionário ao director da escola (Cf. Anexo 1) na qual os juízes leccionam, para poder aplicar os questionários (Cf. Anexo 2), e após a sua resposta positiva as palavras foram presentes aos cinco juízes (Tabela 1). Estes classificaram-nas como pertencendo ou não à categoria de frutos.

Seguidamente apresenta-se a lista das 52 palavras pertencentes à categoria de frutos, que foram apresentadas aos juízes.

Tabela 3 - Palavras apresentadas aos cinco juizes especialistas.

Frutos	Frutos	Frutos
Figo	Amora preta	Diospiro
Cereja	Mirtilo	Framboesa
Romã	Groselha	Nectarina
Tâmara	Morango	Pinhão
Uva	Azeitona	Amendoim
Lima	Goiaba	Pistachio
Limão	Lichia	Caju
Cidra	Maracujá	Passas
Laranja	Noz	Ameixa
Tangerina	Manga	Medronho
Toranja	Papaia	Damasco
Abacate	Coco	Amora
Maracujá	Ananás	Castanha
Marmelo	Abacaxi	Avelã
Nêspera	Kiwi	Pêssego
Maça	Melão	Amêndoa
Pêra	Melancia	
Banana	Abrunho	

Dessas 52 palavras foram seleccionadas dez para incluir na lâmina. O critério de escolha deveu-se ao facto de as dez palavras terem sido classificadas por todos os juizes como pertencendo à categoria de frutos e tendo em consideração as quatro cores a utilizar no Stroop Emocional - amarelo, vermelho, azul e verde - as palavras escolhidas apresentarem o mesmo número de sílabas da cor na qual serão impressas.

Tabela 4 - Palavras pertencentes à categoria de Frutos, para constituir a lâmina neutra

Frutos
Tangerina
Banana
Kiwi
Melancia
Laranja
Maça
Manga
Cereja
Limão
Pêra

## 4.3.2 Fase 2

### 4.3.2.1 Participantes

Para a realização da segunda fase da investigação, recorreu-se a uma amostra não probabilística ou intencional, sendo composta por cinco especialistas da área da saúde mental. Desses cinco sujeitos, três são psicólogos clínicos, um é psiquiatra e outro é pedopsiquiatra. A formação dos sujeitos da amostra oscila entre a licenciatura (1 sujeito) e o mestrado (4 sujeitos).

### 4.3.2.2 Material/Procedimentos/Resultados

Para a construção das outras duas lâminas - lâmina positiva e lâmina negativa - elaborou-se uma pesquisa bibliográfica sobre palavras associadas à problemática em questão (risco de suicídio) e a etapa do ciclo vital na qual os sujeitos se encontram. Obtiveram-se 74 palavras que foram presentes aos juízes que constituem esta segunda amostra. Solicitou-se assim aos especialistas que classificassem as palavras numa escala tipo Likert, com valores que variavam entre o -2 (palavras muito negativas) e o +2 (palavras muito positivas), (Cf. Anexo 3). À lista inicial poderiam ser acrescentadas outras palavras que os juízes considerassem pertinentes.

Tabela 5 - Palavras apresentadas aos cinco juízes especialistas.

	Muito Negativa	Negativa	Neutra	Positiva	Muito Positiva
Choro	-2	-1	0	1	2
Sol	-2	-1	0	1	2
Riqueza	-2	-1	0	1	2
Óbito	-2	-1	0	1	2
Adolescência	-2	-1	0	1	2
Crise	-2	-1	0	1	2
Despedida	-2	-1	0	1	2
Drogas	-2	-1	0	1	2
Fardo	-2	-1	0	1	2
Vida	-2	-1	0	1	2
Tentativa	-2	-1	0	1	2
Luto	-2	-1	0	1	2
Rir	-2	-1	0	1	2
Apelo	-2	-1	0	1	2
Amor	-2	-1	0	1	2

Ajuda	-2	-1	0	1	2
Depressão	-2	-1	0	1	2
Dor	-2	-1	0	1	2
Encanto	-2	-1	0	1	2
Desemprego	-2	-1	0	1	2
Solidão	-2	-1	0	1	2
Salvação	-2	-1	0	1	2
Riso	-2	-1	0	1	2
Morte	-2	-1	0	1	2
Qualidades	-2	-1	0	1	2
Alegria	-2	-1	0	1	2
Conflito	-2	-1	0	1	2
Angústia	-2	-1	0	1	2
Agressividade	-2	-1	0	1	2
Afável	-2	-1	0	1	2
Emprego	-2	-1	0	1	2
Sexualidade	-2	-1	0	1	2
Perda	-2	-1	0	1	2
Mudança	-2	-1	0	1	2
Álcool	-2	-1	0	1	2
Beleza	-2	-1	0	1	2
Desenvolvimento	-2	-1	0	1	2
Elogio	-2	-1	0	1	2
Amizade	-2	-1	0	1	2
Tristeza	-2	-1	0	1	2
Sucesso	-2	-1	0	1	2
Vitória	-2	-1	0	1	2
Testamento	-2	-1	0	1	2
Sobreviver	-2	-1	0	1	2
Rejeição	-2	-1	0	1	2
Parasuicídio	-2	-1	0	1	2
Ansiedade	-2	-1	0	1	2
Confusão	-2	-1	0	1	2
Doença	-2	-1	0	1	2
Cor	-2	-1	0	1	2
Arma	-2	-1	0	1	2
Saúde	-2	-1	0	1	2
Separação	-2	-1	0	1	2
Esperança	-2	-1	0	1	2
Fim	-2	-1	0	1	2
Humor	-2	-1	0	1	2
Lazer	-2	-1	0	1	2
Identidade	-2	-1	0	1	2
Automutilação	-2	-1	0	1	2

Felicidade	-2	-1	0	1	2
Isolamento	-2	-1	0	1	2
Transformação	-2	-1	0	1	2
Comprimidos	-2	-1	0	1	2
Enforcamento	-2	-1	0	1	2
Luta	-2	-1	0	1	2
Crescimento	-2	-1	0	1	2
Impulsividade	-2	-1	0	1	2
Sacrifício	-2	-1	0	1	2
Comunicação	-2	-1	0	1	2
Defeitos	-2	-1	0	1	2
Juventude	-2	-1	0	1	2
Desesperança	-2	-1	0	1	2
Sufrimento	-2	-1	0	1	2
Suicídio	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
Palavras não referidas na tabela e a incluir:					
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2

Das iniciais 74 palavras apenas vinte foram seleccionadas. Dez classificadas como positivas e dez classificadas como negativas. A escolha das dez palavras deveu-se ao facto de as mesmas terem obtido uma pontuação, pelos cinco juízes, acima dos 60%. Para além deste critério, e à semelhança da lâmina neutra, teve-se igualmente em conta o número de sílabas que as palavras possuem, de modo a que as palavras escolhidas apresentassem o mesmo número de sílabas correspondentes ao número de sílabas das palavras da cor na qual serão impressas.

Tabela 6 - Palavras para constituírem as lâminas positiva e negativa, com a avaliação efectuada pelos juízes

	Muito Negativa	Negativa	Neutra	Positiva	Muito Positiva
Choro	20%	80%	0%	0%	0%
Sol	0%	0%	0%	20%	80%
Riqueza	0%	0%	0%	80%	20%
Óbito	80%	20%	0%	0%	0%
Adolescência	0%	20%	40%	40%	0%
Crise	20%	80%	0%	0%	0%

Despedida	40%	60%	0%	0%	0%
Drogas	40%	60%	0%	0%	0%
Fardo	20%	60%	0%	0%	0%
Vida	0%	0%	0%	40%	60%
Tentativa	20%	40%	40%	0%	0%
Luto	40%	60%	0%	0%	0%
Rir	0%	0%	0%	40%	60%
Apelo	20%	40%	20%	20%	0%
Amor	0%	0%	0%	0%	100%
Ajuda	0%	20%	0%	60%	20%
Depressão	80%	20%	0%	0%	0%
Dor	60%	40%	0%	0%	0%
Encanto	0%	0%	20%	40%	40%
Desemprego	20%	80%	0%	0%	0%
Solidão	40%	60%	0%	0%	0%
Salvação	0%	0%	20%	80%	0%
Riso	0%	0%	0%	60%	40%
Morte	80%	20%	0%	0%	0%
Qualidades	0%	0%	20%	60%	20%
Alegria	0%	0%	0%	20%	80%
Conflito	0%	80%	20%	0%	0%
Angústia	20%	80%	0%	0%	0%
Agressividade	0%	100%	0%	0%	0%
Afável	0%	0%	0%	100%	0%
Emprego	0%	0%	40%	40%	20%
Sexualidade	0%	20%	40%	20%	20%
Perda	40%	60%	0%	0%	0%
Mudança	0%	20%	40%	40%	0%
Álcool	20%	60%	20%	0%	0%
Beleza	0%	0%	0%	80%	20%
Desenvolvimento	0%	0%	60%	20%	20%
Elogio	0%	0%	20%	60%	20%
Amizade	0%	0%	0%	40%	60%
Tristeza	40%	60%	0%	0%	0%
Sucesso	0%	0%	0%	60%	40%
Vitória	0%	0%	0%	40%	60%
Testamento	0%	40%	60%	0%	0%
Sobreviver	0%	40%	20%	40%	0%
Rejeição	40%	60%	0%	0%	0%
Parasuicídio	40%	60%	0%	0%	0%
Ansiedade	20%	60%	20%	0%	0%
Confusão	20%	80%	0%	0%	0%
Doença	40%	60%	0%	0%	0%
Cor	0%	0%	80%	20%	0%

Arma	40%	60%	0%	0%	0%
Saúde	0%	0%	0%	40%	60%
Separação	20%	80%	0%	0%	0%
Esperança	0%	0%	0%	60%	40%
Fim	60%	0%	40%	0%	0%
Humor	0%	0%	40%	40%	20%
Lazer	0%	0%	40%	40%	20%
Identidade	0%	0%	60%	20%	20%
Automutilação	80%	20%	0%	0%	0%
Felicidade	0%	0%	0%	20%	80%
Isolamento	60%	40%	0%	0%	0%
Transformação	0%	20%	40%	20%	20%
Comprimidos	40%	0%	0%	60%	0%
Enforcamento	80%	20%	0%	0%	0%
Luta	0%	60%	20%	20%	0%
Crescimento	0%	0%	20%	60%	20%
Impulsividade	40%	40%	20%	0%	0%
Sacrifício	40%	40%	20%	0%	0%
Comunicação	0%	20%	40%	40%	0%
Defeitos	20%	60%	20%	0%	0%
Juventude	0%	0%	0%	100%	0%
Desesperança	60%	40%	0%	0%	0%
Sufrimento	40%	60%	0%	0%	0%
Suicídio	80%	20%	0%	0%	0%
Palavras não referidas na tabela e a incluir:					
Preto		20%			
Compreensão				20%	
Maturidade			20%		
Tranquilidade				20%	
Prazer					20%
Identificação			20%		
Empatia				20%	
Mutilação				20%	
Revolta				20%	
Grito	20%				
Gargalhada					20%
Chuva	20%				
Calma				20%	
Paz					20%
Alternativa				20%	
Medo		20%			
Sentido				20%	
Perdido	20%				
Ausência	20%				

Pedido		20%
Abandono	20%	
Descanso		20%
Renascimento		20%
Manipular		20%
Castigar	20%	

### 4.3.4 Fase 3

#### 4.3.4.1 Participantes

A amostra, não probabilística ou intencional, é constituída por 300 sujeitos de nacionalidade Portuguesa, que frequentam o ensino universitário na Universidade da Beira Interior. Como critério de exclusão definiu-se o facto a Língua Portuguesa não ser a língua materna.

Desta amostra cerca de 5% pertencem ao curso de Arquitectura, 14,7% ao curso de Sociologia, 23,3% ao curso de Ciências do Desporto, 30,7% ao curso de Psicologia, 8,7% ao curso de Marketing e 17,7% ao curso de Medicina (Figura 1).

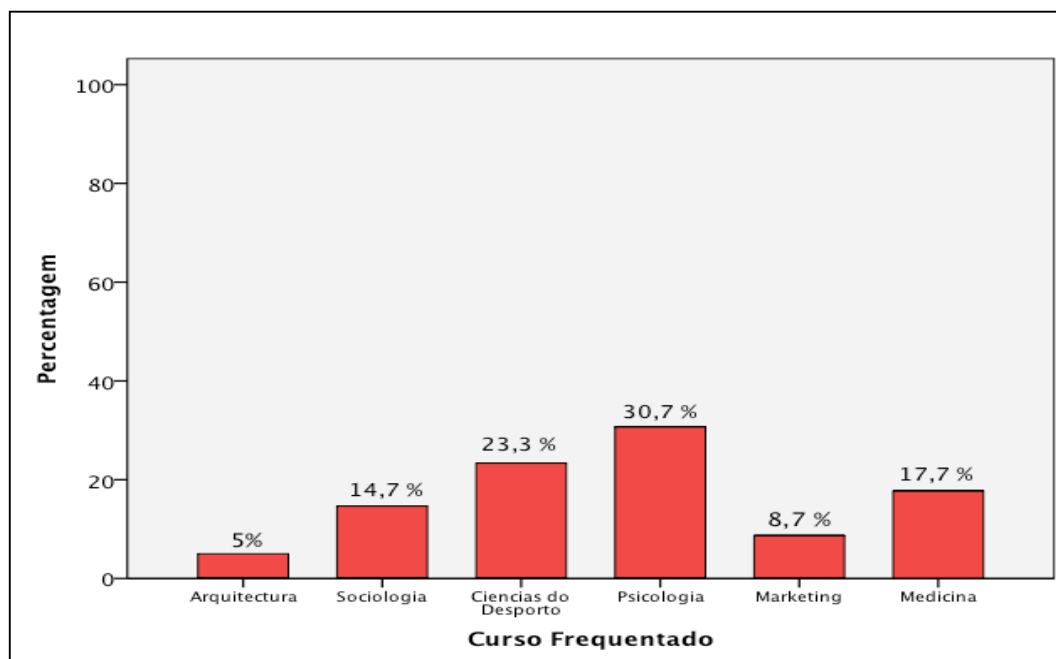


Figura 1 - Distribuição percentual relativamente ao curso frequentado (n=300, moda=psicologia)

No que diz respeito às idades dos sujeitos, a média é de 21,66 anos, sendo a moda e a mediana de 20 anos.

No que concerne à distribuição por sexos há que destacar a presença maioritária de raparigas, aspecto que ressalva a realidade das proporções dos sujeitos escolarizados. Referindo-nos a frequências absolutas a distribuição é de 96 homens para 204 mulheres.

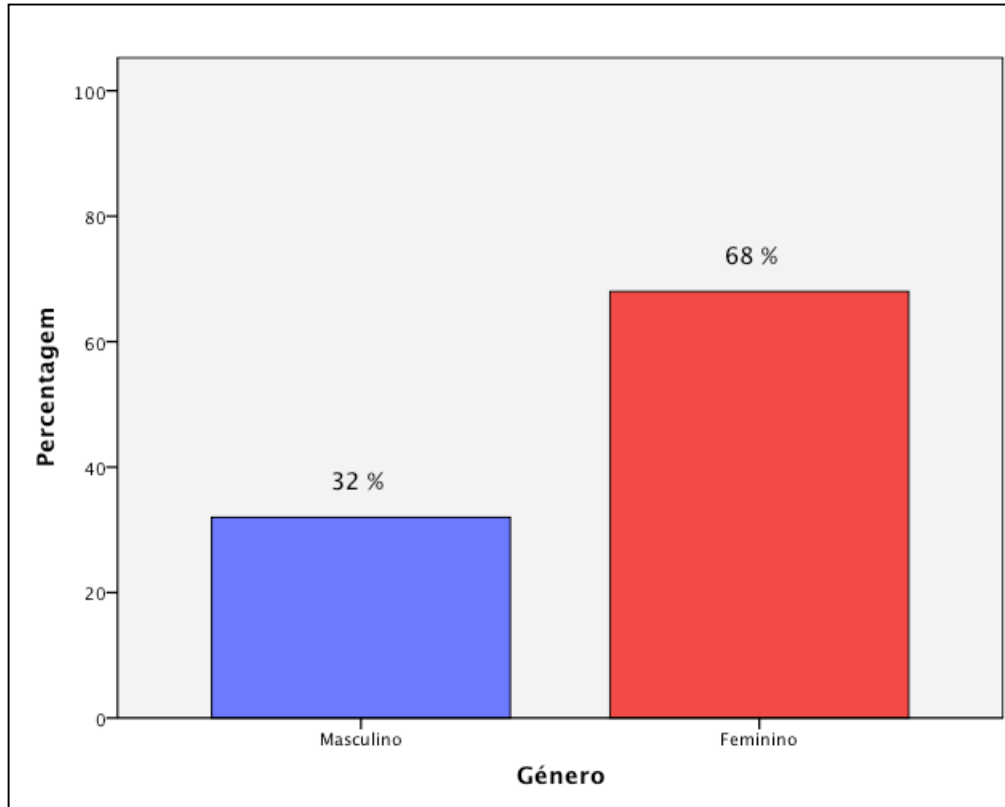


Figura 2 - Distribuição percentual relativamente ao género (n = 300, moda = género feminino)

#### 4.3.4.2 Procedimentos

Após a obtenção dos três conjuntos de palavras foi elaborado um inventário constituído por cinco páginas (Cf. Anexo 4). A primeira página continha uma breve explicação do estudo, bem como as instruções. Na segunda eram apresentados alguns elementos de natureza biográfica que deveriam ser preenchidos pelos sujeitos. Essa e as restantes páginas apresentavam no topo uma breve explicação da tarefa que era solicitada ao sujeito, e três tabelas nas quais os sujeitos se deveriam pronunciar (numa escala tipo *Likert* de quatro elementos) quanto ao que lhes era solicitado.

Primeiramente foi estabelecido um contacto com os docentes de várias unidades curriculares, com o intuito de obter consentimento para a aplicação de questionários ocorrer em contexto de sala de aula (Cf. Anexo 5). Após o seu consentimento e definição de horário,

os questionários foram aplicados aos alunos, após uma explicação do objectivo do estudo e da tarefa, bem como a obtenção de consentimento informado. Foi sempre garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos.

A amostra utilizada na presente investigação avaliou os três conjuntos de palavras estímulo - neutras, negativas e positivas - numa escala tipo *Likert*, cujos valores oscilavam entre 1 (nada) e 4 (muito) relativamente à “Frequência de Uso”, (se as palavras são ou não empregues no quotidiano) à “Familiaridade” (se são mais ou menos familiares), ao “Nível de Compreensão” (se o seu significado é dominado) e ao “Grau de Evocação da Imagem” (se é fácil ou difícil a visualização mental da imagem correspondente à palavra).

#### 4.3.4.3 Resultados

##### Lâmina Neutra

Relativamente aos resultados da lâmina neutra, verifica-se que quanto à frequência de uso, existem duas palavras com valores abaixo da média (2,50), sendo o valor mais elevado obtido através da palavra *Laranja* (3,29), e o valor mais baixo obtido através da palavra *Melancia* (2,39).

Tabela 7 - Palavras neutras quanto à frequência de uso

Palavras	N	Frequência de Uso	
		Média	Desvio Padrão
Tangerina	300	2,53	0,83
Banana	299	3,13	0,68
Kiwi	299	2,50	0,86
Melancia	299	2,39	0,85
Laranja	300	3,29	0,64
Maçã	299	3,26	0,73
Manga	298	2,42	0,88
Cereja	299	2,52	0,90
Limão	298	2,72	0,85
Pêra	299	2,76	0,85

Na tabela seguidamente apresentada encontram-se os resultados relativos à familiaridade das palavras neutras. Todos os resultados se encontram superiores à média (2,50), sendo o resultado mais elevado o da palavra *banana* (3,78).

Tabela 8 - Palavras neutras quanto à familiaridade

Palavras	Familiaridade		
	N	Média	Desvio Padrão
Tangerina	298	3,59	0,62
Banana	298	3,78	0,42
Kiwi	299	3,56	0,63
Melancia	299	3,57	0,65
Laranja	299	3,77	0,48
Maçã	299	3,77	0,49
Manga	299	3,49	0,73
Cereja	298	3,63	0,60
Limão	298	3,65	0,60
Pêra	299	3,69	0,55

A tabela seguinte (Tabela 9) diz respeito aos resultados obtidos relativamente ao nível de compreensão das palavras neutras. Novamente verifica-se que todas apresentam resultados superiores à média, sendo o resultado mais elevado o que corresponde à palavra *maçã* (3,90), enquanto o resultado mais baixo corresponde à palavra *kiwi* (3,81).

Tabela 9 - Palavras neutras quanto ao nível de compreensão

Palavras	Nível de Compreensão		
	N	Média	Desvio Padrão
Tangerina	300	3,83	0,38
Banana	300	3,89	0,31
Kiwi	300	3,81	0,44
Melancia	299	3,85	0,38
Laranja	299	3,89	0,32
Maçã	300	3,90	0,32
Manga	300	3,84	0,43
Cereja	300	3,88	0,35
Limão	300	3,88	0,37
Pêra	300	3,87	0,35

No que concerne aos resultados para grau de evocação de imagem presentes na seguinte tabela, verifica-se novamente que todos os resultados são superiores à média, sendo o resultado mais baixo o que corresponde à palavra *Tangerina* (3,83).

Tabela 10 - Palavras neutras quanto ao grau de evocação de imagem

Palavras	Grau de Evocação de Imagem		
	N	Média	Desvio Padrão
Tangerina	300	3,83	0,43
Banana	300	3,91	0,29
Kiwi	300	3,86	0,42
Melancia	299	3,88	0,38
Laranja	299	3,90	0,31
Maçã	300	3,89	0,37
Manga	300	3,80	0,51
Cereja	300	3,89	0,34
Limão	300	3,88	0,40
Pêra	299	3,88	0,37

## Lâmina Positiva

No que respeita às palavras da lâmina positivas, e relativamente à frequência de uso, todas apresentam resultados superiores à média, sendo que a palavra que apresenta o valor mais elevado é a palavra *feliz* (3,37).

Tabela 11 - Palavras positivas quanto à Frequência de Uso

Palavras	Frequência de Uso		
	N	Média	Desvio Padrão
Amor	300	3,32	0,74
Alegria	300	3,18	0,77
Vitória	300	2,72	0,78
Saúde	299	3,19	0,70
Vida	300	3,31	0,65
Riso	299	3,18	0,77
Sucesso	300	2,74	0,75
Riqueza	298	2,47	0,80
Feliz	298	3,37	0,65
Lazer	299	2,66	0,92

A tabela seguinte (Tabela 12) faz referência aos resultados da familiaridade para as palavras positivas. Tal como na tabela anterior, também nesta todas as palavras apresentam resultados superiores à média, sendo que a palavra que apresenta o resultado mais baixo é a palavra *riqueza* (3,43).

Tabela 12 - Palavras positivas quanto à familiaridade

Palavras	Familiaridade		
	N	Média	Desvio Padrão
Amor	299	3,75	0,44
Alegria	299	3,75	0,45
Vitória	299	3,52	0,59
Saúde	299	3,72	0,48
Vida	299	3,76	0,44
Riso	299	3,70	0,52
Sucesso	299	3,55	0,58
Riqueza	298	3,43	0,69
Feliz	298	3,76	0,44
Lazer	299	3,52	0,63

No que diz respeito ao nível de compreensão todas as palavras apresentam resultados superiores à média, sendo o resultado mais elevado obtido através da palavra *riso* (3,78).

Tabela 13 - Palavras positivas quanto ao Nível de Compreensão

Palavras	N	Nível de Compreensão	
		Média	Desvio Padrão
Amor	300	3,59	0,62
Alegria	300	3,75	0,48
Vitória	300	3,68	0,50
Saúde	300	3,68	0,53
Vida	300	3,67	0,54
Riso	300	3,78	0,44
Sucesso	300	3,57	0,60
Riqueza	300	3,61	0,59
Feliz	299	3,72	0,50
Lazer	300	3,64	0,57

Tal como em todos os outros critérios que diziam respeito às palavras positivas, no grau de evocação de imagem, os resultados obtidos são todos superiores à média. O resultado mais elevado é obtido através da palavra *riso* (3,69), sendo o resultado mais baixo obtido através da palavra *sucesso* (3,08).

Tabela 14 - Palavras positivas quanto Grau de Evocação de Imagem

Palavras	N	Grau de Evocação de Imagem	
		Média	Desvio Padrão
Amor	300	3,27	0,80
Alegria	300	3,48	0,69
Vitória	300	3,33	0,75
Saúde	300	3,15	0,81
Vida	300	3,16	0,85
Riso	300	3,69	0,56
Sucesso	300	3,08	0,81
Riqueza	300	3,31	0,73
Feliz	300	3,51	0,66
Lazer	300	3,36	0,74

## Lâmina Negativa

Na tabela 15 encontram-se os resultados obtidos quanto à frequência de uso das palavras que constituem a lâmina negativa. Destas verifica-se que a palavra mais utilizada é a palavra *doença* (2,83), enquanto que a menos utilizada é a palavra *óbito* (1,61).

Tabela 15 - Palavras negativas quanto à frequência de uso

Palavras	Frequência de uso		
	N	Média	Desvio Padrão
Óbito	299	1,61	0,70
Despedida	300	2,54	0,83
Luto	300	1,89	0,84
Depressão	298	2,45	0,97
Morte	299	2,41	0,95
Perda	299	2,33	0,86
Tristeza	300	2,63	0,88
Arma	299	1,93	0,90
Doença	300	2,83	0,91
Angústia	299	1,99	0,87

No que diz respeito à familiaridade, ou seja, se as palavras apresentadas eram do conhecimento geral dos sujeitos, verifica-se que todas obtiveram resultados superiores à média (2,50). Contudo como se pode comprovarna tabela 16, a palavra que apresentou um resultado mais elevado foi a palavra *tristeza* (3,37), enquanto a que apresentou um resultado mais baixo foi a palavra *óbito* (2,91).

Tabela 16 - Palavras negativas quanto à familiaridade

Palavras	Familiaridade		
	N	Média	Desvio Padrão
Óbito	298	2,91	0,95
Despedida	299	3,33	0,78
Luto	299	3,15	0,89
Depressão	299	3,28	0,86
Morte	299	3,28	0,89
Perda	299	3,22	0,86
Tristeza	299	3,37	0,79
Arma	298	3,06	0,98
Doença	297	3,41	0,78
Angústia	299	3,03	0,95

A tabela seguinte (Tabela 17) faz referência ao nível de compreensão das palavras negativas. Verifica-se que todas as palavras apresentam valores superiores à média (2,50), sendo que a palavra que apresenta os resultados mais inferiores é a palavra *angustia* (3,30), enquanto que a palavra que apresenta os resultados mais elevados é a palavra *despedida* (3,59).

Tabela 17 - Palavras negativas quanto ao nível de compreensão

Palavras	Nível de Compreensão		
	N	Média	Desvio Padrão
Óbito	300	3,31	0,72
Despedida	300	3,59	0,63
Luto	300	3,43	0,73
Depressão	300	3,38	0,78
Morte	300	3,56	0,75
Perda	300	3,49	0,72
Tristeza	300	3,58	0,64
Arma	300	3,56	0,74
Doença	300	3,60	0,65
Angústia	299	3,30	0,79

No que diz respeito ao grau de evocação de imagem, ou seja, o surgimento de uma imagem mental associada à palavra, também todas apresentam valores superiores à média (2,50). A palavra que apresenta o valor mais elevado é a palavra *arma* (3,43), enquanto a que apresenta resultados mais baixos é a palavra *angústia* (2,54). Esses resultados podem ser verificados na tabela seguinte (Tabela 18).

Tabela 18 - Palavras negativas quanto ao grau de evocação de imagem

Palavras	Grau de Evocação de Imagem		
	N	Média	Desvio Padrão
Óbito	300	2,72	0,92
Despedida	300	3,14	0,82
Luto	300	3,00	0,86
Depressão	300	2,70	0,93
Morte	300	3,15	0,89
Perda	300	2,77	0,92
Tristeza	300	3,17	0,80
Arma	299	3,43	0,80
Doença	300	2,95	0,87
Angústia	299	2,54	0,94

#### 4.2.5 Fase 4

Após todos os procedimentos anteriores estarem terminados iniciámos a construção do teste de Stroop para o risco de suicídio. Tal como todos os procedimentos de stroop, seja clássico ou emocional, este teste obedeceu aos critérios de elaboração da prova. Assim, cada lâmina é impressa em formato A4 (21x30cm), sendo a primeira folha a de registo e cotação (Figura 3) e as seguintes as lâminas do teste. Cada lâmina contem 100 elementos, distribuídos por cinco colunas de 20 elementos. Todas as palavras foram dispostas de forma aleatória, não sendo permitido que a mesma palavra surja duas vezes seguidas na mesma coluna, tal como não se permite que a mesma cor apareça duas vezes seguidas na coluna. Na tabela seguinte

enunciam-se as palavras que compõem as três lâminas do teste de Stroop Emocional para o risco de suicídio.

Tabela 19 - Palavras neutras, positivas e negativas que constam nas lâminas do teste de Stroop Emocional para o risco suicida

Lâmina neutra	Lâmina positiva	Lâmina negativa
Tangerina	Amor	Óbito
Banana	Alegria	Despedida
Kiwi	Vitória	Luto
Melancia	Saúde	Depressão
Laranja	Vida	Morte
Maçã	Riso	Perda
Manga	Sucesso	Tristeza
Cereja	Riqueza	Arma
Limão	Feliz	Doença
Pêra	Lazer	Angústia

## Stroop Emocional para o risco de suicídio

**Nome:**

**Idade:**

**Sexo:**

**Data:**

Figura 3 - Excerto da página de Registo dos dados e cotação no Teste de Stroop Emocional para o risco suicida

Na primeira lâmina encontram-se impressas em tinta colorida - azul, amarelo, verde e vermelho - as dez palavras neutras (Figura 4).

Limão	Laranja	Maçã	Melancia	Limão
Cereja	Manga	Tangerina	Pêra	Cereja
Melancia	Limão	Laranja	Maçã	Melancia
Pêra	Cereja	Manga	Tangerina	Pêra
Banana	Kiwi	Melancia	Limão	Banana
Maçã	Tangerina	Pêra	Laranja	Kiwi

Figura 4 - Excerto da lâmina 1 ou lâmina neutra.

A segunda lâmina contém as palavras classificadas como positivas, impressas igualmente em cores. Na figura seguinte (Figura 5) apresenta-se um excerto dessa lâmina.

Riso	Riqueza	Vida	Vitória	Riso
Saúde	Lazer	Alegria	Feliz	Riqueza
Vitória	Riso	Riqueza	Vida	Vitória
Feliz	Saúde	Lazer	Alegria	Feliz
Sucesso	Amor	Vitória	Riso	Saúde
Vida	Alegria	Feliz	Sucesso	Amor

Figura 5 - Excerto da lâmina 2 ou lâmina positiva.

Por fim a terceira lâmina é semelhante às outras contudo, porém contém as palavras negativas. Na figura seguinte é exibido um excerto dessa lâmina.

Morte	Tristeza	Perda	Despedida	Morte
Óbito	Doença	Angústia	Arma	Tristeza
Angústia	Morte	Tristeza	Perda	Doença
Arma	Óbito	Doença	Angústia	Arma
Depressão	Luto	Despedida	Morte	Óbito
Perda	Despedida	Arma	Depressão	Luto

Figura 6 - Excerto da lâmina 3 ou lâmina negativa.



## 5. Discussão dos resultados

A investigação que agora se discute, teve como objectivo a realização de um estudo prévio para uma futura validação do teste Stroop Emocional para a Ideação Suicida.

Analisando os resultados obtidos na fase um, dois e três poderemos verificar que estes se encontram suportados pela teoria dos protótipos. Desta forma todas as palavras foram categorizadas, de acordo com a opinião de juízes especialistas na área em estudo. Na verdade, algumas das palavras não foram seleccionadas, significando assim que estas não eram a melhor representação para a categoria em questão.

Uma vez que foi utilizada uma amostra de considerável amplitude, isto garante uma maior fiabilidade aos resultados obtidos.

A análise dos resultados permite-nos tecer algumas considerações. No que diz respeito às palavras da lâmina neutra, duas delas obtêm resultados inferiores à média. Essas palavras são *melancia* e *manga*. Estes resultados podem dever-se ao facto de a *manga* ser classificada como um fruto exótico e não se cultivar em Portugal Continental, enquanto a *melancia* poderá ser um fruto invulgar para alguns sujeitos. A palavra mais frequentemente utilizada é *laranja* enquanto a menos utilizada é *melancia*. No que concerne à familiaridade, a palavra mais familiar para os sujeitos é *banana*, sendo a menos familiar novamente a palavra *manga*. No que respeita ao nível de compreensão a palavra que apresenta resultados mais inferiores a este nível é *kiwi*, sendo que a que apresenta os resultados mais elevados é *maçã*. Estes resultados poderão ser explicados uma vez que a primeira fruta é típica de locais com clima temperado ou subtropical enquanto a maçã é facilmente encontrada no nosso país. Por fim e relativamente ao grau de evocação de imagens, os sujeitos afirmaram ser mais fácil evocar a imagem de uma *banana*, enquanto que a mais difícil de evocar seria novamente o *kiwi*.

No que respeita às palavras da lâmina positiva, e relativamente à frequência de uso, a palavra mais frequentemente utilizada é *feliz*, enquanto a menos utilizada é *lazer*. Uma possível explicação para este facto pode dever-se à palavra *lazer*, ser uma palavra pouco comum no quotidiano da população estudada. No que concerne à familiaridade, as palavras mais familiares para os sujeitos são as palavras *vida* e *feliz* - tendo obtido os mesmos resultados - sendo a palavra menos familiar *riqueza*. Estes resultados podem ser justificados tendo em conta a fase da vida na qual os sujeitos se encontram - início da idade adulta - e estas serem palavras características desta fase de desenvolvimento. Relativamente ao nível de compreensão a palavra com resultados mais elevados é *riso*, enquanto a que obteve o resultado mais baixo é *sucesso*. Relativamente ao grau de evocação de imagem a palavra mais facilmente evocada é *riso*, enquanto a mais difícil é *sucesso*.

Relativamente à última lâmina - lâmina negativa - e no que respeita à frequência de uso, a maioria das palavras obteve resultados inferiores à média. Estes resultados podem ser

justificados, uma vez que se trata de uma amostra considerada normativa, não seria de esperar que os resultados fossem superiores à média. Caso se estivesse a trabalhar com uma amostra clínica com sujeitos deprimidos ou com ideação suicida, seria de esperar resultados superiores à média. Como o significado das palavras é compreendido, e estas se encontram associadas a acontecimentos negativos, são susceptíveis de gerar ativação apenas para os sujeitos que apresentem ideação suicida, o que não parece ser o caso da nossa amostra. Desta forma não são usadas com frequência pelos sujeitos no seu dia-a-dia, e consequentemente não estão incorporadas no seu léxico (Esgalhado, Loureiro & Cabaco, 2003). A palavra *triste* é a mais utilizada, a mais familiar e a que apresenta um maior nível de compreensão. Segundo Sampaio (1992), não existe um adolescente normal que não experiencie momentos depressivos. Estes momentos surgem como resposta a situações de perda e frustração, que ocorrem em períodos do ciclo de vida, caracterizado por um conjunto de transformações físicas, psicológicas e sociais variadas. Assim, uma vez que estes jovens adultos ultrapassaram essa fase à relativamente pouco tempo, seriam de esperar os resultados obtidos. No que respeita à familiaridade, a palavra *óbito* apresenta resultados inferiores à média e é a palavra menos familiar para os sujeitos. Este facto pode dever-se a questões culturais, uma vez que é mais frequente a utilização do conceito *morte* em detrimento de *óbito*. Relativamente ao nível de compreensão do conjunto das palavras apresentadas, a palavra *angústia* apresenta o resultado mais baixo, enquanto a palavra *doença* é a que apresenta o resultado mais elevado. Possivelmente estes resultados devem-se ao facto de a palavra *doença* ser bastante comum no dia-a-dia de todas as pessoas, enquanto a palavra *angústia* não é habitualmente utilizada por sujeitos pertencentes a esta faixa etária. No que respeita ao grau de evocação de imagem, os resultados mais baixos dizem respeito novamente à palavra *óbito*.

Os resultados obtidos encontram-se suportados por Rosch (1973, 1981). Na verdade, a organização do nosso conhecimento é feita através de categorias nas quais englobamos as nossas aquisições. Cada item é considerado como pertencente a uma categoria, não por se saber que possui um determinado atributo, mas por se considerar o quanto as dimensões desse membro se aproximam das ideias para ele. Relativamente às categorias das palavras apresentadas anteriormente, no caso das palavras neutras e positivas a maioria dos resultados encontra-se acima da média, o que justifica que qualquer uma das palavras é a melhor representação do protótipo. Relativamente às palavras negativas, os resultados obtidos são inferiores à média uma vez que não estamos perante uma amostra clínica, contudo são igualmente a melhor representação do protótipo da categoria. Caso este estudo se realizasse com sujeitos de culturas diferentes, as palavras obtidas possivelmente seriam distintas, uma vez que os sujeitos apresentam uma tendência inata para organizar e categorizar o seu conhecimento de acordo com as suas aprendizagens e com questões culturais.

## 6. Conclusões

Na sociedade actual, o suicídio é um problema de grande importância e relevo. Devido a todas as crises e problemas económicos as suas taxas têm vindo a aumentar com o passar do tempo, sendo que a actual situação económica que o país vivencia poderá ser propícia a um aumento ainda maior das taxas de suicídio. Como tal, torna-se imprescindível, a elaboração de um protocolo de *screening* que permita uma detecção mais fácil e rápida do risco de suicídio.

Contudo, importa considerar outros factores de risco que se encontram directamente relacionados com o suicídio. O alcoolismo é um factor de risco da conduta suicida *per se* e pela comorbilidade frequentemente associada, como a depressão, a esquizofrenia, as perturbações de personalidade e o abuso de outras substâncias (Campos & Corrêa, 2006; Ros & Arranz, 2006; Loureiro, 2006). Os sujeitos com estes factores de risco apresentam uma ideação suicida e tentativas de suicídio superiores às dos indivíduos que não apresentam nenhuma perturbação psiquiátrica (Brent, 1986; Goldston, Kovacs, Ho, Parrone & Stiffler, 1994 cit in Bridge, Goldstein & Brent, 2006; Bongar, 2002 cit in Packman, Marlitt, Bongar & Pennuto, 2004; OMS, 2000; Ros & Arranz, 2006; Stenager e Stenager 2002 cit in Ferreira, Colombo, Guimarães, Soeiro, Dalgalarrodo & Botega, 2007). Importa igualmente referir que um dos factores importantes, se não mesmo o mais importante, é a conduta suicida prévia. Segundo alguns autores, a presença de várias tentativas de suicídio é considerada um grande factor de risco para consumir o acto suicida (Joiner, Walker, Rudd & Jobes, 1999 cit in Bridge, Goldstein & Brent, 2006; Packman, Marlitt, Bongar & Pennuto, 2004, Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2008). Estima-se que cerca de 15% dos sujeitos que cometeram uma ou mais tentativas de suicídio acabam por consumá-lo (Cullberg, Wasserman & Stefansson, 1988 cit in Ros & Arranz, 2006). Desta forma, a tentativa de suicídio é provavelmente o preditor mais forte do suicídio consumado, constituindo assim o factor de risco mais importante de qualquer perturbação psiquiátrica (Harris & Barraclough, 1997 cit in Ros & Arranz, 2006).

O teste de Stroop Emocional é uma ferramenta bastante fiável e de enorme utilidade, pela sua rápida execução e simplicidade de interpretação. Devido a este facto têm surgido cada vez mais investigações que recorrem a este teste com o intuito de identificar parcientes que padeçam de perturbações que o teste avalia (Ben-Tovin, Walker, Fok & Yap, 1989; Green & Mckenna, 1993, Moog, Kentish & Bradley, 1993; Walker, Ben-Tovim, Jones & Bachok, 1992 cit in Cabaco, Colás, Hage, Abramides & Loureiro, 2002). Desta forma o teste de Stroop Emocional poderá ser valioso em estudos psicopatológicos detalhados para discriminar diferentes manifestações clínicas.

Com o presente trabalho pretendeu-se elaborar um estudo exploratório para a construção do teste de Stroop Emocional para o *screening* de risco de suicídio. Desta forma

foram elaborados vários procedimentos de modo a atingir os objectivos previamente propostos. Tendo em ponderação que a amostra utilizada em todas as fases é considerada normativa, isto é, em princípio, sem ideação suicida, constitui um ponto de referência para a valorização dos resultados obtidos. Apesar do tamanho da amostra em todas as fases do estudo ser estimável, consideramos que esta poderá ser uma limitação do estudo, contudo uma vez que se trata de um estudo exploratório, esta deverá ser aumentada em trabalhos futuros.

Considera-se que este trabalho constitui uma mais-valia no âmbito da problemática em análise, uma vez que se reveste de actualidade e pertinência. Com o aumento das taxas de suicídio, esta temática constitui um problema de saúde pública que cada vez mais desperta o interesse dos investigadores. Assim, verifica-se a necessidade de aumentar a sensibilidade para esta problemática e de intervir sobre ela torna-se de extrema importância.

No que concerne ao trabalho futuro, seria intenção dos investigadores que este estudo exploratório fosse continuado, de forma a que o teste de Stroop Emocional para o risco de suicídio fosse elaborado e testado em amostras normativas e clínicas, com o intuito de se tornar uma prova de avaliação que pudesse ser aplicada por psicólogos na sua prática clínica. Esta prova poderia contribuir para uma intervenção mais imediata nesta problemática, e possivelmente para uma diminuição da taxa de suicídios.

## Bibliografia

- Almeida, N. P. (2006). O Jovem Adulto e o Suicídio. In B. Peixoto, C. B. Saraiva & D. Sampaio (Orgs.). *Comportamentos Suicidários em Portugal* (231-246). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Alves, I. F. (1999). *Crimes contra a Vida*. Belém-Pará: Unama
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (4ª ed.) Lisboa: Climepsi Editores.
- Ausina, J. B. (1999). El estudio experimental de la atención. In Munar, E., Rosselló, J. & Sánchez-Cabaco, A. (Coords.) *Atención y percepción* (pp.63-96). Madrid: Alianza Editorial.
- Bastos, R. L. (2009). Suicídios, Psicologia e Vínculos: uma leitura psicossocial. *Psicologia USP*, 20 (1), 67-92
- Ben-David, B. M. & Schneider, B. A. (2009). A Sensory Origin for Color-Word Stroop Effects in Aging: A Meta-Analysis. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 16, 505-534.
- Ben-Tovim, D. I., Walker, M. K., Fok, D. & Yap, E. (1089). An Adaptation of the Stroop Test for Measuring Shape and Food Concerns in Eating Disorders: A Quantitative Measure of Psychopatology? *International Journal of Eating Disorders*, 8 (6), 681-687.
- Berk, M. S., Jeglic, E., Brown, G. K., Henriques, G. R. & Beck, A. T. (2007). Characteristics of Recent Suicide Attempters with and without Borderline Personality Disorder. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17178645> a 18 de Dezembro de 2010.

- Besnier, N., Kaladjian, A., Mazzola-Pomietto, P., Adida, M., Frakra, E., Jeanningros, R. & Arizon, J. M. (2008). Sélection du matériel pour l'élaboration d'un test de Stroop émotionnel adapté aux troubles schizophréniques et bipolaires. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53 (3), 177-188.
- Best, J. B. (2001). *Psicología Cognitiva*. Madrid: Thompson Editores Spain.
- Botega, N. J. (2007). Suicídio: saindo da sombra em direcção a um Plano Nacional de Prevenção. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (1), 7-8.
- Bostwick, J. M. & Cohen, L. M. (2009). Differentiating Suicide From Life-Ending Acts and End-of-Life Decisions: A Model Based on Chronic Kidney Disease and Dialysis. *Psychosomatics*, 50, 1-7
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R. & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology*, 47 (3/4), 372-394.
- Cabaco, A. S. (1998). Mecanismo Atencional y Procesos de Interferencia: Aspectos Conceptuales y Aplicaciones Clínicas. *Temas de Psicología* (VI), 405-418.
- Cabaco, A. S., Colás, I. C., Hage, S., Abramides, D., Loreiro, M. J. (2002). Selectividade atencional e predisposição emocional face a estímulos do comportamento alimentar: Dimensões transculturais. *Análise Psicológica*, 4 (XX), 625-636.
- Campos, V. R. & Corrêa, H. (2006). Etilismo e suicídio. In Corrêa, H. (org.) *Suicídio - Um Morte Evitável* (Volume 16), (pp.135-143). Atheneu Editora.
- Chachamovich, E., Stefanello, S., Botega, N. & Turecki, G. (2009). What are the recent clinical findings regarding the association between depression and suicide? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31 (Supl.1), 18-25.

- Comtois, K. A. (2002). A Review of Intervention to Reduce the Prevalence of Parasuicide. *Psychiatric Services*, 53 (9), 1138-1144.
- Corrêa, H., Viana, M. M., Romano-Silva, M. A. & Duval, F. (2005). Psiconeuroendocrinologia e comportamento suicida. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54 (2), 138-144.
- Costa, A. S. & Castro, S. L. (2010). Controlo inibitório em crianças medido através da tarefa Stroop Emocional. *Laboratório de Psicologia*, 8 (1), 51-62.
- Cox, W. M., Fadardi, J. S. & Pothos, E. M. (2006). The Addiction-Stroop Test: Theoretical Considerations and Procedural Recommendations. *Psychological Bulletin*, 132 (3), 443-476.
- De Deus, A. A. (2002). Perfis de Personalidade, sintomas depressivos e risco suicidário nos alcoólicos. *Análise Psicológica*, 3 (XX), 479-494.
- Dresler, T., Mériaux, K., Heekeren, H. R. & Meer, E. V. D. Emotional Stroop task: effect of Word arousal and subject anxiety on emotional interference. *Psychological Research*, 73, 364-371.
- Esgalhado, G., Loureiro, M. J. & Cabaco, A. S. (2003). Adaptação da tarefa Stroop Emocional para a detecção de patologia do comportamento alimentar. Diferenças entre sexos. *Revista Psicologia e Educação*, 11 (1), 51-64.
- Estellita-Lins, C., de Oliveira, V. M. & Coutinho, M. F. C. (2006). Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e suicídio. *Psichê*, (18), 151-166.
- Ferreira, M. H. F., Colombo, E. S., Guimarães, P. S. A., Soeiro, R. E., Dalgalarondo, P. & Botega, N. J. (2007). Suicide Risk among inpatients at a university general hospital. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (1), 51-54.

- Frings, C., Englert, J., Wentura, D. & Bermeitinger, C. (2010). Rapid Communication Decomposing the Emotional Stroop effect. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 63 (1), 42-49.
- Gimeno, P. T. (1999). Panorama histórico-conceptual del estudio de la atención. In Munar, E., Rosselló, J. & Sánchez-Cabaco, A. (Coords.) *Atención y percepción* (pp.33-61). Madrid: Alianza Editorial.
- Goldney, R. D. (2010). A Note on the Reliability and Validity of Suicide Statistics. *Psychiatry, Psychology and Law*, 17 (1), 52-56
- Gómez, C. & Pastor, G. (1998). El estado de la investigación sobre la interferencia stroop en los años 90: Variantes, teorías y ámbitos de aplicación. In Botella, J. & Ponsoda, V. *La atención. Un enfoque pluridisciplinar. Su estudio desde la investigación básica a su aplicación clínica*. València: Promolibro.
- Greco, E. (1993). The Emotional Stroop Test: A Review of the Literature. *Analytic Psychotherapy and Psychopathology*, 12 (3), 219-223.
- Guégen, N. (1999). *Manual de Estadística para Psicólogos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gysin, F. & Gysin, F. (2007). Abrir os Cofres. A Prevenção do Suicídio na Psiquiatria Privada. Estudo Retrospectivo. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 423-429.
- Herreras, E. B., Cela, J. L. S. (2006). Utilidad del Stroop en la Psicología Clínica. *Avances en Salud Mental Relacional*, 5 (1).
- Holman, W. D. (1997). "Who would find you?" A Question for Working with Suicidal Children and Adolescent. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 14 (2), 129-137.

- Johansson, L., Carlbring, P., Ghaderi, A. & Andersson, G. (2008). Emotional Stroop via Internet among individuals with eating disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 69-76.
- Johnson A. & Proctor, R. W. (2004). Attention Theory and Practice. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (2003). *Compêndio de Psiquiatria - Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. (7ª ed.). (pp. 753-760). São Paulo: Artmed.
- Leenaars, A. A. (2004). Psychotherapy with Suicidal People - A person-centred Approach. England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Lima, G. A. B. (2007). Categorização como um processo cognitivo. *Ciências e Cognição*, 11, 156-167.
- Loureiro, R. M. (2006). Um possível olhar do comportamento suicida pelos profissionais de saúde. *Scientia Medica*, 16, 64-67.
- MacLeod, C. M. (1991). John Ridley Stroop: Creator of a Landmark Cognitive Task. *Canadian Psychology*, 32 (3), 521-524.
- MacLeod, C. M. (1992). The Stroop Task: The "Gold Standard" of Attentional Measures. *Journal of Experimental Psychology*, 121 (1), 12-14.
- Maia, L. A., Loureiro, M. J. & Cabaco, A. S. (2002). Semantic charged stimulus to be utilised on the Emotional STROOP in eating disorders early detection. Results from a Portuguese sample, by 14-25 age group. *Revista Psicologia e Educação*, 1 (1), 107-114.
- Matlin, M. W. (2009). *Cognitive Psychology*. (7ª Ed.). Asia: John Wiley & Sons.

McAndrew, F. T. & Garrison, A. J. (2007). Beliefs About Gender Differences in Methods and Causes of Suicide. *Archives of Suicide Research*, 11, 271-279

McKenna, F. P. & Sharma, D. (2004). Reversing the Emotional Stroop Effect Reveals That It Is Not What It Seems: The Role of Fast and Slow Components. *Journal of Experimental Psychology*, 30 (2), 382-392.

Meglin, D. E. (2007). Suicide: Where Can Help Be Found? *Southern Medical Journal*, 100 (7), 755-756.

Mervis, C. B. & Rosch, E. (1981). Categorization of Natural Objects. *Annual Review of Psychology*, 32, 89-115.

Oliveira, A., Amâncio, L. & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver. Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 4 (XIX), 509-521.

Oquendo, M. A., Stanley, B., Elis, S. P. & Mann, J. J. (2004). Protection of Human Subjects in Intervention Research for Suicidal Behavior. *American Journal of Psychiatry*, 1558-1563.

Orbach, I. (2001). Therapeutic Empathy with Suicidal Wish: Principles of Therapy with Suicidal Individuals. *American Journal of Psychotherapy*, 55 (2), 166-184.

Organização Mundial de Saúde. (2008). Prevenção do Suicídio: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária.

Organização Mundial de Saúde. (2008). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical disruptions and diagnostic guidelines.

- Packman, W. L., Marlitt, R. E., Bongar, B. & Pennuto, T. O. (2004). A Comprehensive and Concise Assessment of Suicide Risk. *Behavioral Sciences and the Law*, 22, 667-680.
- Pérez, M. G., Rivera, R. M. B., Fuster, A. B. & Rodríguez, M. A. R. (1999). Attentional Biases and Vulnerability to Depression. *The Spanish Journal of Psychology*, 2 (1), 11-19.
- Pérez-Dueñas, C., Ungueti, A. P. P., Lupiáñez, J. & Acosta, A. (2006). Inteligência Emocional e Interferência Stroop Emocional em Participantes com Ansiedade Rasgo Elevada vs. Baja. *Ansiedad y Estrés*, 12 (2-3), 251-265.
- Perlstein, W. M., Carter, C. S., Barch, D. M. & Baird, J. W. (1998). The Stroop Task and Attention Deficits in Schizophrenia: A Critical Evaluation of Card and Single-Trial Stroop Methodologies. *Neuropsychology*, 12 (3), 414-425.
- Prieto D. & Tavares, M. (2005). Factores de risco para o suicídio e tentativas de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54 (2), 146-154.
- Quero, S., Baños, R. M. & Botella, C. (2000). Sesgos cognitivos en el trastorno de pánico: comparación entre el Stroop computorizado y con tarjetas. *Psicothema*, 12 (2), 165-170.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ros, S & Arranz, F. J. (2006). Conducta Suicida. In Ruiloba, J. V. (2006). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatria* (pp. 271-294). Barcelona: Masson
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém Morre Sozinho. O adolescente e o suicídio*. Lisboa: Caminho
- Schimmack, U. (2005). Attentional Interference Effects of Emotional Pictures: Threat, Negativity, or Arousal? *Emotion*, 5 (1), 55-66.

Seminotti, E. P., Paranhos, M. E. & Thiers, V. O. (2006). Intervenção em crise e suicídio: Análise de artigos indexados. Psicologia.com.pt

Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2008). *Então que tipo de factores pode contribuir para alguém ter pensamentos suicidários?* Disponível em [http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25:entao-que-tipo-de-factores-pode-contribuir-para-alguem-ter-pensamentos-suicidarios-&catid=31:geral&Itemid=28](http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=25:entao-que-tipo-de-factores-pode-contribuir-para-alguem-ter-pensamentos-suicidarios-&catid=31:geral&Itemid=28), a 16 de Novembro de 2010.

Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2008). *Falar sobre suicídio não encoraja o acto?* Disponível em [http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15:falar-sobre-suicidio-nao-encoraja-o-acto-&catid=31:geral&Itemid=28](http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=15:falar-sobre-suicidio-nao-encoraja-o-acto-&catid=31:geral&Itemid=28), a 16 de Novembro de 2010.

Solso, R. L., Maclin, M. K. & Maclin, O. H. (2005). *Cognitive Psychology*. (7<sup>a</sup> ed.). Boston: Pearson.

Strauss, G. P. & Allen, D. N. (2006). The experience of positive emotions is associated with the automatic processing of positive emotional words. *The Journal of Positive Psychology*, 1 (3), 150-159.

Thomas, J., Campbell, C., Altareb, B. & Yousif, A. (2010). Emotional Stroop Interference for Depression-related stimuli in a United Arab Emirates Student Population. *Social Behavior and Personality*, 38 (5), 597-604.

Walker, M. K., Ben-Tovim, D. I., Jones, S. & Bachok, N. (1992). Repeated Administration of the Adapted Stroop Test: feasibility for Longitudinal Study of Psychopathology in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 12 (1), 103-105.

Williams, J. M., Mathews, A. & MacLeod, C. (1996). The Emotional Stroop Task and Psychopathology. *Psychological Bulletin*, 120 (1), 3-24.



# Anexos





Universidade da Beira Interior  
Departamento de Psicologia e Educação

Covilhã, 24 de Janeiro de 2011

Exmo. Sr. Dr. José Alfredo Rodrigues  
Director do Agrupamento de Escolas de Tortosendo

No âmbito do Mestrado em Psicologia da Universidade da Beira Interior encontro-me a realizar uma dissertação sob a orientação da Professora Doutora Graça Esgalhado. O estudo tem como objectivo a adaptação da Tarefa Stroop Emocional para a detecção do risco de suicídio. Para levar a cabo esta investigação necessito do parecer de especialistas na área da Biologia, pelo que venho solicitar a V<sup>a</sup>. Ex.<sup>a</sup>. que me autorize a contactar cinco docentes da área de Ciências da Natureza, enquanto especialistas na referida área.

Grata pela atenção dispensada, apresento os melhores cumprimentos

---

(Carolina Damasceno Ribeiro Matos Lopes)





Universidade da Beira Interior  
Departamento de Psicologia e Educação

## Anexo 2

Ex.ma Sr<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_

No âmbito do Mestrado em Psicologia da Universidade da Beira Interior encontro-me a realizar uma dissertação sob a orientação da Professora Doutora Graça Esgalhado. O presente estudo tem como objectivo a adaptação da Tarefa Stroop Emocional para a detecção de risco de suicídio. Esta tarefa é composta por três lâminas, uma das quais é constituída por palavras neutras. Esta lâmina contém palavras da categorial lexical “Frutos” seleccionadas por não possuírem valor emocional, e portanto neutras para a população em estudo. Neste sentido, venho pedir a sua colaboração como juiz, para certificar se as seguintes palavras fazem parte ou não da categoria “frutos”. Assim, solicito que assinale com um X as palavras que considerar não fazerem parte da referida categoria. Caso entenda que existem outras palavras representativas desta mesma categoria e que não se encontrem na tabela, solicito a sua inclusão no final.

Antecipadamente grata por toda a atenção, apresento os melhores cumprimentos.

---

(Carolina Damasceno Ribeiro Matos Lopes)



### Seleção de Palavras para a Tarefa Stroop

Habilitações académicas:  _____ Data: _____
Assinale com um X a(s) palavra(s) que considerar não fazer parte da categoria dos “frutos”.

Frutos	Frutos	Frutos	
Figo	Amora preta	Diospiro	
Cereja	Mirtilo	Framboesa	
Romã	Groselha	Nectarina	
Tâmara	Morango	Pinhão	
Uva	Azeitona	Amendoim	
Lima	Goiaba	Pistachio	
Limão	Lichia	Caju	
Cidra	Maracujá	Passas	
Laranja	Noz	Ameixa	
Tangerina	Manga	Medronho	
Toranja	Papaia	Damasco	
Abacate	Coco	Amora	
Maracujá	Ananás	Castanha	
Marmelo	Abacaxi	Avelã	
Nêspera	Kiwi	Pêssego	
Maça	Melão	Amêndoa	
Pêra	Melancia		
Banana	Abrunho		

Outros frutos não incluídos na tabela

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Obrigada pela sua colaboração



Universidade da Beira Interior  
Departamento de Psicologia e Educação

Anexo 3

Ex.mo Sr<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_

No âmbito do Mestrado em Psicologia da Universidade da Beira Interior encontro-me a realizar uma dissertação sob a orientação da Professora Doutora Graça Esgalhado. O presente estudo tem como objectivo a adaptação da Tarefa Stroop Emocional para a detecção de risco de suicídio. Esta tarefa é composta por três lâminas, uma das quais é constituída por palavras associadas ao suicídio. As palavras dessa lâmina possuem um valor emocional, que varia entre muito negativo e muito positivo. Neste sentido, pede-se a sua colaboração como juiz, para classificar as palavras listadas tendo em conta o seu carácter activador para a problemática em estudo, de acordo com a seguinte escala: muito negativas (valor -2), negativas (valor -1), neutras (valor 0), positivas (valor 1) e muito positivas (valor 2). Assim, solicita-se que caracterize o carácter emocional de cada palavra colocando um X sobre o número correspondente.

Caso entenda que existem outras palavras representativas desta mesma categoria solicito a sua inclusão no final da tabela, bem como a sua classificação quanto ao grau de emocionalidade.

Antecipadamente grata por toda a atenção, apresento os melhores cumprimentos.

---

(Carolina Damasceno Ribeiro Matos Lopes)



### Seleção de Palavras para a Tarefa Stroop

Habilitações académicas:

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Classifique cada uma das palavras que se seguem em função do seu carácter activador, colocando um X sobre o número correspondente ao grau de activação.

	Muito Negativa	Negativa	Neutra	Positiva	Muito Positiva
Choro	-2	-1	0	1	2
Sol	-2	-1	0	1	2
Riqueza	-2	-1	0	1	2
Óbito	-2	-1	0	1	2
Adolescência	-2	-1	0	1	2
Crise	-2	-1	0	1	2
Despedida	-2	-1	0	1	2
Drogas	-2	-1	0	1	2
Fardo	-2	-1	0	1	2
Vida	-2	-1	0	1	2
Tentativa	-2	-1	0	1	2
Luto	-2	-1	0	1	2
Rir	-2	-1	0	1	2
Apelo	-2	-1	0	1	2
Amor	-2	-1	0	1	2
Ajuda	-2	-1	0	1	2
Depressão	-2	-1	0	1	2
Dor	-2	-1	0	1	2
Encanto	-2	-1	0	1	2
Desemprego	-2	-1	0	1	2

Solidão	-2	-1	0	1	2
Salvação	-2	-1	0	1	2
Riso	-2	-1	0	1	2
Morte	-2	-1	0	1	2
Qualidades	-2	-1	0	1	2
Alegria	-2	-1	0	1	2
Conflito	-2	-1	0	1	2
Angústia	-2	-1	0	1	2
Agressividade	-2	-1	0	1	2
Afável	-2	-1	0	1	2
Emprego	-2	-1	0	1	2
Sexualidade	-2	-1	0	1	2
Perda	-2	-1	0	1	2
Mudança	-2	-1	0	1	2
Álcool	-2	-1	0	1	2
Beleza	-2	-1	0	1	2
Desenvolvimento	-2	-1	0	1	2
Elogio	-2	-1	0	1	2
Amizade	-2	-1	0	1	2
Tristeza	-2	-1	0	1	2
Sucesso	-2	-1	0	1	2
Vitória	-2	-1	0	1	2
Testamento	-2	-1	0	1	2
Sobreviver	-2	-1	0	1	2
Rejeição	-2	-1	0	1	2
Parasuicídio	-2	-1	0	1	2
Ansiedade	-2	-1	0	1	2
Confusão	-2	-1	0	1	2
Doença	-2	-1	0	1	2
Cor	-2	-1	0	1	2
Arma	-2	-1	0	1	2
Saúde	-2	-1	0	1	2
Separação	-2	-1	0	1	2

Esperança	-2	-1	0	1	2
Fim	-2	-1	0	1	2
Humor	-2	-1	0	1	2
Lazer	-2	-1	0	1	2
Identidade	-2	-1	0	1	2
Automutilação	-2	-1	0	1	2
Felicidade	-2	-1	0	1	2
Isolamento	-2	-1	0	1	2
Transformação	-2	-1	0	1	2
Comprimidos	-2	-1	0	1	2
Enforcamento	-2	-1	0	1	2
Luta	-2	-1	0	1	2
Crescimento	-2	-1	0	1	2
Impulsividade	-2	-1	0	1	2
Sacrifício	-2	-1	0	1	2
Comunicação	-2	-1	0	1	2
Defeitos	-2	-1	0	1	2
Juventude	-2	-1	0	1	2
Desesperança	-2	-1	0	1	2
Sufrimento	-2	-1	0	1	2
Suicídio	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
Palavras não referidas na tabela e a incluir:					
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2

	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2

Obrigada pela sua colaboração.





Universidade da Beira Interior  
Departamento de Psicologia e Educação

## Anexo 4

O presente trabalho é CONFIDENCIAL e ANÓNIMO e destina-se à realização de uma dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade da Beira Interior.

Nas páginas seguintes encontrará um conjunto de palavras, as quais solicitamos que classifique tendo em conta a sua Frequência de uso, a sua Familiaridade, o seu Nível de Compreensão e o seu Grau de Evocação de Imagem.

Isto não é um teste, logo, não há boas nem más respostas. O que conta é a sua opinião sincera!

Muito obrigada pela sua colaboração.

## QUESTIONÁRIO DE DADOS GERAIS

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Género: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

3. Curso: \_\_\_\_\_

4. Ano frequentado: \_\_\_\_\_

Tendo em conta a frequência com que utiliza as palavras, ou seja, a **Frequência de uso**, caracterize as palavras abaixo listadas, de acordo com a seguinte escala: nada frequente, pouco frequente, frequente e muito frequente, colocando um X na coluna correspondente à sua avaliação.

Palavra	Uso nada frequente	Uso pouco frequente	Uso frequente	Uso muito frequente
Óbito				
Despedida				
Luto				
Depressão				
Morte				
Perda				
Tristeza				
Arma				
Doença				
Angústia				

Palavra	Uso nada frequente	Uso pouco frequente	Uso frequente	Uso muito frequente
Amor				
Alegria				
Vitória				
Saúde				
Vida				
Riso				
Sucesso				
Riqueza				
Feliz				
Lazer				

Palavra	Uso nada frequente	Uso pouco frequente	Uso frequente	Uso muito frequente
Tangerina				
Banana				
Kiwi				
Melancia				
Laranja				
Maçã				
Manga				
Cereja				
Limão				
Pêra				

Considerando se as palavras lhe são mais ou menos familiares, ou seja a sua **Familiaridade**, caracterize as palavras abaixo listadas de acordo com a seguinte escala: nada familiar, pouco familiar, familiar e muito familiar, colocando um X na coluna correspondente à sua avaliação.

Palavra	Palavra nada familiar	Palavra pouco familiar	Palavra familiar	Palavra muito familiar
Óbito				
Despedida				
Luto				
Depressão				
Morte				
Perda				
Tristeza				
Arma				
Doença				
Angústia				

Palavra	Palavra nada familiar	Palavra pouco familiar	Palavra familiar	Palavra muito familiar
Amor				
Alegria				
Vitória				
Saúde				
Vida				
Riso				
Sucesso				
Riqueza				
Feliz				
Lazer				

Palavra	Palavra nada familiar	Palavra pouco familiar	Palavra familiar	Palavra muito familiar
Tangerina				
Banana				
Kiwi				
Melancia				
Laranja				
Maçã				
Manga				
Cereja				
Limão				
Pêra				

Tendo em conta o significado que cada palavra tem para si, ou seja o **Nível de Compreensão**, caracterize as palavras abaixo listadas de acordo com a seguinte escala: muito difícil compreensão, difícil compreensão, fácil compreensão e muito fácil compreensão, colocando um X na coluna correspondente à sua avaliação.

Palavra	Muito difícil compreensão	Difícil compreensão	Fácil compreensão	Muito fácil compreensão
Óbito				
Despedida				
Luto				
Depressão				
Morte				
Perda				
Tristeza				
Arma				
Doença				
Angústia				

Palavra	Muito difícil compreensão	Difícil compreensão	Fácil compreensão	Muito fácil compreensão
Amor				
Alegria				
Vitória				
Saúde				
Vida				
Riso				
Sucesso				
Riqueza				
Feliz				
Lazer				

Palavra	Muito difícil compreensão	Difícil compreensão	Fácil compreensão	Muito fácil compreensão
Tangerina				
Banana				
Kiwi				
Melancia				
Laranja				
Maçã				
Manga				
Cereja				
Limão				
Pêra				

Tendo em conta o **Grau de Evocação da Imagem**, ou seja, o surgimento de uma imagem mental associada à palavra, classifique as palavras abaixo listadas de acordo com a seguinte escala:  muito difícil evocar, difícil evocar, fácil evocar e muito fácil evocar, colocando um X na coluna correspondente à sua avaliação.

Palavra	Muito difícil evocar uma imagem	Difícil evocar uma imagem	Fácil evocar uma imagem	Muito fácil evocar uma imagem
Óbito				
Despedida				
Luto				
Depressão				
Morte				
Perda				
Tristeza				
Arma				
Doença				
Angústia				

Palavra	Muito difícil evocar uma imagem	Difícil evocar uma imagem	Fácil evocar uma imagem	Muito fácil evocar uma imagem
Amor				
Alegria				
Vitória				
Saúde				
Vida				
Riso				
Sucesso				
Riqueza				
Feliz				
Lazer				

Palavra	Muito difícil evocar uma imagem	Difícil evocar uma imagem	Fácil evocar uma imagem	Muito fácil evocar uma imagem
Tangerina				
Banana				
Kiwi				
Melancia				
Laranja				
Maçã				
Manga				
Cereja				
Limão				
Pêra				



Universidade da Beira Interior  
Departamento de Psicologia e Educação

Anexo 5

Ex.mo Sr.º. Professor Doutor \_\_\_\_\_

No âmbito do Mestrado em Psicologia da Universidade da Beira Interior, encontro-me a realizar uma dissertação sob a orientação da Professora Doutora Graça Esgalhado. O presente estudo tem como objectivo a adaptação de uma Tarefa Stroop Emocional. Para a realização da mesma venho solicitar autorização para obter a colaboração dos alunos em contexto de sala de aula, concretizada no preenchimento de um formulário. Neste é pedido que se pronunciem acerca da Frequência de uso, Familiaridade, Nível de Compreensão e Grau de Evocação da imagem de um conjunto de palavras.

Antecipadamente grata por toda a atenção, apresento os melhores cumprimentos.

---

(Carolina Damasceno Ribeiro Matos Lopes)