

 <https://orcid.org/0000-0001-7363-2429>

Vanzela AS, Silva AC, Pedrollo LFS, Martin IS, Vedana KGG. Barriers and facilitators for self-harm: development and validation of an instrument for health professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2025;33:e4638 [cited ____ ____ ____]. Available from: _____. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7754.4638>

Introdução

A violência autoprovocada é complexa, multifatorial e representa um tópico prioritário em agendas de saúde pública no mundo⁽¹⁾. Apesar das diversas estratégias de prevenção existentes, ainda são inúmeros os desafios no desenvolvimento e implementação efetiva de intervenções de prevenção baseadas em evidências relevantes para realidades de saúde específicas⁽¹⁻²⁾.

A violência autoprovocada é conceituada como um tipo de violência que um indivíduo produz contra si mesmo, incluindo o comportamento suicida (tentativas e suicídio), além das autolesões não suicidas (ALNS)⁽²⁾. Todos os anos milhares de pessoas morrem por suicídio em todo o mundo⁽¹⁾, sendo que no Brasil, em 2021, mais de 15 mil mortes foram registradas⁽³⁾. Estima-se que as tentativas de suicídio e as ALNS são ainda mais presentes e numerosas, porém subnotificadas.

Tratando-se de um problema multifacetado, a prevenção da violência autoprovocada deve ser pensada e organizada a partir de um trabalho multinível e multiprofissional^(1,4). A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe que a restrição de métodos letais, a educação e treinamento de profissionais de saúde, programas de intervenção de crise, manejo de transtornos mentais, educação de profissionais da mídia e posvenção são estratégias eficazes e necessárias para a prevenção de violência autoprovocada⁽⁵⁻⁶⁾.

No entanto, a existência de estratégias efetivas para a prevenção não pressupõe a devida implementação e uso das mesmas na realidade dos profissionais de saúde. Existe uma grande lacuna entre o que é produzido pela ciência e o que é realmente aplicado na prática⁽⁷⁻⁸⁾. Nesse contexto, é necessário compreender como as estratégias baseadas em evidências são e podem ser efetivamente implementadas na prática⁽⁹⁾. Sendo assim, primeiramente é importante identificar o contexto em que uma prática será desenvolvida, bem como os fatores que influenciam ou não em sua implementação e resultados⁽⁷⁾.

Pesquisas no mundo tentam identificar as barreiras e facilitadores para a implementação de estratégias para a prevenção da violência autoprovocada⁽¹⁰⁻¹¹⁾. As principais barreiras ligadas à prevenção da violência por profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) são a falta de treinamento e educação de profissionais, crenças e atitudes⁽¹²⁾, estigma e julgamentos^(11,13), aspectos ligados à cultura institucional⁽¹²⁾, bem como limitações ligadas a recursos financeiros e humanos^(11,13). Os principais facilitadores identificados são a formação de profissionais de saúde, o apoio institucional⁽¹⁰⁻¹¹⁾, a disponibilidade de ferramentas de avaliação adequadas e contextualizadas⁽¹⁰⁻¹¹⁾, políticas públicas que valorizem os

direitos das vítimas de violência e o acesso à assistência de qualidade⁽¹⁴⁾.

É necessário que estes estudos de implementação de práticas sejam desenvolvidos e baseados no contexto específico no qual a estratégia será implementada⁽⁹⁾. No Brasil, ainda não existem instrumentos que propõem identificar barreiras e facilitadores para a prevenção da violência autoprovocada na perspectiva de profissionais da saúde. Estudos dessa natureza ainda carecem de embasamento em referenciais teóricos que sustentem a compreensão das mesmas.

O Theoretical Domains Framework (TDF) trata-se de uma estrutura teórica integrativa construída por psicólogos e pesquisadores *experts* em mudança do comportamento e implementação de práticas baseadas em evidências. A estrutura foi fundamentada em 33 teorias da psicologia e se propõe a identificar os fatores que influenciam nos comportamentos de profissionais de saúde para implementar ou não (barreiras e facilitadores) práticas baseadas em evidências⁽¹⁵⁾.

A utilização desse tipo de ferramenta pode auxiliar na identificação de barreiras e facilitadores, contribuindo para a implementação de estratégias de prevenção da violência autoprovocada baseadas em evidências, promovendo a melhora de práticas de prevenção e a qualidade do trabalho em saúde, bem como do atendimento às vítimas e sobreviventes. Esses achados apresentam potencial para fomentar discussões sobre essa temática, com foco em mudanças, no que se refere à formulação de políticas públicas de prevenção da violência autoprovocada no Brasil. Sendo assim, o presente estudo teve o objetivo de desenvolver e validar um instrumento baseado no TDF para a identificação de barreiras e facilitadores percebidos por profissionais de saúde na prevenção da violência autoprovocada.

Método

Tipo de estudo

Estudo metodológico de desenvolvimento e validação de um instrumento sobre as barreiras e facilitadores para a prevenção da violência autoprovocada, a partir dos referenciais teóricos de elaboração de escalas⁽¹⁶⁾ e TDF⁽¹⁵⁾. Os resultados foram descritos de acordo com *guidelines* PRISMA-COSMIN⁽¹⁷⁾.

Cenário

O instrumento foi desenvolvido entre os meses de agosto e novembro de 2023. A validação de face e conteúdo ocorreu entre janeiro e fevereiro de 2024 e a

validação de constructo entre junho e julho de 2024. Todo o processo de validação foi realizado por meio de coleta virtual, a partir da plataforma *Research Electronic Data Capture (REDCap)*.

Etapas do estudo

O processo de construção do instrumento seguiu procedimentos teóricos e experimentais, a fim de disponibilizar um instrumento passível para uso no cenário brasileiro⁽¹⁶⁾. Foram seguidas as etapas de definição dos objetivos e público-alvo do instrumento, definição das estruturas conceituais e operacionais baseadas no TDF⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. O desenvolvimento dos itens do instrumento foi iniciado pelas autoras (AV, AS, LP), com revisão e discussões com autoras IM e KV. Na validação do instrumento, foram seguidas as etapas de validação de face, conteúdo e constructo, conforme descrito a seguir.

População

A validação de face e conteúdo do instrumento foi realizada com 13 *experts*, enquanto a validação de constructo com 91 profissionais de saúde. Em ambas as etapas os participantes foram selecionados a partir da técnica de amostragem não-probabilística por conveniência.

Critérios de seleção

A seleção dos *experts* foi realizada por meio da plataforma Lattes (sistema de informações sobre pesquisadores e instituições científicas, tecnológicas e de inovação do Brasil). Os critérios de inclusão foram apresentar formação na área da saúde, nível doutorado e experiência (docência, pesquisa ou assistencial) com a temática de violência autoprovocada. Os dados dos *experts* que contemplaram os critérios definidos foram salvos em documento editável, o qual foi utilizado para a realização dos convites na etapa de coleta de dados.

Para a seleção do público-alvo, foi definida a participação de profissionais de saúde com atuação no contexto brasileiro, de modo a permitir que o instrumento fosse válido para pessoas com diferentes níveis e experiências profissionais. Os critérios de inclusão foram ser profissional de saúde, brasileiro, com atuação profissional no país.

Coleta de dados

A coleta de dados para as etapas de validação de face, conteúdo e constructo do estudo foram realizadas

na plataforma REDCap. Ao serem convidados para a pesquisa, ambos (*experts* e público-alvo) tiveram acesso a um formulário na plataforma que continha o detalhamento da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um questionário de caracterização sociodemográfica e o instrumento para identificação de barreiras e facilitadores para a prevenção da violência autoprovocada.

Na validação de face e conteúdo, foram convidados 80 *experts* por meio de *e-mails* com informações sobre a pesquisa. Destes, 30 demonstraram interesse em colaborar e 24 responderam os questionários. A amostra final foi composta após exclusão de questionários com respostas incompletas ou preenchimento inadequado dos itens de avaliação do instrumento ($n = 13$).

Para a seleção do público-alvo, profissionais de saúde foram convidados de forma ampla, por meio de postagens divulgadas nas redes sociais (*Instagram* e *Facebook* do grupo de pesquisa e pesquisadores responsáveis pelo estudo). Cento e vinte e um ($n = 121$) profissionais acessaram o questionário no REDCap. Destes, 98 finalizaram totalmente as respostas, sendo excluídos os questionários com 15% das respostas faltantes ($n = 7$). A amostra foi, então, composta por 91 profissionais.

A respeito dos *experts*, foram coletadas variáveis de caracterização sociodemográfica, como gênero, idade, raça/cor, localização geográfica (região e estado), nível de escolaridade, formação acadêmica, tempo de experiência profissional, área de atuação, experiência com relação à docência, assistência e pesquisa, com enfoque na violência autoprovocada e/ou saúde mental. Além disso, o instrumento de barreiras e facilitadores para a prevenção da violência autoprovocada continha as opções de resposta "totalmente adequado", "adequado", "neutro", "inadequado" e "totalmente inadequado". Ao final do instrumento, os *experts* tiveram espaço para sugestões de modificação dos itens do instrumento.

Já para o público-alvo, foram coletadas as mesmas variáveis de caracterização sociodemográfica supracitadas, bem como o instrumento com escala de resposta "concordo totalmente", "concordo", "neutro", "discordo" e "discordo totalmente". Além disso, foram coletadas variáveis relacionadas à facilidade de preenchimento do instrumento, compreensão dos itens de opções de resposta, além da relevância do instrumento para prática clínica e sugestões para modificação do mesmo quando pertinente.

Tratamento e análise dos dados

Os dados obtidos foram tratados em planilha do *Microsoft Excel* 10 e analisados pelo programa R (*R core Team*, 2023) versão 4.3.1 com o uso do pacote *Psych*⁽¹⁸⁾. A validade de face e conteúdo foi avaliada por meio de

análises descritivas e pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC) com critério mínimo de aceitação ou reformulação igual, ou maior que 0,80⁽¹⁹⁾. A adequação foi calculada a partir do agrupamento das opções “totalmente adequado”, “adequado” e “neutro”. O grau de confiabilidade e concordância entre os avaliadores foi avaliado por meio do *First-order Agreement Coefficient* (AC1). De acordo com o teste, quanto mais próximo de 1,0 o resultado, maior é a concordância e confiabilidade entre *experts*⁽²⁰⁾.

A validade de construto foi avaliada considerando a dimensionalidade do instrumento, por meio da análise fatorial exploratória (AFE). A AFE foi utilizada para identificar a estrutura subjacente dos itens do instrumento e determinar o número de fatores que melhor representam os dados. A Análise Paralela de Horn objetivou definir a estrutura de correlações entre os itens e definir um conjunto de dimensões que representam essas variáveis. O Kaiser Meyer Olkin (KMO) foi conduzido para verificar se os dados eram adequados para serem submetidos a análise fatorial. No KMO, os valores obtidos podem variar de zero a um, sendo que valores próximos a zero indicam que a análise fatorial é inadequada⁽²¹⁾. Os valores < 0,5 são considerados inaceitáveis, valores entre 0,5 e 0,7 são considerados medíocres; valores entre 0,7 e 0,8 são considerados bons e valores > 0,8 são considerados ótimos e > 0,9 excelentes⁽²²⁾.

O teste de esfericidade de Bartlett também foi utilizado para avaliar a adequação da análise fatorial por meio da avaliação da presença de correlação entre as variáveis, sendo significativa quando o valor entre os elementos da diagonal principal é igual a um, e ausentes quando os demais elementos da matriz ainda são próximo de zero⁽²³⁾. O teste avalia também a significância geral de todas as correlações, sendo $p < 0,05$ indicativo de que a matriz é favorável a fatoração de dados⁽²⁴⁾.

Após definição de fatores, foram excluídos da análise fatorial valores iguais ou inferiores a 0,40, por serem considerados insuficientes, ou seja, não carregarem o fator identificado. Por fim, o ω de McDonald definiu a fidedignidade da análise realizada.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP/EERP-USP) sob parecer número 6.308.906.

Resultados

O estudo foi desenvolvido em duas etapas principais, sendo estas a) desenvolvimento do instrumento e

b) validação do instrumento, sendo a segunda etapa dividida entre validação de face/conteúdo e validação de constructo.

Desenvolvimento do instrumento

Inicialmente foram desenvolvidas afirmações relacionadas à prevenção da violência autoprovocada foram desenvolvidas para cada domínio ($n = 14$) e constructos do TDF ($n = 84$), em seguida, as afirmações foram agrupadas e sintetizadas, resultando em 17 itens, além de duas questões discursivas para a flexibilização da resposta e adição de possíveis aspectos não abordados anteriormente. Uma escala Likert de cinco pontos (Concordo totalmente, Concordo, Neutro, Discordo, Discordo Totalmente) foi definida como escala de resposta para o instrumento⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Os domínios relacionados ao TDF mantidos ao final da construção do instrumento “Barreiras e facilitadores para a prevenção da violência autoprovocada” foram: Conhecimento ($n = 1$), Capacidades ($n = 1$), Identidade/papel profissional ($n = 1$), Crenças sobre capacidades ($n = 2$), Crenças sobre consequências ($n = 1$), Reforço ($n = 1$), Metas ($n = 1$), Contexto ambiental e recursos ($n = 3$), Influências sociais ($n = 3$), Emoção ($n = 2$), Regulação comportamental ($n = 1$).

Validação de face e conteúdo com experts

A presente etapa objetivou avaliar a adequação, apresentação e compreensão do instrumento^(16,27). A amostra final de participantes ($n = 13$) foi composta por profissionais autodeclarados do sexo feminino (76,8%), de raça branca (76,9%), da região sudeste (69,2%), com formação em enfermagem (92,3%) e níveis de doutorado ou pós-doutorado (69,3%). A maioria dos participantes tinham experiência profissional no campo da docência (84,6%) em pesquisa (100%) e na assistência (76,9%). Além disso, os profissionais relataram experiência na temática da violência autoprovocada (69,2%), e no campo da saúde mental na atenção primária à saúde (76,9%). 35,7% possuíam experiência prévia em estudos de construção e/ou validação de instrumentos.

Após análise pelos *experts*, apenas os itens 11, 12 e 15 não atingiram o IVC de 80% (IVC = 0,69; IVC = 0,77 e IVC = 0,77, respectivamente) (Tabela 1), e foram aprimorados de acordo com as sugestões recebidas.

No item 11, os *experts* solicitaram a adequação do termo “as pessoas que admiro” para “os profissionais que admiro”, para o melhor enfoque nas relações do ambiente de trabalho. No item 12, foi sugerida a substituição de “desperta ansiedade, medo...” para “me desperta

ansiedade, medo...". No item 15 os *experts* sugeriram maior especificidade e clareza e a questão foi modificada de "sej quais serviços da rede..." para "sej quais serviços da rede de atenção à saúde e outros dispositivos sociais...".

Além disso, considerando as sugestões propostas no campo "Sugestões" do questionário apresentado aos *experts*, foram adicionados outros dois itens relacionados ao domínio "Contexto Ambiental e Recursos".

Tabela 1 - Confiabilidade e concordância dos *experts* sobre o instrumento "Barreiras e facilitadores para a prevenção da violência autoprovocada" (n = 13). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2024

Itens	Concordância Adequação N (%)*					IVC**
	TA†	A‡	N§	I¶	TI¶	
Item 1	12 (92,3)	1 (7,7)	-	-	-	1,00
Item 2	10 (76,9)	1 (7,7)	1 (7,7)	1 (7,7)	-	0,85
Item 3	11 (84,6)	1 (7,7)	1 (7,7)	-	-	0,92
Item 4	10 (76,9)	2 (15,4)	1 (7,7)	-	-	0,92
Item 5	10 (76,9)	2 (15,4)	-	1 (7,7)	-	0,92
Item 6	10 (76,9)	1 (7,7)	2 (15,4)	-	-	0,85
Item 7	9 (69,2)	2 (15,4)	1 (7,7)	-	1 (7,7)	0,85
Item 8††	8 (66,7)	2 (16,7)	1 (8,3)	1 (8,3)	-	0,83
Item 9	12 (92,3)	1 (7,7)	-	-	-	1,00
Item 10	11 (84,6)	-	-	2 (15,4)	-	0,85
Item 11	8 (61,5)	1 (7,7)	2 (15,4)	2 (15,4)	-	0,69
Item 12	9 (69,2)	1 (7,7)	1 (7,7)	1 (7,7)	1 (7,7)	0,77
Item 13	9 (69,2)	3 (23,1)	-	1 (7,7)	-	0,92
Item 14††	7 (58,3)	3 (25,0)	1 (8,3)	1 (8,3)	-	0,83
Item 15	9 (69,2)	1 (7,7)	1 (7,7)	1 (7,7)	1 (7,7)	0,77
Item 16	10 (76,9)	1 (7,7)	-	2 (15,4)	-	0,85
Item 17	11 (84,6)	-	-	2 (15,4)	-	0,85

*N = Número de participantes; †TA = Totalmente adequado; ‡A = Adequado; §N = Neutro; ¶I = Inadequado; ¶TI = Totalmente inadequado; **IVC = Índice de validade de conteúdo; ††Item com *missing*

Validação de constructo com o público-alvo

A validação de constructo objetiva avaliar se os itens do instrumento realmente medem o conceito teórico que se propõe a medir. Dos 91 participantes, a maioria eram autodeclarados do sexo feminino (92,3%), da raça branca (74,4%), da região sudeste (85,6%), graduados em enfermagem (71,1%), com pós-graduação *Lato* ou *Stricto sensu* (48,4%), atuantes no setor público (61,5). Os participantes informaram não terem realizado formação

prévia na temática da violência autoprovocada (65,9%), já terem atendido uma vítima de violência autoprovocada (86,7%) e negaram terem desenvolvido ou participado de uma ação de prevenção da violência autoprovocada (56%).

O teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ($p < 0,001$) e o valor de KMO geral do instrumento foi 0,73, indicando boa adequação dos dados para a análise fatorial. Os itens 5 (crenças sobre consequências), 13 (influência sociais) e 14 (emoções) foram excluídos por possuírem KMO < 0,6 (Tabela 2).

Tabela 2 - Concordância de profissionais da saúde na validação de constructo do instrumento "Barreiras e facilitadores para a prevenção da violência autoprovocada" (n = 91). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2024

Itens	Concordância N (%)*					KMO**
	CT†	C‡	N§	D¶	DT¶	
Item 1	7 (7,8)	35 (38,9)	23 (25,6)	13 (14,4)	12 (13,3)	0,72
Item 2	5 (5,6)	30 (33,3)	14 (15,6)	23 (25,6)	18 (20)	0,77
Item 3	11 (12,1)	23 (25,3)	18 (19,8)	25 (27,5)	14 (15,4)	0,82

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Itens	Concordância N (%) [*]					KMO ^{**}
	CT [†]	C [‡]	N [§]	D	DT [¶]	
Item 4	43 (47,8)	34 (37,8)	8 (8,9)	2 (2,2)	3 (3,3)	0,79
Item 5	70 (76,9)	20 (22)	1 (1,1)	-	-	0,55
Item 6	14 (15,4)	13 (14,3)	42 (46,2)	7 (7,7)	15 (16,5)	0,69
Item 7	4 (4,4)	5 (5,5)	15 (16,5)	24 (26,4)	43 (47,3)	0,73
Item 8	3 (3,3)	14 (15,4)	17 (18,7)	24 (26,4)	33 (36,3)	0,71
Item 9	1 (1,1)	20 (22,2)	19 (21,1)	27 (30)	23 (25,6)	0,72
Item 10	5 (5,5)	29 (31,9)	18 (19,8)	20 (22)	19 (20,9)	0,80
Item 11	18 (19,8)	46 (50,5)	21 (23,1)	4 (4,4)	2 (2,2)	0,68
Item 12	8 (8,8)	22 (24,2)	23 (25,3)	20 (22)	18 (19,8)	0,68
Item 13	38 (41,8)	44 (48,4)	-	8 (8,8)	1 (1,1)	0,57
Item 14	8 (8,9)	13 (14,4)	26 (28,9)	29 (32,2)	14 (15,6)	0,54
Item 15	21 (23,1)	42 (46,2)	14 (15,4)	13 (14,3)	1 (1,1)	0,79
Item 16	6 (6,6)	28 (30,8)	24 (26,4)	22 (24,2)	11 (12,1)	0,74
Item 17	21 (23,1)	30 (33)	15 (16,5)	18 (19,8)	7 (7,7)	0,87

*N = Número de participantes; [†]CT = Concordo totalmente; [‡]C = Concordo; [§]N = Neutro; ^{||}D = Discordo; [¶]DT = Discordo totalmente; **KMO = Teste de Kaiser-Meyer-Olkin

A análise paralela de Horn sugeriu a retenção de três fatores (conhecimentos e capacidades, contexto e apoio institucional), considerando estes os fatores pertinentes ao

instrumento (Figura 1), sugerindo a exclusão dos itens 4 (identidade profissional), 6 (reforço), 11 (emoções), 12 (influências sociais) e confirmando a dimensionalidade esperada.

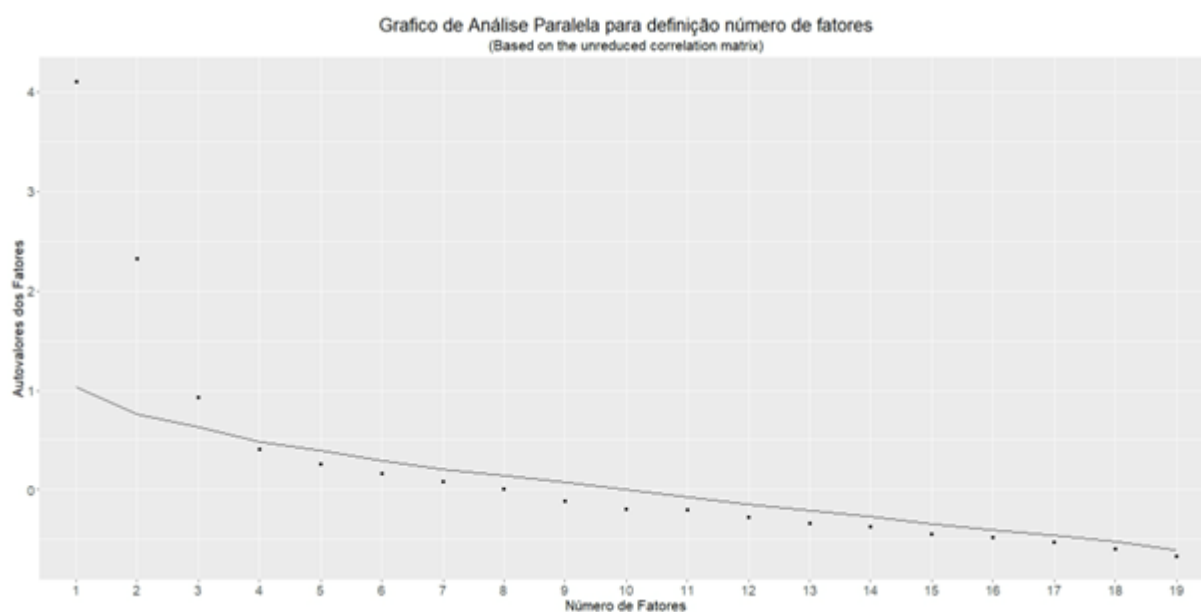


Figura 1 - Gráfico de análise paralela para definição do número de fatores pertencentes ao instrumento "Barreiras e facilitadores para a prevenção da violência autoprovocada"

A Tabela 3 mostra o resultado dos fatores ($n = 3$) e itens mantidos no instrumento final após

teste de rotação oblíqua (*Oblimin*) e teste do método de extração.

Tabela 3 - Matriz de cargas fatoriais do instrumento "Barreiras e facilitadores para a prevenção da violência autoprovocada". Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2024

Fator	Itens	MR1*	MR2	MR3
1	Item 2	0,9161	0,0746	- 0,1050
	Item 1	0,8241	0,1107	- 0,0716
	Item 3	0,7992	- 0,0396	0,0293
	Item 16	0,6929	- 0,0974	0,1575
	Item 15	0,6122	- 0,1319	0,1180
	Item 17	0,5403	- 0,0297	0,2700
2	Item 9	0,0515	0,9111	0,0367
	Item 18	- 0,1218	0,6045	0,0289
	Item 10	0,0942	0,5640	0,1150
3	Item 7	0,0749	- 0,0308	0,7390
	Item 8	- 0,0744	0,2479	0,7110
SS loadings [†]		3,3752	1,7282	1,3468
Proportion Var [‡]		0,3068	0,1571	0,1224
Cumulative Var [§]		0,3068	0,4639	0,5864

*Fator; [†]SS loadings = Sum of squared loadings; [‡]Proportion Var = Proportion variance; [§]Cumulative Var = Cumulative variance

A consistência interna do instrumento foi avaliada por meio do ω de McDonald e considerada boa ($\omega = 0,89$). Os itens finais foram, então, renumerados

e agrupados em três fatores que foram então nomeados para melhor representarem seus domínios (Figura 2).

Fator	Itens
1. Capacidade e conhecimento	1. Eu tenho preparo (técnico) para realizar ações de prevenção da violência autoprovocada.
	2. Eu sei como realizar ações de prevenção da violência autoprovocada
	3. Me sinto seguro(a) e capaz para desenvolver ações de prevenção da violência autoprovocada.
	4. Tenho segurança na conduta de cuidados a uma vítima de violência autoprovocada no serviço onde trabalho.
	5. Busco formas de aprimorar meu desempenho para contribuir com a prevenção da violência autoprovocada.
	6. Sei quais serviços da rede (de atenção à saúde e outros dispositivos sociais) devo acionar para trabalhar a prevenção da violência autoprovocada.
2. Contexto	7. Meu local de trabalho possui recursos físicos e materiais para realizar ações de prevenção da violência autoprovocada.
	8. Os serviços de saúde disponíveis na rede em que trabalho são suficientes para atender as demandas ligadas à violência autoprovocada.
	9. Meu local de trabalho possui recursos humanos para realização de ações de prevenção da violência autoprovocada.
3. Apoio institucional (reforço)	10. Em meu local de trabalho, existe alguma meta/indicador relacionados à prevenção da violência autoprovocada.
	11. Em meu local de trabalho existe um protocolo para prevenção da violência autoprovocada.

Figura 2 - Fatores e respectivos itens componentes do instrumento "Barreiras e facilitadores para a prevenção da violência autoprovocada". Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2024

Discussão

O presente estudo desenvolveu e validou um instrumento para a identificação de barreiras e facilitadores para a prevenção da violência autoprovocada, baseado no

TDF para uso no contexto brasileiro. A construção baseada no TDF se justifica pela escassez de instrumentos brasileiros com alto rigor teórico-metodológico, desenvolvidos para avaliação das barreiras e facilitadores para a prevenção da violência autoprovocada no contexto brasileiro.

O TDF propicia fundamentação cientificamente criteriosa para a identificação de fatores que podem atuar como barreiras ou facilitadores no comportamento de profissionais, refletindo em sua prática. Tal identificação contribui para o mapeamento de pontos estratégicos, que podem favorecer a implementação de práticas baseadas em evidências, ou outras mudanças desejáveis em serviços de saúde⁽²⁸⁻²⁹⁾.

Embora majoritariamente utilizado no desenvolvimento de instrumentos qualitativos, o TDF vem se mostrando cada vez mais presente na construção de questionários quantitativos⁽³⁰⁻³²⁾. Os itens desenvolvidos com escala resposta do tipo Likert, podem facilitar a coleta de dados quantitativos e passíveis de generalização, possibilitando comparações entre diferentes regiões do país. O instrumento apresentado tem como vantagem a combinação entre a quantidade reduzida de itens e a abrangência de constructos do TDF. Ainda, os qualitativos no instrumento possibilitam maior compreensão de fatores percebidos pelos participantes, promovendo a oportunidade para que os profissionais exponham especificidades de sua experiência e local de atuação. O levantamento dessas informações em diferentes contextos pode gerar *insights* relevantes para implementar intervenções que enfoquem fatores modificáveis e facilitem a implementação de estratégias de prevenção⁽³³⁻³⁴⁾.

Destaca-se que a literatura internacional aponta que as principais barreiras e facilitadores conhecidos, ligados à prevenção da violência autoprovocada, estão relacionadas à formação de profissionais, crenças e atitudes, cultura institucional, recursos financeiros e humanos, apoio institucional, ferramentas de avaliação, políticas públicas e o acesso à assistência de qualidade⁽¹⁰⁻¹⁴⁾. O instrumento desenvolvido neste estudo permite a avaliação desses e de outros fatores que podem contribuir ou prejudicar a prevenção do suicídio em diferentes contextos.

Uma vantagem adicional do instrumento é que as afirmações que compõem cada item podem ser parcialmente modificadas. Todos os itens são compostos por duas partes, sendo uma delas em negrito, a qual especifica a característica do domínio do TDF⁽¹⁵⁾ outra parte que menciona "ações de prevenção da violência autoprovocada", sendo que essa parte pode ser adaptada para ser direcionada a ações específicas de prevenção, tais como planos de gestão de crises, psicoeducação para pais, atividades de prevenção em escolas, entre outros. Desse modo, o instrumento pode avaliar as ações preventivas (de modo geral) ou pode ter todos os itens parcialmente adaptados, para enfocar apenas uma ação, como, por exemplo, o plano de gestão de crises. O item 1 "*Eu sei como realizar* ações de prevenção da violência

autoprovocada" poderia ser adaptado para "*Eu sei como realizar* planos de gestão de crises" e os demais itens poderiam ser modificados de forma semelhante.

As limitações do estudo estão ligadas ao fato das avaliações do instrumento serem realizadas por profissionais predominantemente da região Sudeste do Brasil. O Brasil possui extenso território geográfico, composto por diversidade e singularidades, sendo relevante que o instrumento também possa identificar as barreiras e facilitadores para a prevenção da violência autoprovocada em todas as regiões do país.

Este estudo traz contribuições relevantes para a ciência da implementação, políticas públicas e melhoria dos cuidados em saúde mental, pois disponibiliza um instrumento gratuitamente, validado para o contexto brasileiro. O instrumento é de domínio público e pode ser utilizado por outros pesquisadores em todo o país, sem a necessidade de autorização prévia das autoras (desde que o estudo apropriadamente citado). O acesso aberto ao instrumento pode facilitar que pesquisadores das diferentes regiões do Brasil utilizem o instrumento em seus contextos.

Conclusão

Com base nos resultados obtidos, conclui-se que o instrumento apresenta boa adequação e consistência interna, indicando que o instrumento é confiável para medir os constructos propostos. Após avaliação por *experts* na temática e público-alvo do instrumento, a versão final foi composta por 11 questões para resposta em escala do tipo Likert e duas questões discursivas. O presente estudo resultou então um instrumento de autopreenchimento, fácil de uso e passível de adaptações para compreender as barreiras e facilitadores para a violência autoprovocada em contextos no Brasil. Esses resultados indicam a relevância e a robustez do instrumento para futuras pesquisas, estratégias de prevenção e políticas de saúde.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries [Internet]. Brasília: OPAS; 2024 [cited 2024 Oct 03]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/61445>
2. World Health Organization. Training manual for surveillance of suicide and self-harm in communities via key informants [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2024 Oct 07]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/365481>

3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2024 [cited 2024 Oct 03];55(4):1-17 Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf>
4. Hofstra E, van Nieuwenhuizen C, Bakker M, Özgül D, Elfeddali I, de Jong SJ, et al. Effectiveness of suicide prevention interventions: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020;63:127-40. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2019.04.011>
5. World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030 [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2024 Oct 03]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345301>
6. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving suicide prevention through evidence-based strategies: a systematic review. *Am J Psychiatry*. 2021;178(7):611-24. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>
7. Wilson P, Kislov R. Implementation Science. Cambridge: Cambridge University Press; 2022. 56 p. <https://doi.org/10.1017/9781009237055>
8. Mohajerzad H, Martin A, Christ J, Widany S. Bridging the gap between science and practice: research collaboration and the perception of research findings. *Front Psychol*. 2021;12:790451. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.790451>
9. Bauer MS, Kirchner J. Implementation science: What is it and why should I care? *Psychiatry Res*. 2020;283:112376. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.025>
10. Davis M, Siegel J, Becker-Haimes EM, Jager-Hyman S, Beidas RS, Young JF, et al. Identifying common and unique barriers and facilitators to implementing evidence-based practices for suicide prevention across primary care and specialty mental health settings. *Arch Suicide Res*. 2023;27(2):192-214. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1982094>
11. Kasal A, Táborská R, Juríková L, Grabenhofer-Eggerth A, Pichler M, Gruber B, et al. Facilitators and barriers to implementation of suicide prevention interventions: scoping review. *Glob Ment Health (Camb)*. 2023;10:e15. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.9>
12. Krishnamoorthy S, Mathieu S, Armstrong G, Ross V, Francis J, Reifels L, et al. Implementation of complex suicide prevention interventions: insights into barriers, facilitators and lessons learned. *Arch Suicide Res*. 2025;29(2). <https://doi.org/10.1080/13811118.2024.2368127>
13. Thangada MS, Kasoju R. A systematic review of suicide risk management strategies in primary care settings. *Front Psychiatry*. 2024;15:1440738. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1440738>
14. Dantas ESO. Prevenção do suicídio no Brasil: como estamos? *Physis (Rio J)*. 2019;29(3):e290303. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290303>
15. Cane J, O'Connor D, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implement Sci*. 2012;7:37. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-37>
16. Pasquali L. Principles of elaboration of psychological scales. *Rev Psiquiatr Clin*. 1998;25(5):206-13. Available from: <https://ppget.ifam.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.pdf>
17. Elsmann EBM, Mokkink LB, Terwee CB, Beaton D, Gagnier JJ, Tricco AC, et al. Guideline for reporting systematic reviews of outcome measurement instruments (OMIs): PRISMA-COSMIN for OMIs 2024. *J Clin Epidemiol*. 2024;173:111422. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2024.111422>
18. Revelle W. Psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research. R package version 2.3.9 [Internet]. Evanston, IL: Northwestern University; 2023 [cited 2024 Oct 28]. 2023. Available from: <https://CRAN.R-project.org/package=psych>
19. Polit D, Beck C, Owen S. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007;30(4):459-67. <https://doi.org/10.1002/nur.20199>
20. McCray G. Assessing inter-rater agreement for nominal judgement variables. In: *Language Testing Forum*; 2013 Nov 15-17; Nottingham, England.
21. Pasquali L, organizator. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/IBAPP; 1999. 306 p.
22. Hutcheson GD, Sofroniou N. The multivariate social scientist: introductory statistics using generalized linear models. London: Sage; 1999. 288 p.
23. Field A. *Discovering Statistics Using SPSS*. 2. ed. London: Sage; 2005. 816 p.
24. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. 5. ed. Boston, MA: Allyn and Bacon; 2006. 980 p.
25. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Arch Psychol*. 1932;22(140):55.
26. Dalmoro M, Vieira KM. Dilemmas of the type Likert scales construction: does the number of items and the disposition influence results? *RGO*. 2013;6(3):161-74. <https://doi.org/10.22277/rgo.v6i3.1386>
27. Echevarria-Guanilo ME, Gonçalves N, Romanoski PJ. Psychometric properties of measurement instruments: conceptual basis and evaluation methods - part II. *Texto*

Contexto Enferm. 2019;28:e20170311. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-tce-2017-0311>

28. Abell B, Naicker S, Rodwell D, Donovan T, Tariq A, Baysari M, et al. Identifying barriers and facilitators to successful implementation of computerized clinical decision support systems in hospitals: a NASSS framework-informed scoping review. *Implement Sci.* 2023;18(1):32. <https://doi.org/10.1186/s13012-023-01287-y>

29. Correa VC, Lugo-Agudelo LH, Aguirre-Acevedo DC, Contreras JAP, Borrero AMP, Patiño-Lugo DF, et al. Individual, health system, and contextual barriers and facilitators for the implementation of clinical practice guidelines: a systematic metareview. *Health Res Policy Syst.* 2020;18:74. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00588-8>

30. Cunningham S, Jebara T, Stewart D, Smith J, Leslie SJ, Rushworth GF. Using the theoretical domains framework to explore behavioural determinants for medication taking in patients following percutaneous coronary intervention. *Int J Pharm Pract.* 2023;31(2):190-7. <https://doi.org/10.1093/ijpp/riac039>

31. Wong E, Mavondo F, Horvat L, McKinlay L, Fisher J. Healthcare professionals' perspective on delivering personalised and holistic care: using the Theoretical Domains Framework. *BMC Health Serv Res.* 2022;22:281. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07630-1>

32. Lynch T, Ryan C, Presseau J, Foster DE, Huff C, Bennett K, et al. Development and validation of a theory-based questionnaire examining barriers and facilitators to discontinuing long-term benzodiazepine receptor agonist use. *Res Social Adm Pharm.* 2024 Feb 1;20(2):163-71. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2023.10.015>

33. Spitzner DJ, Meixner C. Mixed methods research in global public health. In: Liamputtong P, editor. *Handbook of social sciences and global public health*. Cham: Springer; 2023. https://doi.org/10.1007/978-3-030-96778-9_52-1

34. Silva DA, Marcolan JF. Suicide attempts and suicide in Brazil: an epidemiological analysis. *Florence Nightingale J Nurs.* 2021;29(3):294-302. <https://doi.org/10.5152/FNJJN.2021.21035>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Amanda Sarah Vanzela, Aline Conceição Silva, Laysa Fernanda Silva Pedrollo, Isabela dos Santos Martin, Kelly Graziani Giaccherro Vedana. **Obtenção de dados:** Amanda Sarah Vanzela, Aline Conceição Silva, Laysa Fernanda Silva Pedrollo, Isabela dos Santos Martin, Kelly Graziani Giaccherro Vedana. **Análise e interpretação dos dados:** Amanda Sarah Vanzela, Aline Conceição Silva, Laysa Fernanda Silva Pedrollo, Isabela dos Santos Martin, Kelly Graziani Giaccherro Vedana. **Análise estatística:** Amanda Sarah Vanzela, Aline Conceição Silva, Laysa Fernanda Silva Pedrollo, Isabela dos Santos Martin, Kelly Graziani Giaccherro Vedana. **Obtenção de financiamento:** Amanda Sarah Vanzela, Aline Conceição Silva, Laysa Fernanda Silva Pedrollo, Isabela dos Santos Martin, Kelly Graziani Giaccherro Vedana. **Redação do manuscrito:** Amanda Sarah Vanzela, Aline Conceição Silva, Laysa Fernanda Silva Pedrollo, Isabela dos Santos Martin, Kelly Graziani Giaccherro Vedana. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Amanda Sarah Vanzela, Aline Conceição Silva, Laysa Fernanda Silva Pedrollo, Isabela dos Santos Martin, Kelly Graziani Giaccherro Vedana.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 02.11.2024

Aceito: 15.04.2025

Editora Associada:

Rosana Aparecida Spadoti Dantas

Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem


Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autora correspondente:

Amanda Sarah Vanzela

E-mail: amanda.vanzela@usp.br

 <https://orcid.org/0000-0003-3535-5621>