U.PORTO

MESTRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

SOS Suicídio: A Dinâmica das Linhas Telefónicas de Apoio Emocional e a Experiência dos Escutantes

Andreia Raquel Pereira Silva

M

2022

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

SOS SUICÍDIO: A DINÂMICA DAS LINHAS TELEFÓNICAS DE APOIO EMOCIONAL E A EXPERIÊNCIA DOS ESCUTANTES

Andreia Raquel Pereira Silva

Outubro 2022

Dissertação apresentada no Mestrado em Psicologia, área de Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora ***Inês Areal Rothes*** (FPCEUP) e coorientada pela Professora Doutora ***Margarida Rangel Henriques*** (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspetivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

Expresso o meu profundo agradecimento a todos aqueles e aquelas que contribuíram para o desenvolvimento desta dissertação, incentivando-me e apoiando-me no decurso desta desafiante jornada.

Às minhas orientadoras, **Profa. Dra. Inês Areal Rothes** e **Profa. Dra. Margarida Rangel Henriques**, por me terem confiado este projeto desde o primeiro dia. Agradeço por todos os desafios, aprendizagens e oportunidades. Obrigada por acreditaram no meu potencial e me encorajarem a fazer sempre mais e melhor.

Um agradecimento especial à **Ana Paula** e à **Isabel Nogueira**, por terem recebido este projeto de braços abertos. Agradeço por toda a disponibilidade, apoio, dedicação e paciência. Obrigada pela partilha do vosso conhecimento e experiência de investigação.

Ao grupo **Webs of Meaning**, pelo acolhimento, companheirismo e entreajuda. Obrigada pela troca de saberes e reflexões em torno da investigação. Um agradecimento especial à **Stefânia**, ao **Ian**, ao **Alexandre** e à **Ana**.

À **Profa. Dra. Marina Serra de Lemos**, pelo auxílio e partilha de conhecimento. Agradeço a disponibilidade e as reflexões em torno deste projeto.

Aos meus **amigos**, alguns deles **colegas de curso**, por me ouvirem e apoiarem de forma incondicional. Obrigada por todos os momentos de desabafo e descontração. Mas também por toda a ajuda quando foi mais precisa. Em especial, à **Daniela, Mariana**, à **Filipa**, à **Diana**, à **Francisca,** à **Joana** e ao **Ricardo**.

Aos meus **pais**, por serem o meu porto de abrigo. Obrigada pelos sacrifícios que diariamente fazem por mim. Sem vocês, nada disto teria sido possível.

Gostaria, ainda, de agradecer a todos os **responsáveis** e **escutantes** das **linhas telefónicas de ajuda**, não só pela abertura e disponibilidade para participarem neste projeto, mas também pela humildade, sacrifícios e vocação. Obrigada por partilharem comigo as vossas histórias, experiências e perspetivas e por aliviarem o sofrimento de dezenas de apelantes todos os dias.

Resumo

Contexto: O suicídio constitui um indício de grave sofrimento emocional que atinge, anualmente, mais de 700 mil pessoas em todo o mundo. As linhas telefónicas de ajuda surgem como uma medida de prevenção do suicídio de baixo custo, capaz de reduzir a suicidalidade e melhorar a saúde mental dos apelantes. Apesar da sua relevância, os estudos em torno deste domínio são escassos nos panoramas internacional e nacional. *Objetivos*: Sintetizar o conhecimento científico existente relativo às linhas telefónicas focadas na prevenção do suicídio, retratar o seu funcionamento no contexto português e caracterizar a experiência dos escutantes na prestação do serviço. *Método*: Foram desenvolvidos um estudo secundário, através de uma scoping review, e um estudo primário, a partir da recolha de dados qualitativos e quantitativos junto de intervenientes de linhas de apoio emocional – coordenadores e escutantes. *Resultados*: O estudo secundário (estudo 1) incluiu 57 estudos de 1195 relatos inicialmente identificados. A investigação sobre este domínio concentrou-se em 4 focos: evidências científicas acerca da eficácia, modo de funcionamento, apelantes e escutantes. A maioria dos estudos era primário, quantitativo, descritivo e exploratório e usou instrumentos de autorrelato. Entre as evidências científicas acerca da eficácia das linhas, destacaram-se decréscimos em indicadores clínicos, tais como os comportamentos suicidários. Não foram identificados estudos relativos às experiências dos apelantes. O estudo primário (estudo 2) mostrou que as linhas de apoio emocional dispõem de protocolos de atuação para chamadas com conteúdo suicida, tendo a quase totalidade dos escutantes se confrontado com esta temática. A avaliação do risco de suicídio não é efetuada de forma sistemática por todos os escutantes. A maioria dos apelantes suicidas atendidos encontrava-se em risco de suicídio, tendo sido utilizadas práticas como a exploração dos detalhes e das razões inerentes à suicidalidade. Os escutantes apresentaram literacia moderada em prevenção do suicídio, que diferiu significativamente de acordo com a formação específica em prevenção da suicidalidade, mas não consoante as habilitações literárias. Os escutantes apresentaram competência percebida médio-elevada, que diferiu significativamente conforme o tipo de escutante (ativo ou ex-escutante), mas não segundo a formação em prevenção da suicidalidade e as habilitações literárias. *Conclusão*: Estes estudos permitiram sistematizar a extensão, natureza e alcance da investigação sobre as linhas telefónicas de ajuda, identificar as práticas de atuação das linhas em relação à suicidalidade e descrever a experiência e a perspetiva dos escutantes na prestação do serviço. Os resultados foram discutidos à luz da literatura científica e das suas implicações práticas.

Abstract

Background: Suicide is an indication of severe emotional distress that affects over 700,000 people worldwide each year. Telephone helplines emerge as a low-cost suicide prevention measure capable of reducing suicidality and improving the mental health of callers. Despite their relevance, studies in this field are scarce in the international and national panoramas. Objectives: To synthesise the existing scientific knowledge regarding suicide prevention hotlines, to portray their functioning in the Portuguese context and to characterise the experience of counsellors in providing the service. Method: A secondary study was developed, through a scoping review, and a primary study, based on the collection of qualitative and quantitative data from emotional support helpline actors - coordinators and counsellors. Results: In the secondary study (study 1), 57 studies were included from 1195 reports initially identified. Research around this domain focused on 4 themes: scientific evidence about effectiveness, mode of operation, callers and counsellors. Most studies were primary, quantitative, descriptive and exploratory and used self-report instruments. Among the scientific evidence about effectiveness from the helplines, decreases in clinical indicators, such as suicidal behaviours, stood out. No studies were identified regarding the experiences of callers. The primary study (study 2) showed that the emotional support helplines have protocols for calls with suicidal content, with almost all counsellors having faced this issue. The assessment of suicide risk is not systematically performed by all counsellors. Most of the suicidal callers seen were at risk of suicide, and practices such as exploring the details and reasons inherent in suicidality were used. The counsellors showed medium-high perceived competence, which differed significantly according to the type of counsellor (active or former counsellor), but not according to training in suicide prevention and educational attainment. Conclusion: These studies allowed systematising the extension, nature and scope of the research on telephone helplines, identifying the practices of the helplines in relation to suicidality and describing the experience and perspective of the counsellors in the provision of the service. The results were discussed in the light of the scientific literature and its practical implications.

Résumé

Le contexte: Le suicide est un signe de détresse émotionnelle grave qui touche chaque année plus de 700 000 personnes dans le monde. Les lignes d'assistance téléphonique apparaissent comme une mesure de prévention du suicide peu coûteuse, capable de réduire la suicidalité et d'améliorer la santé mentale des appelants. Malgré leur pertinence, les études dans ce domaine sont rares dans les panoramas internationaux et nationaux. *Objectifs*: Synthétiser les connaissances scientifiques existantes concernant les lignes d'assistance téléphonique pour la prévention du suicide, décrire leur fonctionnement dans le contexte portugais et caractériser l'expérience des appelants dans la prestation du service. *Méthode*: Une étude secondaire, par le biais d'une revue de cadrage, et une étude primaire, basée sur la collecte de données qualitatives et quantitatives auprès des acteurs de la ligne de soutien émotionnel - coordinateurs et écoutants - ont été élaborées. *Résultats*: Dans l'étude secondaire (étude 1), 57 études ont été incluses parmi les 1195 rapports initialement identifiés. La recherche autour de ce domaine s'est concentrée sur 4 points: preuves scientifiques de l'efficacité, mode de fonctionnement, appelants et auditeurs. La plupart des études étaient primaires, quantitatives, descriptives et exploratoires et utilisaient des instruments d'auto-évaluation. Parmi les preuves scientifiques des lignes, la diminution des indicateurs cliniques, tels que les comportements suicidaires, s'est distinguée. Aucune étude n'a été identifiée concernant les expériences des appelants. L'étude primaire (étude 2) a montré que les lignes de soutien émotionnel disposent de protocoles pour les appels à contenu suicidaire, la quasi-totalité des écoutants ayant été confrontés à cette question. L'évaluation du risque de suicide n'est pas effectuée systématiquement par tous les auditeurs. La plupart des appelants présents étaient à risque de suicide, et des pratiques telles que l'exploration des détails et des raisons inhérentes à la suicidalité ont été utilisées. Les auditeurs ont montré une alphabétisation modérée en matière de prévention du suicide, qui différait significativement en fonction de la formation sur la suicidalité, mais pas en fonction de l'éducation. Les auditeurs ont montré une compétence perçue moyenne-haute, qui différait significativement selon le type d'auditeur (actif ou ancien auditeur), mais pas selon la formation en prévention du suicide et le niveau d'éducation. *Conclusion*: Ces études ont permis de systématiser l'extension, la nature et la portée de la recherche sur les lignes d'assistance téléphonique, d'identifier les pratiques des lignes par rapport à la suicidalité et de décrire l'expérience et la perspective des écoutants dans la prestation du service. Les résultats ont été discutés à la lumière de la littérature scientifique et de ses implications pratiques.

Índice

Introdução geral ……1
Enquadramento ……..3
Estudo 1 – SOS suicídio: Uma scoping review sobre as linhas telefónicas de ajuda …….5
Resumo ……5
Introdução ……5
Método ……6
Termos e definições ……...7
Objetivos e questões de investigação ……7
Fontes de dados e estratégia de pesquisa ……8
Critérios de elegibilidade ……...8
Seleção dos estudos ……9
Resumo e síntese dos dados ……9
Resultados ……..10
Seleção dos estudos ……..10
Características gerais e metodológicas dos estudos ……11
Síntese dos resultados principais dos estudos ……..12
Síntese das limitações e lacunas de investigação ……25
Discussão ……...26
Sumarização das principais evidências ……26
Limitações ……29
Conclusões ……...30
Estudo 2 – A experiência e as práticas de atuação de escutantes de linhas telefónicas de ajuda: Um retrato português ……31
Resumo ……..31
Introdução ……..31
Método ……...35
Participantes ……35
Instrumentos de recolha de dados ……35
Procedimentos de recolha de dados ……..37
Procedimentos de análise de dados ……...38
Considerações éticas ……38

Resultados ……..38
Descrição das linhas e seu funcionamento: Síntese narrativa ……...38
Caracterização dos escutantes, sua experiência e formação ……41
Avaliação do risco e gestão da suicidalidade ……43
Literacia dos escutantes em prevenção do suicídio ……...44
Competência percebida dos escutantes na prestação do serviço ……...45
Discussão ……...46
Limitações, estudos futuros e implicações ……...49
Referências bibliográficas ……... 51
Apêndices …… 63
Apêndice A. Estratégias de pesquisa utilizadas nas bases de dados ……..63
Apêndice B. Tabelas para a seleção dos estudos ……..64
Fase de elegibilidade I ……..64
Fase de elegibilidade II ……65
Apêndice C. Tabelas utilizadas na extração de dados dos estudos ……..66
Apêndice D. Tabelas de resumo e síntese de dados dos estudos ……67
Informações metodológicas ……67
Principais resultados e conclusões …… 86
Apêndice E. Tabela de análise de dados dos estudos: Referências bibliográficas …96
Apêndice F. Guião de entrevista semi-diretiva aos responsáveis das linhas SOS ...107
Apêndice G. Protocolo de recolha de dados dos escutantes ……111
Apêndice H. Lista de categorias e subcategorias das entrevistas ……116
Anexo. PRISMA-ScR checklist ……118

Índice de tabelas

Tabela 1. Síntese das variáveis dos estudos incluídos ……..11
Tabela 2. Características sociodemográficas dos escutantes ……42
Tabela 3. Perceção dos escutantes em relação à formação em suicidologia e ao conhecimento sobre prevenção do suicídio ……43
Tabela 4. Avaliação do risco de suicídio ……..43
Tabela 5. Comportamentos suicidários dos apelantes ……..44
Tabela 6. Gestão da suicidalidade ……....44
Tabela 7. Conhecimento sobre suicídio (ECSS-FR) ……45
Tabela 8. Diferenças na literacia em prevenção do suicídio consoante as habilitações académicas e a formação em suicidalidade ……..45
Tabela 9. Diferenças na competência percebida dos escutantes consoante as habilitações académicas, a formação em suicídio e o estatuto na linha SOS ……46

Índice de figuras

Figura 1. Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos estudos ……10
Figura 2. Análise dos resultados principais dos estudos ……...13

Introdução geral

O suicídio e as tentativas de suicídio constituem indícios de grave sofrimento emocional, apresentando taxas de mortalidade de 9 para cada 100,000 habitantes no mundo, 13 para cada 100,000 habitantes na europa e 9.5 para cada 100,000 habitantes em Portugal (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022; The Global Health Observatory, n.d.). Apesar de o número de suicídios, em termos globais, ter vindo a diminuir, o fenómeno do suicídio e dos seus comportamentos constitui um desafio à saúde pública, impulsionando e exigindo o desenvolvimento de estratégias de prevenção (World Health Organization [WHO], 2021b).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, estas estratégias devem assentar em intervenções cuja eficácia já foi provada, nomeadamente (1) limitação do acesso a métodos de suicídio; (2) interação com os meios de comunicação social para reportagens responsáveis sobre mortes por suicídio; (3) promoção de habilidades socioemocionais; e (4) avaliação, gestão e acompanhamento precoce de pessoas com comportamentos suicidários (WHO, 2018). Dentro das estratégias mais imediatamente disponíveis e facilmente acessíveis à população, destacam-se as linhas telefónicas de ajuda, oferecidas por diversos países. Estes serviços, que se encontram intimamente ligados ao suicídio, procuram diminuir o isolamento das pessoas em risco, através da disponibilização de um par, cuja identidade permanece confidencial, para as escutar (Direção Geral da Saúde [DGS], 2013).

Atendendo à relevância destas linhas na prevenção do suicídio e à escassez de estudos sobre a temática nos panoramas internacional e nacional, a presente dissertação de mestrado tem como objeto de estudo a problemática do suicídio nas linhas de apoio emocional e prevenção do suicídio e a experiência dos escutantes na prestação do serviço. Os objetivos gerais desta investigação são sintetizar o conhecimento científico existente relativo às linhas telefónicas focadas na prevenção do suicídio, retratar o seu funcionamento no contexto português e caracterizar a experiência dos escutantes na prestação do serviço. Neste sentido, desenvolveram-se dois estudos: um estudo secundário, através de uma *scoping review*, e um estudo primário, a partir da recolha de dados qualitativos e quantitativos junto de intervenientes das linhas – coordenadores e escutantes. A scoping review, cujo protocolo foi registado na plataforma *Open Science Framework – OSF* (Rothes et al., 2021), tem como objetivo sistematizar a investigação existente sobre

linhas telefónicas de ajuda focadas na prevenção do suicídio. Em relação ao estudo primário, os objetivos incluem (1) descrever e caracterizar a dinâmica de funcionamento das linhas de apoio emocional, os seus principais desafios, dificuldades e ambições, de acordo com a perspetiva e a experiência dos seus coordenadores; e (2) descrever e caracterizar a experiência e a perspetiva dos escutantes quanto à sua colaboração na linha.

No que se refere à estrutura, esta dissertação de mestrado encontra-se organizada em duas partes principais. A primeira parte é constituída pela atual introdução geral e um enquadramento global das linhas telefónicas de ajuda em termos internacionais, através da caracterização do seu funcionamento e apresentação de alguns dados relativos à eficácia do apoio emocional fornecido por estes serviços na prevenção do suicídio dos apelantes. Numa segunda parte, são apresentados os dois estudos, desenvolvidos em formato de artigo científico. Esta dissertação encerra com as referências bibliográficas e os respetivos apêndices e anexos.

Nota introdutória: Esta dissertação consubstancia um projeto de investigação que, desde o início do processo, se considerou extenso e complexo, dadas as características e natureza de uma dissertação de mestrado. Ainda assim, a possibilidade de elaborar um projeto de investigação de raiz, numa área com lacunas de investigação, combinar diferentes tipos de estudo (primário e secundário) e metodologias (quantitativa e qualitativa) e a oportunidade de trabalhar em equipa alargada, legitimaram a dedicação e o envolvimento neste trabalho científico. Este processo permitiu potenciar o desenvolvimento de várias competências de investigação e a experiência em várias tarefas, tais como, submissão do pedido de parecer à comissão de ética, registo do protocolo do estudo secundário, construção de instrumentos de recolha de dados e disseminação de resultados preliminares em simpósio.

Enquadramento

O suicídio, responsável por uma morte a cada 45 segundos, atinge, anualmente, mais de 700 mil pessoas em todo o mundo, constituindo um evento que afeta sobreviventes, comunidades e sociedades (WHO, 2022). Por cada suicídio, ocorrem mais de 25 tentativas, o fator de risco mais importante para o suicídio na população, tornando-o um grave problema de saúde pública (WHO, 2022). Em 2019, o suicídio constituiu a quarta principal causa de morte em jovens entre os 15 e os 29 anos (WHO, 2021b). Apesar das estatísticas preocupantes, têm vindo a ser desenvolvidas estratégias de prevenção, muitas vezes de baixo custo, baseadas em evidências científicas (WHO, 2018), como as linhas telefónicas de ajuda (Doki et al., 2016). Estes serviços surgem intimamente relacionados com a prevenção da suicidalidade (DGS, 2013), constando nas estratégias nacionais de prevenção do suicídio de vários países, tais como Butão, Estados Unidos da América, Guiana, Portugal e Uruguai (DGS, 2013; WHO, 2018).

As linhas telefónicas de ajuda proporcionam suporte emocional imediato, gratuito e confidencial, livre de pressão ou julgamento, a todas as pessoas que se encontram em sofrimento psicológico (DGS, 2013) e que, em última instância, pensam acabar com a vida (Santos & Saraiva, 2001). Este apoio emocional visa identificar e reduzir o risco imediato de suicídio e o isolamento social, através de um diálogo anónimo entre um escutante – voluntário não profissional – e um apelante – indivíduo que recorre a uma linha telefónica de ajuda. A abordagem utilizada nestes serviços baseia-se, principalmente, nos fundamentos da relação de ajuda de Porter (1950) e Rogers (1951), incluindo a escuta ativa, aceitação incondicional e não diretividade, mas também na oferta de informações e sugestões sobre recursos úteis para as problemáticas referidas pelos apelantes (Santos & Saraiva, 2001). Os benefícios destas linhas englobam a disponibilização imediata e o fácil acesso ao serviço e a maior perceção de controlo e *empowerment* por parte dos apelantes (Coman et al., 2001). Outras vantagens incluem o anonimato dos envolvidos, a relação de ajuda assegurada por pares, os baixos custos associados e o aumento do número de pessoas com formação na área da suicidalidade (DGS, 2013).

Os primórdios das linhas telefónicas de ajuda remontam ao início do século XX, nos Estados Unidos da América, com a *National Save-A-Life-League*, uma organização voluntária, formada por Harry Warren com o suporte da Igreja, para prestar apoio emocional em situações de crise. No entanto, apenas com a criação do Centro de

Prevenção do Suicídio de Los Angeles, em 1958, por Shneidman, Farberow e Litman, é que estes serviços se difundiram e tornaram conhecidos no país (Santos & Saraiva, 2001). Na Europa, a expansão das linhas de ajuda deveu-se a Chad Varah, um pastor protestante, que, em Londres, em 1953, fundou os Samaritanos – um centro de ajuda telefónica para pessoas em desespero e em risco de suicídio. A divulgação efetuada nos jornais conduziu a um crescimento exponencial dos apelos, contribuindo para o aparecimento de telefones de ajuda por todo o mundo, sobretudo durante as décadas de 60 e 70 (Santos & Saraiva, 2001). A maioria destes serviços está filiada em organizações internacionais, como os *Befrienders Worldwide*, instituídos em 1974, pelo fundador dos Samaritanos, e a Federação Internacional de Serviços Telefónicos de Emergência, estabelecida em 1967. Estas organizações partilham normas gerais de confidencialidade, anonimato, aceitação da diferença e ausência de julgamento, asseguram e promovem a prevenção do suicídio e fornecem apoio técnico e organizacional às linhas telefónicas de ajuda internacionais. Em conjunto, estas entidades são constituídas por 687 centros ativos, espalhados por cerca de 50 países de todo o mundo (Befrienders Worldwide, n.d.; International Federation of Telephone Emergency Services, n.d.).

Devido à rápida propagação das linhas telefónicas de ajuda e às sucessivas indagações sobre a qualidade destes serviços na intervenção em crise (Stein & Lambert, 1984), surgiram diversas investigações relacionadas com as evidências científicas deste tipo de linhas (Fonseca, 2012). A eficácia destes serviços é difícil de estabelecer (Mishara et al., 2007b), dada a natureza anónima e o apoio pontual fornecido, que não permite um acompanhamento temporal do seu impacto (Coveney et al., 2012). Neste sentido, a maioria dos investigadores acredita não existir consenso relativamente à eficácia destas linhas, destacando efeitos incertos e equívocos no âmbito da prevenção do suicídio (Gould & Kalafat, 2009). Por um lado, alguns estudos (Barraclough et al., 1977; Bridge et al., 1977; Jennings et al., 1978; Lester, 1974), incluindo uma metanálise (Dew et al., 1987), não apontaram resultados significativos a este nível. Por outro, investigações mais recentes revelaram melhorias no estado mental dos apelantes (King et al., 2003) e decréscimos significativos na angústia emocional (Ramchand et al., 2007; Shaw & Chiang, 2019) e suicidalidade, incluindo ideação suicida e risco de suicídio (Gould et al., 2007; King et al., 2003; Shaw & Chiang, 2019) ao longo da chamada. Também se verificaram diminuições na desesperança e dor psicológica nas semanas posteriores às chamadas efetuadas (Gould et al., 2007). Os resultados positivos destes estudos justificam a continuidade do investimento nesta temática da suicidologia.

Estudo 1 – SOS suicídio: Uma scoping review sobre as linhas telefónicas de ajuda

Resumo

Contexto: As linhas telefónicas de ajuda constituem uma estratégia de prevenção do suicídio capaz de reduzir a suicidalidade e melhorar a saúde mental dos apelantes. Apesar do crescimento da investigação em torno deste domínio, existe uma enorme lacuna no mapeamento das evidências disponíveis. *Objetivo*: Sistematizar a investigação existente sobre linhas telefónicas de ajuda focadas na prevenção do suicídio. *Método*: Foi conduzida uma scoping review, seguindo a estrutura de Arksey e O'Malley e as recomendações do PRISMA-ScR. A pesquisa foi realizada através de três bases de dados (*Medline, Embase e PsycINFO*), usando critérios de elegibilidade específicos. *Resultados*: Dos 1195 relatos inicialmente identificados, foram incluídos 57 estudos, identificando-se 4 focos de investigação: evidências científicas acerca da eficácia, modo de funcionamento, apelantes e escutantes. A maioria dos estudos era primário, quantitativo, descritivo e exploratório e usou instrumentos de autorrelato. Entre as evidências científicas acerca da eficácia das linhas, destacaram-se decréscimos em indicadores clínicos, tais como os comportamentos suicidários. Não foram identificados estudos relativos às experiências dos apelantes. *Conclusão*: Esta scoping review identifica quatro lacunas principais, sugerindo estudos futuros acerca dos escutantes, incluindo o impacto psicológico; da eficácia das linhas na prevenção da suicidalidade; do funcionamento das linhas, abrangendo a avaliação e comparação de diferentes práticas de intervenção; e de apelantes, englobando as suas características e experiências. *Palavras-chave*: Linha Telefónica de Ajuda; Apoio Emocional; Prevenção do Suicídio; Scoping Review.

1. Introdução

As linhas telefónicas de ajuda têm constituído, nas últimas décadas, uma estratégia de prevenção do suicídio, que tem sido mencionada em planos de prevenção do suicídio de diferentes países (WHO, 2018). Apesar da eficácia destes serviços ser difícil de determinar (Mishara et al., 2007b), pela controvérsia gerada em torno dos seus efeitos na prevenção do suicídio (Gould & Kalafat, 2009), vários estudos revelaram decréscimos na suicidalidade e

melhorias na saúde mental dos apelantes (Gould et al., 2007; King et al., 2003; Ramchand et al., 2007; Shaw & Chiang, 2019), tornando a importância da investigação à volta desta medida inquestionável. Considerando que a investigação relativa a esta temática se centra na eficácia das linhas de apoio e dos seus escutantes (Fonseca, 2012), torna-se fundamental mapear a extensão do conhecimento científico sobre estes serviços, através de uma scoping review, para obter uma visão ampla e completa deste fenómeno. As scoping reviews constituem um tipo de revisão sistemática que reúne e apresenta informação de diferentes estudos de forma coesa, clarificando métodos e conceitos, identificando lacunas e apontando aspetos relevantes a abordar em estudos futuros sobre um determinado assunto (Anderson et al., 2008; Ehrich et al., 2002).

Até à data, no melhor conhecimento das autoras, estão disponíveis sete revisões sistemáticas sobre linhas telefónicas de ajuda (Hoffberg et al., 2019; Hvidt et al., 2016; Kitchingman et al., 2018a; Mathieu et al., 2021; Middleton et al., 2014; Mishara et al., 2022), incluindo uma metanálise (Dew et al., 1987), não tendo sido publicada nenhuma scoping review sobre a investigação disponível em torno destes serviços. Estas revisões focaram-se em questões muito específicas: o estado de arte de linhas de apoio para crianças e jovens, a eficácia destes serviços na prevenção do suicídio, a caracterização dos apelantes habituais e suas intervenções e o impacto psicológico da atividade nos escutantes. Existe, ainda, uma revisão da literatura sobre a eficácia das linhas de ajuda na prevenção do suicídio (Stein & Lambert, 1984). A inexistência de revisões abrangentes das evidências empíricas disponíveis nesta área contribui, entre outros fatores, para uma menor robustez na fundamentação que apoia as linhas telefónicas de ajuda na prevenção do suicídio. Posto isto, o objetivo deste estudo é sistematizar a investigação existente sobre linhas telefónicas de ajuda focadas na prevenção do suicídio. Esta scoping review pretende identificar as evidências disponíveis na literatura sobre as linhas telefónicas de ajuda focadas na prevenção do suicídio, determinar como se tem realizado a investigação nesta área e reconhecer lacunas no sentido de identificar prioridades de investigação futura.

2. Método

A presente scoping review adotou a estrutura proposta por Arksey e O'Malley (2005), baseando-se nas recomendações do PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018, ver Anexo). Neste seguimento, cumpriram-se as etapas: (1) identificação da questão de investigação;

(2) identificação dos estudos relevantes; (3) seleção dos estudos; (4) mapeamento dos dados; e (5) categorização, resumo e redação dos resultados. O protocolo deste estudo foi registado na plataforma Open Science Framework – OSF (Rothes et al., 2021).

2.1. Termos e definições

Os termos utilizados foram *suicídio, tentativa de suicídio* e *ideação suicida*. O suicídio constitui um ato com resultado fatal, que o falecido, sabendo ou esperando um resultado potencialmente fatal, iniciou e levou a cabo com o objetivo de provocar mudanças desejadas (De Leo et al., 2006). A tentativa de suicídio corresponde a um comportamento potencialmente autolesivo com um resultado não fatal, para o qual existem provas explícitas ou implícitas de que a pessoa pretendia matar-se a si própria, podendo ou não resultar em ferimentos (O'Carroll et al., 1996; Silverman et al., 2007). A ideação suicida é concebida como quaisquer pensamentos de envolvimento em comportamentos relacionados com o suicídio, relatados pela própria pessoa (O'Carroll et al., 1996).

Considerando as inconsistências detetadas na literatura quanto aos conceitos relacionados com as linhas telefónicas de ajuda[1], adotou-se, também, o termo linha telefónica de apoio emocional e prevenção do suicídio. O apoio emocional pode ser entendido como um processo que um comunica cuidados e preocupação pelo outro, oferecendo tranquilidade, empatia, conforto e aceitação (American Psychological Association, n.d.), enquanto a prevenção do suicídio se centra na redução dos fatores de risco e no reforço dos fatores de proteção do suicídio (Centers for Disease Control and Prevention, 2011). Assim, uma linha telefónica de apoio emocional e prevenção do suicídio consiste em um serviço telefónico cujos objetivos incluem a prestação de ajuda a todas as pessoas que apresentam sofrimento emocional e a prevenção da ocorrência de comportamentos suicidas.

2.2. Objetivos e questões de investigação

O objetivo desta scoping review é sistematizar a investigação existente sobre linhas telefónicas de ajuda focadas na prevenção do suicídio. Para este propósito, formularam-se as seguintes questões de investigação: (1) quais têm sido os aspetos investigados dentro da

[1] linha de telefone sos, linha de apoio emocional, linha telefónica de orientação em crise, linha telefónica de apoio em crise pessoal, linha de apoio emocional e prevenção do suicídio, linha de apoio em situação de crise pessoal ou suicídio, linha de apoio psicológico, linha de aconselhamento psicológico, linha de apoio psicológico e emocional, linha de apoio psicológico e intervenção em crise, linha de prevenção do suicídio, serviço telefónico de emergência, linha de saúde mental e bem-estar, linha telefónica de ajuda, linha telefónica de ajuda e serviço de resposta de emergência, e linha de saúde mental.

área?; (2) quais escolhas metodológicas têm sido utilizadas para a obtenção desse conhecimento?; (3) qual a evidência científica da eficácia de atuação das linhas telefónicas na prevenção do suicídio?; (4) o que se sabe sobre as experiências dos escutantes e dos apelantes nestas linhas?; (5) quais as limitações que têm sido apontadas nos estudos existentes?; e (6) quais as lacunas existentes ao nível do conhecimento científico na área?

2.3. Fontes de dados e estratégia de pesquisa

A pesquisa dos estudos foi efetuada em julho de 2021, nas bases de dados *Medline*, *Embase* e *PsycINFO*, sem ter sido definido um intervalo de tempo relativo ao ano de publicação dos mesmos. Os descritores utilizados foram os seguintes: suicide, "suicide attempt", "self harm", "telephone hotlines", "telephone counseling", "suicide hotline volunteer" e helplines. Estes descritores foram aplicados a títulos e resumos, de modo a maximizar a sensibilidade da pesquisa (ver Apêndice A), e resultaram de uma decisão baseada nas (a) palavras-chave encontradas em artigos sobre a temática e (b) nos termos indexados nas bases de dados utilizadas para a pesquisa. Também foi efetuada uma pesquisa nas referências bibliográficas dos estudos incluídos nesta scoping review.

2.4. Critérios de elegibilidade

Com relação aos critérios de inclusão, foram incluídos estudos cujos resultados focaram (1) dados referentes a escutantes e apelantes no que diz respeito a eles próprios, à sua atuação e/ou experiência na linha e (2) dados relativos ao modo de funcionamento e/ou à eficácia da linha na prevenção dos comportamentos suicidários. Não foram definidas restrições quanto à idade e ao sexo dos participantes, tendo sido incluídos estudos com escutantes voluntários e profissionais e apelantes destes serviços. Também não existiram restrições relativamente ao ano de publicação dos estudos.

Quanto aos critérios de exclusão, não foram incluídos estudos nos quais (1) o enfoque principal foram linhas gerais de emergência (*e.g.*, 112, 911, SNS24); (2) o enfoque principal foram linhas de intervenção em crise em que a prevenção do suicídio não foi diretamente mencionada; (3) o enfoque primário foram perturbações mentais ou comportamentais (*e.g.*, depressão, psicose, jogo patológico, entre outros); (4) a linha de apoio emocional e prevenção do suicídio foi apenas um meio de recrutamento para a amostra; (5) não trataram um estudo primário ou secundário, mas um capítulo de livro, carta ao editor, artigo de opinião, comentário, errata, site, relatório, protocolo ou *webinar*;

(6) o idioma não era português, inglês ou espanhol; e (7) o acesso ao texto completo não foi possível.

2.5. Seleção dos estudos

A seleção dos estudos desenrolou-se ao longo de duas etapas: (a) análise de títulos e resumos de todos os estudos recolhidos e (b) análise dos estudos julgados como incluído ou dúvida, com acesso ao texto completo. Em ambas as etapas, foram observadas as adequações dos estudos quanto aos critérios de inclusão e exclusão anteriormente definidos, a partir de registos numa folha de cálculo *Excel* criada para o efeito: id, título, resumo, primeiro autor, referência bibliográfica, ano, país, motivo de exclusão quando aplicável, julgamento e observações (ver Apêndice B). Considerando as inconsistências terminológicas encontradas na literatura, relativamente ao papel de algumas linhas na prevenção do suicídio, todas as linhas telefónicas que levantaram dúvidas quanto aos seus focos de atuação, na segunda etapa de seleção dos estudos, foram pesquisadas em fontes oficiais, a partir do motor de busca *Google*. Para assegurar a confiabilidade dos dados em cada etapa, todo o processo de seleção foi realizado por duas investigadoras às cegas, que compararam o julgamento final para cada estudo. As discordâncias foram discutidas por essas mesmas investigadoras e, nos casos em que não foi possível consenso, o julgamento foi realizado por uma terceira.

2.6. Resumo e síntese dos dados

Após o processo de seleção dos estudos e composição definitiva da amostra desta scoping review, todos os estudos foram sumariados e categorizados por uma investigadora, e revistos por um segunda, numa tabela para o mapeamento dos seus dados gerais, a partir de uma folha de cálculo Excel. Este instrumento foi desenvolvido e aperfeiçoado com base na extração piloto de 10 estudos (ver Apêndice C), incluindo dados relativos aos seguintes aspetos: (a) identificação e informação introdutória (id, título, resumo, primeiro autor, referência bibliográfica, ano e país); (b) informação metodológica (tipo de estudo, objetivo(s) do estudo, participantes, variáveis e instrumentos); (c) principais resultados e conclusões relatadas (intervenção, tipo de intervenção e resultados); (d) limitações; (e) estudos futuros e (f) observações. A extração e categorização dos dados tiveram por base as questões de investigação formuladas e os objetivos dos estudos incluídos. Posteriormente, cada estudo foi categorizado quanto ao seu foco principal de atuação, com base nos objetivos e resultados anteriormente extraídos, tendo sido efetuado um

agrupamento de temas principais previamente estabelecidos e das subcategorias que emergiram da análise dos dados. Os temas principais previamente estabelecidos foram: (a) evidências científicas acerca da eficácia das linhas; (b) modo de funcionamento destes serviços; (c) apelantes; e (d) escutantes. Estas etapas de categorização e agrupamento dos dados em temas também foram realizadas e discutidas por duas investigadoras às cegas.

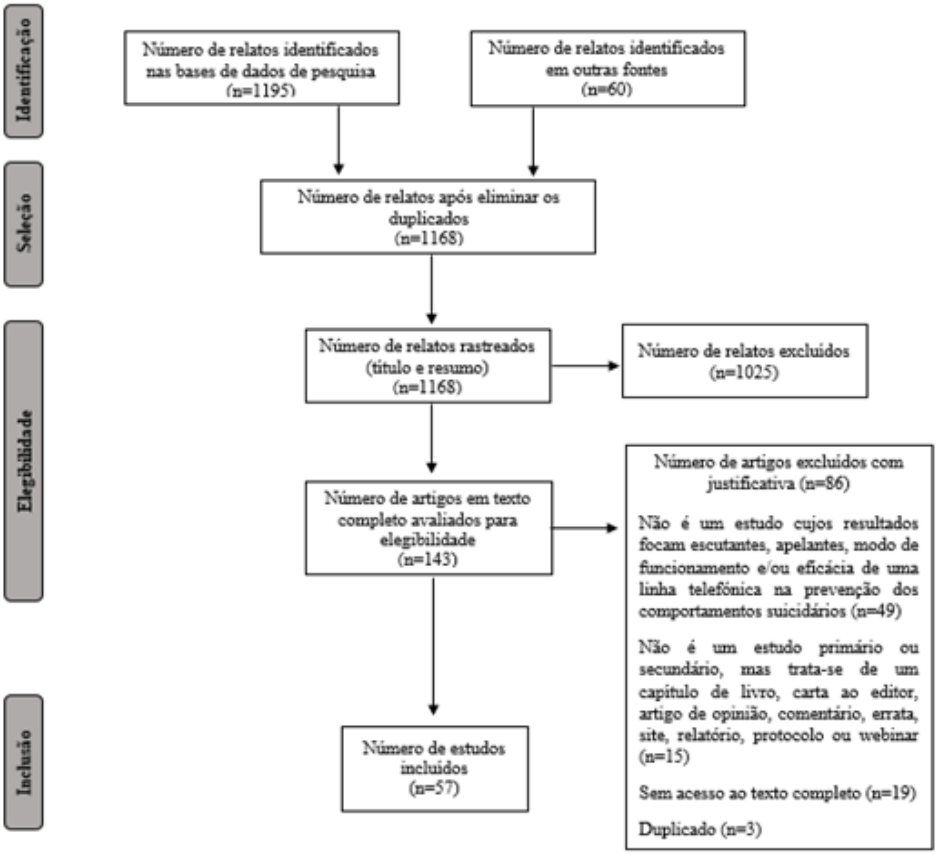
3. Resultados

Os resultados organizaram-se em quatro pontos principais: seleção dos estudos, características gerais e metodológicas dos estudos, síntese dos resultados principais dos estudos incluídos e síntese das limitações e lacunas de investigação.

3.1. Seleção dos estudos

A pesquisa sistemática identificou 1195 relatos nas bases de dados de pesquisa e 60 relatos em outras fontes. O resultado do processo de pesquisa é apresentado na figura 1. Após a remoção dos relatos duplicados e dos relatos que não preenchiam os critérios de inclusão previamente definidos, foram incluídos na presente scoping review 57 estudos.

Figura 1
Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos estudos



3.2. Características gerais e metodológicas dos estudos

Os 57 estudos incluídos foram publicados entre 1970 e 2021, sendo que 60% dos mesmos remontam aos últimos 12 anos. Segundo os locais geográficos onde os estudos foram realizados, ou o primeiro autor nos casos em que não foi possível aceder a esses locais, as investigações realizadas tiveram origem nos seguintes países: Estados Unidos da América (*n* = 17), Austrália (*n* = 10), Reino Unido (*n* = 9), Alemanha (*n* = 3), Canadá (*n* = 3), Japão (*n* = 2), África do Sul (*n* = 1), Bangladesh (*n* = 1), Bélgica (*n* = 1), Dinamarca (*n* = 1), Espanha (*n* = 1), Estados Unidos da América e Canadá (*n* = 1), Grécia (*n* = 1), Irlanda (*n* = 1), Itália (*n* = 1), Lituânia (*n* = 1), Portugal (*n* = 1), Taiwan (*n* = 1) e Vietname (*n* = 1). As características gerais e metodológicas dos estudos estão resumidas no apêndice D. As análises e referências bibliográficas dos respetivos estudos encontram-se no apêndice E.

No que se refere aos *tipos de estudo*, foram identificados 55 estudos primários e 2 estudos secundários, nomeadamente revisões sistemáticas, com abordagens metodológicas variadas – quantitativas (*n* = 40), mistas (*n* = 12) e qualitativas (*n* = 5). Quanto aos *focos de estudo*, os principais temas envolviam (a) as evidências científicas acerca da eficácia das linhas (*n* = 16); (b) o modo de funcionamento das mesmas (*n* = 18); (c) os apelantes (*n* = 29); e (d) os escutantes (*n* = 9). De salientar que alguns dos estudos eram constituídos por mais do que um foco de investigação. Relativamente à *amostra* dos estudos, as investigações foram conduzidas com apelantes (*n* = 22), escutantes (*n* = 16), chamadas (*n* = 14), estudos (*n* = 2), linhas (*n* = 2) e suicídios (*n* = 2), sendo que um dos estudos foi realizado com mais do que um tipo de participantes. No que toca às *variáveis*, as análises foram efetuadas consoante os focos de estudo prévios, conforme consta na tabela 1.

Tabela 1

Síntese das Variáveis dos Estudos Incluídos

Categorias e subcategorias	*Estudos* *n*
Evidências científicas da eficácia das linhas	8
Eficácia das linhas	7
Custo-efetividade das linhas (*e.g.*, impacto económico)	1
Modo de funcionamento das linhas	30
Atividades das linhas (*e.g.*, estratégias organizacionais de gestão emocional)	1
Estilos e tipos de intervenção (*e.g.*, técnicas e modelos, recomendações, planos de ação)	10
Instrumentos de avaliação (*e.g.*, estrutura fatorial, confiabilidade e validade preditiva)	2
Estatísticas (*e.g.*, número, data, hora e duração das chamadas, taxas de suicídio)	14
Avaliação dos serviços prestados (*e.g.*, feedback, satisfação e perceção dos apelantes)	3
Apelantes	36
Tipos de apelantes e suas características	4
Descrição clínica (*e.g.*, sociodemográficas, saúde mental, comportamentos suicidários)	31
Motivos das chamadas	18

Escutantes	12
Características dos escutantes (*e.g.*, estilo de vinculação, estigma face à depressão)	5
Motivações para a prestação do serviço nas linhas	1
Experiências no contexto das linhas	11
Impacto psicológico do serviço (*e.g.*, stress, sofrimento, prejuízo no funcionamento)	3

Nota. O *n* total de estudos das variáveis pode ser superior ao *n* total de estudos desta scoping review. Isto ocorre porque algumas variáveis pertenciam a mais do que um foco de atuação.

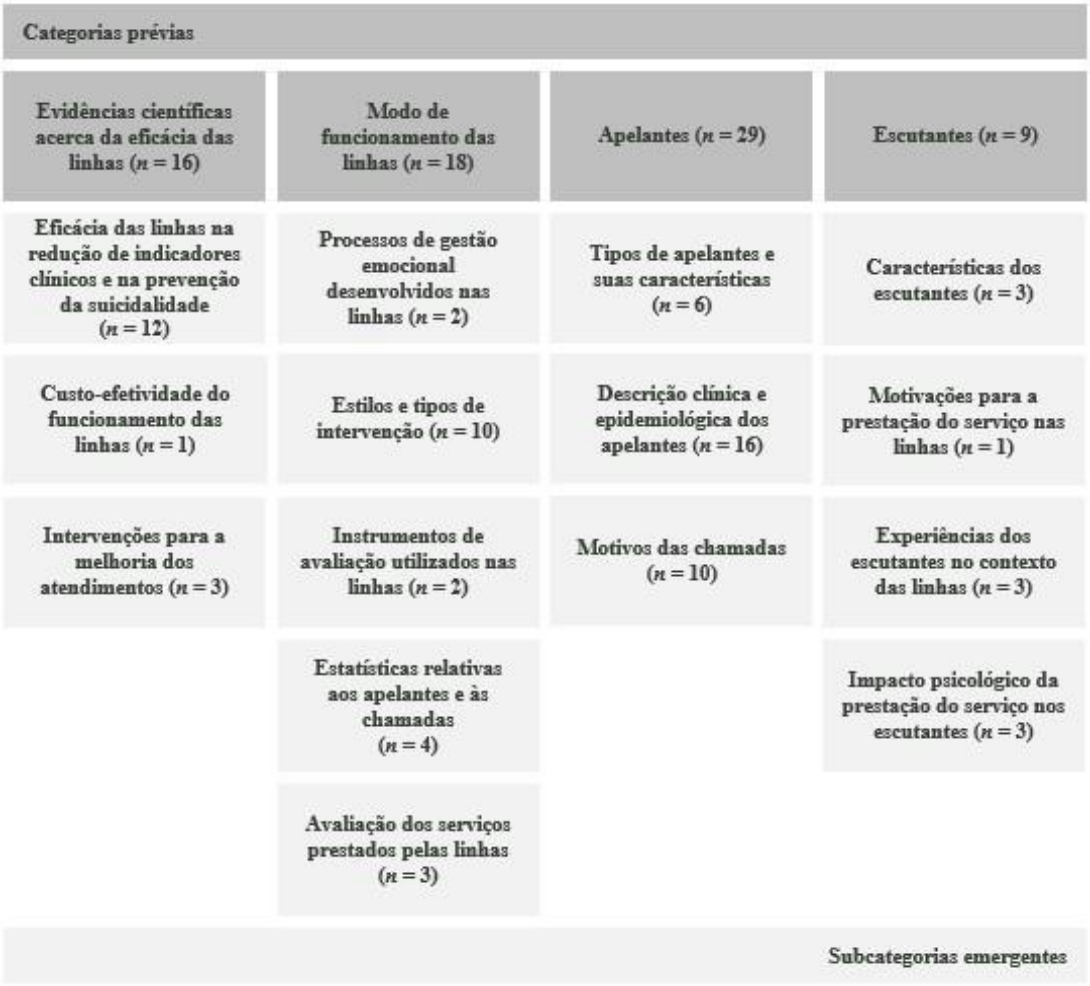
Relativamente aos *instrumentos* utilizados nas investigações, foram aplicadas medidas junto dos apelantes de 21 estudos, incluindo 16 questionários, 8 registos das linhas de apoio (*e.g.*, checklists e fichas, folhas e livros de registo), 3 bases de dados, 1 *software* informático e 1 entrevista semiestruturada, das quais 14 medidas existentes e 15 construídas para o propósito do estudo. Também foram aplicados instrumentos a escutantes de 15 estudos, especificamente foram usados 35 questionários e 2 entrevistas semiestruturadas, dos quais 23 instrumentos existentes e 14 construídos para o propósito do estudo. Para analisar as chamadas que foram efetuadas para as linhas, 14 estudos utilizaram 4 questionários, 5 registos das linhas de apoio (*e.g.*, checklists e fichas, formulários e protocolos de registo e monitorização), 6 bases de dados e 1 software informático, incluindo 11 instrumentos existentes e 5 construídos para o efeito. Foram, ainda, implementados 2 instrumentos existentes para a análise de 2 estudos (*e.g.*, Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Statement) e 4 instrumentos existentes para efetuar o levantamento de suicídios, nomeadamente 3 bases de dados e/ou outros registos (*e.g.*, lista de suicídios do médico-legista, registos dos samaritanos e base de dados de uma linha de apoio) e recortes de jornal. Para três dos estudos incluídos não foram mencionados instrumentos.

Em relação ao *tipo de intervenção* dos estudos, 16 englobaram intervenções relativas às evidências científicas da eficácia das linhas. Dentro destas intervenções, 11 estudos referiam-se a linhas de apoio emocional e prevenção do suicídio, 1 a diferentes estilos de intervenção implementados junto de apelantes suicidas, 1 a tipos de escutantes que prestavam serviços nestes contextos, 2 a programas de treino para escutantes acerca de estratégias de intervenção nos comportamentos suicidários e 1 a uma técnica terapêutica que se destinava à diminuição do número de chamadas dos apelantes habituais.

3.3. Síntese dos resultados principais dos estudos

Os principais resultados dos estudos foram organizados consoante as categorias prévias estabelecidas e as subcategorias que emergiram da análise dos estudos, tal como mencionado na figura 2.

Figura 2
Análise dos resultados principais dos estudos



Nota. O *n* total de estudos das categorias e subcategorias pode ser superior ao *n* total de estudos desta scoping review, visto que alguns estudos pertenciam a mais do que uma categoria e subcategoria.

3.3.1. Evidências científicas acerca da eficácia das linhas

3.3.1.1. Eficácia das linhas na redução de indicadores clínicos e na prevenção da suicidalidade

Diversos estudos demonstraram decréscimos significativos na suicidalidade (King et al., 2003), incluindo a redução dos pensamentos suicidários e dos comportamentos autolesivos dos apelantes (Tyson et al., 2016) e do risco de suicídio no decurso da chamada (Gould et al., 2007; Shaw & Chiang, 2019). Vários estudos apontaram, ainda, diminuições significativas na angústia emocional (Shaw & Chiang, 2019) e nos estados de crise e desesperança durante a chamada (Kalafat et al., 2007) e na desesperança (Gould et al., 2007; Kalafat et al., 2007), na dor psicológica (Gould et al., 2007) e nos estados de crise (Kalafat et al., 2007) nas semanas posteriores ao contacto com a linha. Segundo Ramchand

et al. (2017), a angústia era mais provável de diminuir nos apelantes que contactaram um centro telefónico nacional de prevenção do suicídio, comparativamente com um centro que não estava orientado para a prevenção deste fenómeno. Similarmente, King et al. (2003) revelaram melhorias significativas no estado mental dos apelantes durante a chamada, salientando um impacto positivo imediato na saúde mental. Está, também, incluída uma revisão sistemática (Hvidt et al., 2016) que observou resultados positivos imediatos e intermédios na urgência suicida e nos estados mentais depressivos dos apelantes.

Considerando os estudos de Mishara e Daigle (1997) e Mishara et al. (2016), os estilos de intervenção e os tipos de escutantes também influenciaram o nível de eficácia das linhas na redução de indicadores clínicos e na prevenção da suicidalidade dos apelantes. No primeiro estudo, os autores salientaram que a adoção dos estilos de intervenção Rogeriano e diretivo contribuiu para (a) a diminuição do humor depressivo e urgência suicida no decurso de 14% e 27% das chamadas, respetivamente; (b) o estabelecimento de um contrato com os apelantes em 68% das chamadas; e (c) o cumprimento de 54% desses mesmos contratos por parte dos apelantes (Mishara & Daigle, 1997). Mediante uma comparação entre estes estilos de intervenção, o estilo Rogeriano estava relacionado com descidas significativamente mais acentuadas na depressão e na redução da urgência suicida e no estabelecimento de um contrato nas chamadas com apelantes não habituais (Mishara & Daigle, 1997). Quanto aos estudos de Mishara et al. (2016), os profissionais pagos, quando comparados com voluntários leigos, formados para a atividade de escutante, foram menos úteis e eficazes na intervenção com apelantes suicidas e pessoas em crise.

Apesar disto, as descobertas de um número reduzido de estudos, realizados na década de 70, não são congruentes com os resultados anteriores. Cidades similares com e sem serviços dos samaritanos não diferiram significativamente no estudo de Jennings et al. (1978) e apresentaram diminuições progressivas e na mesma medida das taxas de suicídio no estudo de Barraclough et al. (1977). Barraclough e Shea (1970), embora tenham reconhecido que estes serviços foram capazes de adiar ou prevenir o suicídio, salientaram que as diferentes ramificações dos mesmos podiam diferir na capacidade de retardar a ocorrência deste fenómeno nos apelantes. A revisão sistemática de Hvidt et al. (2016), com 18 publicações, e que salientou resultados positivos a este nível, ressalvou que as limitações e as deficiências metodológicas das investigações efetuadas ainda não permitiam compreender se este tipo de linhas proporcionava uma intervenção em crise eficaz, reduzindo a suicidalidade dos apelantes.

3.3.1.2. Custo-efetividade do funcionamento das linhas

Num estudo efetuado por Pil et al. (2013), uma linha de apoio emocional belga demonstrou-se rentável na prevenção do suicídio, através da oferta dos serviços telefónico e de mensagem instantânea, especialmente no caso de apelantes do sexo masculino que estabeleceram contactos com a linha via telefone. Os serviços telefónico e de chat evitaram cerca de 36% dos suicídios e tentativas de suicídio dos apelantes ao longo de 10 anos. O estudo também mostrou que esta linha produziu enormes benefícios económicos anuais para os serviços de saúde pública belgas.

3.3.1.3. Intervenções para a melhoria dos atendimentos

Os estudos sobre programas de treino para escutantes acerca de estratégias de intervenção nos comportamentos suicidários revelaram-se eficazes no desenvolvimento das competências de intervenção suicida dos escutantes, especialmente nos mais jovens e menos qualificados (Skruibis et al., 2021), na redução de indicadores clínicos dos apelantes, nomeadamente sensações depressivas, suicidas e de sobrecarga, e no aumento da esperança dos apelantes no final das chamadas (Gould et al., 2013). As melhorias nos resultados das chamadas estavam associadas à exploração das razões para viver e ao fornecimento de contactos de apoio informais (Gould et al., 2013), enquanto a melhoria das competências de intervenção suicida dos escutantes adveio dos contributos dos módulos sobre competências gerais de apoio emocional e intervenção suicida (Skruibis et al., 2021). Uma técnica terapêutica que se destinava à diminuição do número de chamadas dos apelantes habituais também se constituiu como uma intervenção útil para a melhoria dos atendimentos. Quantos mais contactos telefónicos semanais a linha estabelecia com este tipo de apelantes, menor o número médio de chamadas semanais por eles efetuadas. Estes resultados mantiveram-se num *follow-up* durante nove semanas (Barmann, 1980).

3.3.2. Modo de funcionamento das linhas

3.3.2.1. Processos de gestão emocional desenvolvidos nas linhas

Tal como descrito por Fonseca (2012), uma linha de apoio portuguesa possuía uma cultura específica que influenciava o decorrer do trabalho emocional e a experiência dos escutantes. Neste sentido, destacaram-se processos de gestão emocional individuais e coletivos: (a) separação identitária e (b) supervisão e reuniões de equipa. Estes processos tinham como objetivo a resolução de potenciais dissonâncias com a cultura emocional da

linha (Fonseca, 2012). O estudo efetuado por Di Napoli e Andreatta (2014) é congruente com os resultados anteriores, uma vez que as supervisões mensais, a formação contínua e a partilha de experiências com colegas constituíram processos que sustentaram as atividades da linha, promovendo a construção de uma organização emocional à volta da mesma.

3.3.2.2. Estilos e tipos de intervenção

Apesar de, no estudo de Gould et al. (2021), os escutantes terem recolhido informações sobre o risco de suicídio dos apelantes, não efetuaram uma avaliação sistemática ou realizaram uma avaliação incompleta deste risco no estudo de Mishara et al. (2007a). Não obstante, a realização de questões sobre o risco de suicídio atual, ideias e tentativas de suicídio passadas variaram consideravelmente entre os diferentes centros de chamadas (Ramchand et al., 2017). Embora o resgaste de emergência nem sempre tenha sido iniciado junto de pessoas que tentaram o suicídio (Mishara et al., 2007a), os serviços de emergência foram contactados em 58.1% das chamadas no estudo de Gould et al. (2021) e com e sem a colaboração dos apelantes em, respetivamente, 76.4% e 24.6% no estudo de Gould et al. (2016). As intervenções não-emergenciais foram implementadas em 68.6% das chamadas do estudo de Gould et al. (2016). Numa investigação realizada com pessoas que contactaram a linha no lugar de indivíduos em risco, os escutantes foram quase sempre capazes de identificar, pelo menos, uma intervenção para ajudar as pessoas em risco de suicídio (Gould et al., 2021). As características destes tipos de apelantes preveniram o envolvimento dos serviços de emergência nas chamadas (Gould et al., 2021). Numa linha focada em veteranos militares, a intervenção em crise foi necessária em 18% das chamadas, devido a ameaças de suicídio ou violência contra outros (Bryant, 1998).

De acordo com Daigle e Mishara (1995), os perfis de intervenção de uma linha de apoio emocional correspondiam aos estilos (a) não diretivo ou Rogeriano e (b) diretivo. Mishara et al. (2007a) apresentaram resultados similares, ao descreverem a ajuda fornecida por uma linha, através dos modelos da escuta ativa e da colaboração na resolução de problemas. Mishara et al. (2007b) descobriram, ainda, relações entre as características e os resultados de intervenção para 1431 chamadas com conteúdo de crise. Neste âmbito, destacaram a empatia, o respeito, o apoio e o bom contacto e a resolução de problemas como estratégias e abordagens significativamente relacionadas com resultados positivos, mas não com a escuta ativa.

Entre as estratégias utilizadas, Di Napoli e Andreatta (2014) realçaram respostas específicas e adequadas às necessidades reveladas pelos apelantes, em particular ouvir, a

estratégia mais eficaz, e fornecer informações sobre serviços de saúde e associações. Tendo em conta Watson et al. (2006), o aconselhamento e o encaminhamento telefónico generalista dos apelantes também constituíram estratégias adotadas. No que se refere aos encaminhamentos, foram providenciados encaminhamentos para menos de metade dos apelantes adultos e jovens adultos e menos de um terço dos apelantes adolescentes, num estudo efetuado por De Anda e Smith (1993). Mishara et al. (2007a) revelaram que a natureza e a qualidade das intervenções variaram de acordo com os critérios pré-determinados dos diferentes centros de chamadas, enquanto Gould et al. (2016) demonstraram que os perfis das chamadas e algumas características dos escutantes podiam estar associadas ao tipo de intervenção implementado. Daigle e Mishara (1995), porém, indicaram que o estilo particular de intervenção estava mais relacionado com as características dos apelantes do que com as dos escutantes.

3.3.2.3. Instrumentos de avaliação utilizados nas linhas

A Escala sobre Estratégias de Intervenção Telefónicas em Crise (Kitchingman et al., 2015) e o Instrumento de Avaliação do Risco de Suicídio (Witte et al., 2010) foram utilizados no contexto das linhas. Relativamente ao primeiro questionário, os autores destacaram uma estrutura fatorial unidimensional e uma consistência interna adequada, suficientemente sensível para detetar as competências prioritárias dos escutantes para os diferentes tipos de problemas manifestados pelos apelantes (Kitchingman et al., 2015). Quanto ao segundo instrumento, Witte et al. (2010) apontaram a existência de uma solução de dois fatores que representavam, respetivamente, uma forma mais perniciosa do risco de suicídio e uma ideação suicida mais leve: (a) Planos Resolvidos e Preparações e (b) Ideação e Desejo Suicida. Com base no estudo de follow-up, observou-se que o primeiro fator predisse mais a ideação suicida do que o segundo.

3.3.2.4. Estatísticas relativas aos apelantes e às chamadas

As estatísticas sobre os apelantes e as chamadas diferiram consoante a linha de apoio emocional em estudo. A linha *Invito alla Vita*, por exemplo, recebeu 4873 chamadas telefónicas entre 2012 e 2013: 1235 no primeiro ano e 3638 no segundo, com uma média de 3.4 e 10 chamadas por dia, respetivamente (Di Napoli & Andreatta, 2014). Embora Ramchand et al. (2017) tivessem revelado que as características e as preocupações dos apelantes eram semelhantes em vários centros de chamadas, Watling et al. (2021) demonstraram mudanças a este nível. Neste estudo, observou-se um aumento substancial

dos contactos via *webchat* dos apelantes da *Kids Helpline* e uma diminuição concomitante dos contactos via telefone e correio eletrónico, entre 2012 e 2018. De igual forma, a duração total do contacto via webchat aumentou. As preocupações levantadas por este tipo de apelantes também sofreram alterações, relacionando-se com o bem-estar emocional, preocupações de saúde mental e relações sociais e familiares. Com a pandemia de COVID-19, a duração das chamadas da linha irlandesa dos samaritanos foi maior no período pós-confinamento, comparativamente com o período pré-pandemia, em particular nos apelantes que, em média, contactaram mais vezes a linha. A duração média das chamadas também aumentou nas primeiras horas da manhã (Turkington, Mulvenna, Bond, Ennis et al., 2020).

3.3.2.5. Avaliação dos serviços prestados pelas linhas

Segundo os estudos desta subcategoria, os apelantes cujo uso regular e contínuo dos serviços eram comuns relataram elevados níveis de satisfação com os serviços oferecidos pelas linhas, especialmente durante as chamadas, percecionando o contacto e a intervenção prestada como útil (Coveney et al., 2012; Meehan & Broom, 2007). Não obstante, quase três quintos dos apelantes de outra linha, que planeavam ou estavam prestes a tentar o suicídio no momento da chamada, referiram problemas com este tipo de serviços, entre os quais inutilidade do apoio prestado, impossibilidade de contacto após o horário de expediente e aos fins de semana e ausência da oferta de intervenções (Fakhoury, 2000).

3.3.3. Apelantes

3.3.3.1. Tipos de apelantes e suas características

Segundo a investigação de O'Neill et al. (2019), os apelantes foram divididos em 5 grupos estáveis, consoante os seus padrões de utilização coletiva: (a) apelantes de elite; (b) apelantes típicos; (c) apelantes padrão; (d) apelantes erráticos imprevisíveis; e (e) apelantes únicos. Os apelantes de elite estabeleceram contacto com a linha milhares de vezes, com chamadas, em média, de 4 minutos. Embora este fosse o grupo com menos apelantes, foi responsável por uma parte substancial do volume total de chamadas recebido pela linha. A maioria dos apelantes típicos contactou a linha 5 ou 6 vezes, com chamadas cuja duração rondaram 3-4 minutos, acumulando 40%-50% dos apelantes. Os apelantes padrão englobaram 12-15% da totalidade dos apelantes, caracterizando-se por chamadas que foram efetuadas centenas de vezes e cuja duração variou entre poucos minutos e meia-hora. Os apelantes erráticos imprevisíveis corresponderam a 3-5% dos apelantes, efetuando

chamadas que variaram consideravelmente entre 3 min e 1 hr. Por fim, 13% dos apelantes foram únicos, estabelecendo contacto apenas 1 ou 2 vezes, entre 30 min e 1 hr.

Dentro dos apelantes habituais, isto é, daqueles que contactaram mais vezes uma determinada linha, destacaram-se pessoas que (1) utilizaram a linha para expressar ansiedades sobre a terapia e críticas ao seu terapeuta atual; (2) procuraram algum tipo de tratamento e utilizaram a linha para as ajudar; e (3) e (4) contactaram a linha apenas para ventilar os seus sentimentos, emoções e delírios (Lester & Brockopp, 1970). De acordo com Spittal et al. (2015), a probabilidade de se tornar um apelante habitual foi maior em homens, transgéneros e indivíduos que nunca foram casados, tendo aumentado com a idade até aos 55-64 anos e diminuído posteriormente. Fatores como a suicidalidade, autolesões, problemas de saúde mental, crime, proteção infantil e violência doméstica também se constituíram como preditores. No estudo de Sawyer e Jameton (1979), 51% dos apelantes habituais foram diagnosticados como dependentes de álcool ou drogas, 3% morreram por suicídio e 37% tentaram previamente o suicídio. Apesar disto, Lester e Brockopp (1970) consideraram que as características gerais deste tipo de apelantes eram muito semelhantes às dos restantes, pelo que a probabilidade de risco de suicídio era a mesma. Quanto aos motivos pelos quais contactaram a linha, Middleton et al. (2016, 2017) apontaram razões similares às dos restantes apelantes, salientando uma maior probabilidade de falarem sobre os seus sentimentos e problemas em curso. Em geral, os apelantes habituais encontraram benefícios a curto-prazo na resposta fornecida pela linha (Middleton et al., 2017).

Com o tempo, os apelantes habituais desenvolveram comportamentos que pareceram estar interrelacionados com os motivos pelos quais contactaram uma dada linha e a resposta fornecida pela mesma: (a) comportamentos reativos; (b) comportamentos de procura de apoio; e (c) comportamentos de dependência das chamadas (Middleton et al., 2016). De acordo com Lester e Brockopp (1970), podem ser adotadas diversas abordagens com este tipo de apelantes, em particular com aqueles que rejeitam conselhos terapêuticos e parecem necessitar apenas de ventilar as suas emoções: (1) desencorajar o estabelecimento do contacto com a linha de apoio; (2) apenas ouvir o apelante; (3) limitar o tempo máximo da chamada do apelante habitual desde o início; e (4) manter uma lista de apelantes habituais, fazendo com que os escutantes formulem um plano para lidar com os mesmos (Lester & Brockopp, 1970). Sawyer e Jameton (1979) descobriram, ainda, que 47% dos apelantes habituais da sua amostra deixaram de estabelecer contacto com a linha após terem sido encaminhados para um tratamento em curso, o que também pode ter constituído uma estratégia para lidar com este tipo de apelantes.

3.3.3.2. Descrição clínica e epidemiológica dos apelantes

De acordo com vários estudos, a maioria das chamadas efetuadas para as linhas de apoio emocional foram de mulheres (Fakhoury, 2000; Ingram et al., 2008; Meehan & Broom, 2007; Shaw & Chiang, 2019) e a faixa-etária dos apelantes variou entre os 10 e os 89 anos (Ingram et al., 2008). Nas chamadas com conteúdo suicida, a faixa-etária mais comum foi 25-34 anos, tendo existindo uma menor probabilidade de contacto de apelantes abaixo dos 25 anos (Fakhoury, 2000). Por oposição, Iqbal et al. (2019) destacaram que cerca de metade dos apelantes foram homens, na sua maioria não suicidas, entre os 20 e os 39 anos de idade. Meehan e Broom (2007) descobriram que os apelantes de uma linha sul-africana se encontravam a estudar ou desempregados, derivando, essencialmente, de áreas urbanas. Num estudo comparativo entre homens e mulheres que efetuaram chamadas com conteúdo suicida, observou-se que os apelantes do sexo masculino eram mais frequentemente solteiros e desempregados, enquanto as apelantes do sexo feminino eram mais regularmente casadas e empregadas e propensas a utilizar o serviço durante o dia (Kontaxakis et al., 1994). Considerando o género, a idade e a distribuição espacial dos apelantes, Shaw e Chiang (2019) identificaram limitações no alcance de uma linha de apoio emocional em Taiwan, salientando que homens, idosos e residentes externos ao norte do país eram menos prováveis de contactar essa mesma linha. Num estudo realizado com terceiros, Gould et al. (2021) descobriram que estas pessoas tinham uma maior probabilidade de telefonarem no lugar de um membro da família ou amigo, serem do sexo feminino e de meia-idade ou mais velhas do que as pessoas em risco pelas quais ligavam. No que se refere a problemas de saúde física e/ou mental, Fakhoury (2000) salientou que 50% das chamadas analisadas no seu estudo estavam relacionadas com apelantes que sofriam de depressão e 31% de psicose.

Quanto aos comportamentos suicidários, vários estudos indicaram que indivíduos seriamente suicidas contactaram este tipo de serviços telefónicos (Gould et al., 2007), incluindo apelantes com ideação suicida, planos de suicídio e prestes a tentar o suicídio no momento da chamada (Fakhoury, 2000). No estudo de Shaw e Chiang (2019), observou-se que os apelantes com uma tentativa de suicídio em curso apresentaram menores níveis de angústia emocional do que aqueles que apenas revelaram pensamentos suicidas. Segundo as estatísticas de inúmeros estudos, cerca de 6% das chamadas efetuadas para este tipo de linhas estavam relacionadas com o suicídio (Doki et al., 2016), a proporção dos apelantes em risco de suicídio variou entre 3% e 57% (Ramchand et al., 2017), as tentativas de suicídio passadas variaram entre 2% (Doki et al., 2016) e 6% (Ohtaki et al., 2017) e a

ideação suicida variou entre 1.87% (Villanueva et al., 2019) e 14% (Ohtaki et al., 2017), tendo tido maior prevalência nas mulheres (Villanueva et al., 2019). Num estudo onde foram observadas diferenças de género face à ideação suicida, as mulheres eram mais velhas do que os homens e apresentavam uma maior prevalência de doença crónica com dor, enquanto os homens manifestavam uma maior prevalência de depressão, abuso de álcool e/ou drogas, desamparo e falta de esperança no futuro (Villanueva et al., 2019). A razão de probabilidade da ideação suicida entre os apelantes com historial de tentativa de suicídio estava situada nos 15.5%, de acordo com Ohtaki et al. (2017), tendo aumentado durante o inverno, embora sem evidências de tendências diárias, e nos apelantes cujos problemas estavam relacionados com o seu modo de vida e com preocupações sobre a saúde (Doki et al., 2016).

Segundo Gould et al. (2016), as chamadas dos apelantes foram divididas em quatro perfis distintos, aquando do processo de avaliação do risco, com base nos níveis de risco iminente de suicídio e compromisso com atos preparatórios e tentativas de suicídio em curso: (a) classe I (alto risco – compromisso moderado a alto); (b) classe II (risco mais baixo – compromisso mais alto); (c) classe III (risco moderado a alto – compromisso mais baixo); e (d) classe IV (risco mais alto – compromisso mais baixo). Adultos e jovens adultos relataram a depressão como principal razão para contemplar o suicídio, enquanto os adolescentes destacaram os problemas interpessoais (De Anda & Smith). Embora os apelantes do estudo anterior tenham reportado ideação suicida, uma percentagem muito baixa alcançou as categorias de alto risco, no que diz respeito à elaboração de um plano de suicídio e à letalidade do método escolhido para efetivar esse ato. No caso dos veteranos militares que ligaram para um serviço especializado, observou-se que o risco de tentativa de suicídio era comum, tendo sido a solidão, o alcoolismo e o desemprego os acontecimentos que mais desencadearam essas tentativas e a overdose e as armas de fogo os métodos mais utilizados para tentar consumar esse ato (Porter et al., 1997). De forma geral, apelantes com dependência de substâncias ou historial de tentativas de suicídio anteriores apresentaram uma probabilidade significativamente maior de morrer por suicídio (Ramsey et al., 2019), tendo sido a intenção de morrer no final da chamada o maior preditor de suicídio subsequente (Gould et al., 2007), enquanto os apelantes que receberam chamadas da linha e utilizaram os serviços durante mais tempo manifestaram uma probabilidade significativamente menor de morrer por suicídio (Ramsey et al., 2019).

3.3.3.3. Motivos das chamadas

Os apelantes contactaram as linhas de apoio emocional por uma vasta gama de razões, tendo sido as mais frequentes: preocupações (Ingram et al., 2008), dificuldades relacionais e familiares (Di Napoli & Andreatta, 2014; Iqbal et al., 2019), incluindo aspetos relacionados com a parentalidade (Ingram et al., 2008), problemas de saúde mental (Coveney et al., 2012; Ingram et al., 2008), como, por exemplo, doença mental e abuso de substâncias (Iqbal et al., 2019), emoções (Iqbal et al., 2019), solidão e sofrimento psicológico (Di Napoli & Andreatta, 2014) e comportamentos suicidários (Coveney et al., 2012; Di Napoli & Andreatta, 2014; Turkington, Mulvenna, Bond, O'Neill, et al., 2020). No caso dos apelantes que apresentaram classificações de risco de suicídio mais elevadas, os motivos das chamadas incluíram perturbações de personalidade, perturbações mentais, delírios e drogas legais (Turkington, Mulvenna, Bond, O'Neill, et al., 2020). Não obstante estes resultados, Watson et al. (2006) descobriram que as pessoas que telefonavam para este tipo de serviços geralmente procuravam apoio social em vez de uma intervenção suicida urgente. No que se refere a linhas de atuação específicas no seio da prevenção do suicídio, os apelantes de um serviço telefónico LGBT, em particular transgéneros, não binários e jovens queer e pansexuais, indicaram terem estabelecido contacto devido à existência de escutantes apoiantes do movimento LGBTQIA+ (Goldbach et al., 2019). Os veteranos que efetuaram chamadas para um serviço de aconselhamento especializado eram mais propensos a relatar conflitos domésticos, abuso de substâncias, memórias traumáticas, depressão e raiva contra o governo (Bryant, 1998).

De acordo com estudos onde foram observadas diferenças de género e idade, as apelantes do sexo feminino relataram mais problemas interpessoais e familiares (Barber et al., 2004), bem como conjugais (Kontaxakis et al., 1994), no caso das chamadas com conteúdo suicida, tendo sido mais frequentemente vítimas de abuso (Barber et al., 2004; Kontaxakis et al., 1994). Os apelantes do sexo masculino apresentaram dificuldades materiais com cerca do dobro da probabilidade (Barber et al., 2004) e mais problemas profissionais, sexuais ou relacionados com toxicodependência quando efetuaram chamadas suicidas (Kontaxakis et al., 1994). Quando menores de 35 anos, os homens revelaram maior probabilidade de se referirem a ruturas relacionais do que as mulheres com a mesma idade (Barber et al., 2004). A depressão, porém, surgiu como um fator comum, quer nos apelos femininos, quer nos apelos masculinos (Kontaxakis et al., 1994). De forma geral, as chamadas relacionadas com a solidão aumentaram com a idade, enquanto aquelas que se associaram à depressão diminuíram com a mesma (Ingram et al., 2008).

3.3.4. Escutantes

3.3.4.1. Características dos escutantes

Dinger et al. (2019) indicaram que o estilo de vinculação ansioso, mas não o evitante, diminuiu significativamente entre os escutantes em formação, sendo que menores níveis do estilo de vinculação evitante predisseram melhores níveis de aliança de trabalho estabelecida com os apelantes e habilidades gerais de intervenção mais favoráveis. Outro estudo com escutantes em formação, destacou valores interpessoais significativamente mais elevados para as escalas Harmonia e Influência Útil do Modelo do Círculo Interpessoal, quando comparados com um grupo de referência não-clínico correspondente (Rek & Dinger, 2016). Estes escutantes organizaram-se, ainda, nos grupos (a) submisso-altruísta, (b) útil-influente e (c) amigável-harmonioso, tendo diferido nos traços de personalidade, nomeadamente extroversão, neuroticismo e agradabilidade, mentalização autorrelatada, estilo de vinculação ansioso e evitante e estilo de aconselhamento esperado no futuro, mas não na satisfação com a vida (Rek & Dinger, 2016). Segundo a investigação de Heinz et al. (2019), os escutantes também apresentaram menos atitudes estigmatizantes em relação à depressão, comparativamente com uma amostra geral da população, e consideraram-se bem ou muito bem informados sobre a depressão e a suicidalidade.

3.3.4.2. Motivações para a prestação do serviço nas linhas

Considerando o estudo de Di Napoli e Andreatta (2014), as motivações dos escutantes voluntários para a prestação do serviço incluíram (a) sentido de utilidade e aplicação prática da mesma, independentemente das diferenças pessoais; (b) supervisões mensais, formação contínua e partilha de experiências com colegas; e (c) sentimentos de gratidão dos apelantes. A supervisão, o sentimento de pertença dos voluntários ao grupo e o sentido de dever constituíram fatores capazes de evitar a interrupção deste voluntariado perante a diminuição de sentimentos de utilidade, aquando da redução do número de chamadas ou frustração experimentada durante o desempenho da atividade de escutante.

3.3.4.3. Experiências dos escutantes no contexto das linhas

As descobertas relativas às experiências dos escutantes no contexto das linhas relacionaram-se com a avaliação e exploração do risco de suicídio e a utilização de competências recomendadas com os apelantes. No primeiro caso, Karver et al. (2010) revelaram que os escutantes eram capazes de determinar o risco suicidário dos apelantes de

forma fiável e precisa, com taxas de concordância nos 80%. A exploração do risco de suicídio foi efetuada com maior confiança quando as atitudes dos escutantes em relação à depressão foram favoráveis e os níveis de informação sobre a suicidalidade foram mais elevados (Heinz et al., 2019). No segundo caso, um estudo desenvolvido por Kitchingman et al. (2015) mostrou que, em média, era provável que os escutantes utilizassem competências recomendadas pela linha com os apelantes, especialmente com aqueles que relatassem sintomas de ideação suicida grave, episódios depressivos major e ansiedade aguda generalizada.

3.3.4.4. Impacto psicológico da prestação do serviço nos escutantes

Os estudos demonstraram um impacto psicológico negativo da prestação deste tipo de serviço nos escutantes. Mishara e Giroux (1993) descobriram que os escutantes voluntários menos experientes apresentavam maiores níveis de stress antes do turno, comparativamente com os escutantes mais experientes. O stress durante as chamadas mais urgentes estava relacionado com o nível de urgência da chamada, a duração total de todas as chamadas recebidas e com os mecanismos de coping do pensamento mágico, desprendimento e sentimento de responsabilidade pessoal, enquanto o stress após o turno estava associado ao tempo total gasto nas chamadas e ao número total de pessoas presentes durante o turno. O stress após o turno também estava negativamente relacionado com o nível de educação e com a existência de expectativas realistas sobre as intervenções. No mesmo estudo, os mecanismos de coping influenciaram os níveis de stress, na medida em que o pensamento mágico estava positivamente correlacionado com o stress e o pensamento positivo estava negativamente correlacionado com o mesmo. Curiosamente, uma elevada proporção dos escutantes voluntários em estudo tentaram previamente o suicídio, experimentaram pensamentos sobre suicídio e conheceram pessoas que tentaram ou morreram por suicídio (Mishara & Giroux, 1993).

Uma revisão sistemática recente, com sete estudos, sugeriu que os escutantes podiam manifestar sintomas de trauma vicariante, stress, burnout e transtornos psiquiátricos durante o desempenho da sua atividade, afetando negativamente a resposta dada aos apelantes que experimentavam elevados sintomas de sofrimento psicológico (Kitchingman et al., 2018b). Um estudo efetuado pelos mesmos autores (Kitchingman et al., 2018a) acrescentou que os escutantes que experienciaram prejuízos nas áreas de funcionamento da vida, decorrentes de sintomas de sofrimento psicológico, eram pouco prováveis de fornecer bom suporte aos apelantes. Assim sendo, os participantes que sofreram maiores níveis de

comprometimento funcional relataram intenções significativamente menores de utilizar as competências recomendadas pela linha junto de apelantes cujos relatos envolviam ideação suicida e sintomas de depressão ou ansiedade, comparativamente com aqueles que manifestaram níveis mais baixos de comprometimento funcional (Kitchingman et al., 2018a).

3.3.5. Síntese das limitações e lacunas de investigação

Os estudos incluídos nesta scoping review apresentaram algumas limitações metodológicas que podem ter condicionado os resultados. Uma vez que a maioria dos estudos foi realizada nos Estados Unidos da América, Austrália e Reino Unido, os resultados previamente sintetizados podem ter espelhado uma realidade singular das linhas telefónicas de ajuda e dos seus intervenientes. Vários estudos também foram constituídos por amostras pequenas, enviesadas e pouco representativas. A carência de estudos experimentais e longitudinais, incluindo o recurso a grupos de controlo e follow-ups, constituiu uma das maiores limitações dos estudos de eficácia. Diversos estudos recorreram, ainda, a instrumentos de autorrelato, suscetíveis a efeitos de desejabilidade social, que não se encontravam validados no momento da sua aplicação. A recolha de informações incompletas sobre as características sociodemográficas e as taxas de suicídio dos apelantes representaram a maior limitação dos estudos, atendendo ao caráter anónimo e confidencial das linhas telefónicas de ajuda.

Considerando os focos de estudo previamente identificados, observaram-se discrepâncias entre o número de estudos dos diferentes focos, tendo sido o foco dos escutantes o menos explorado pela investigação. Os estudos acerca deste domínio, sugeriram que a investigação futura se concentrasse em (a) identificar o impacto do papel das linhas no desempenho dos escutantes e nos resultados das chamadas; (b) explorar os preditores, efeitos psicológicos negativos e consequências da prestação do serviço, a partir de estudos exploratórios e longitudinais; e (c) averiguar os determinantes e o impacto positivo da atividade no bem-estar psicológico dos escutantes. Relativamente aos outros focos de investigação, os estudos sobre as evidências científicas da eficácia das linhas apontaram para a importância de (a) desenvolver meios para determinar a relação entre os efeitos proximais das chamadas a curto-prazo e o impacto das mesmas a longo-prazo na saúde mental dos apelantes, em particular na suicidalidade; (b) explorar a eficácia de diferentes modalidades de atendimento (*e.g.*, telefone, e-mail e webchat); e (c) construir, implementar e avaliar programas centrados na prevenção do suicídio e em estratégias de

intervenção consistentes com as necessidades dos apelantes, a partir da realização de follow-ups.

Em relação ao modo de funcionamento, os estudos recomendaram a realização de investigações que (a) examinem as relações existentes entre processos de recrutamento, formação, avaliação de competências, desenvolvimento pessoal, estratégias individuais para manter o bem-estar dos escutantes, formação de supervisores e estratégias de apoio ao pessoal e ao serviço; (b) efetuem estudos comparativos entre linhas com diferentes modelos de intervenção, práticas de atuação, programas de formação e tipos de supervisão; (c) avaliem as propriedades psicométricas de determinados instrumentos de avaliação psicológica e a sua adequação ao contexto das linhas; (d) comparem as chamadas efetuadas para as linhas entre os períodos pré e pós COVID-19; e (e) identifiquem as barreiras e os facilitadores ao apoio emocional oferecido pelas linhas, consoante diferentes tipos de apelantes. Quanto aos apelantes, o foco que reúne o corpo empírico maior nesta área, os estudos consideraram substancial (a) investigar as trajetórias, necessidades e experiências de diferentes tipos de apelantes; e (b) determinar as razões e as características dos apelantes que estão associadas ao risco de comportamentos suicidários, a partir da realização de estudos longitudinais.

4. Discussão

No melhor conhecimento das autoras, esta é a primeira scoping review a sistematizar a investigação disponível sobre as linhas telefónicas de ajuda focadas na prevenção do suicídio, a partir da identificação das evidências disponíveis na literatura, das metodologias utilizadas e das lacunas de investigação na área. Os principais resultados são sumariados de acordo com as questões de investigação formuladas. Também são discutidas as limitações decorrentes deste processo de investigação e as conclusões mais relevantes deste trabalho científico.

4.1. Sumarização das principais evidências

Começando pelos aspetos que têm sido investigados dentro da área, foram identificados 4 focos principais: evidências científicas acerca da eficácia das linhas, modo de funcionamento, apelantes e escutantes. Em relação às evidências científicas acerca da eficácia das linhas, os estudos concentraram-se na eficácia das linhas na redução de

indicadores clínicos e na prevenção da suicidalidade, no custo-efetividade do funcionamento das mesmas e nas intervenções para a melhoria dos atendimentos. Quanto ao modo de funcionamento, os aspetos estudados incluíram os processos de gestão emocional desenvolvidos nas linhas, os estilos e tipos de intervenção, os instrumentos de avaliação utilizados, as estatísticas relativas aos apelantes e às chamadas e a avaliação dos serviços prestados pelas linhas. A respeito dos apelantes, os estudos focaram-se nos tipos de apelantes e suas características, na descrição clínica e epidemiológica dos mesmos e nos motivos das chamadas. Relativamente aos escutantes, os aspetos investigados abrangeram as características, motivações e experiências no contexto das linhas e o impacto psicológico do exercício da atividade nestes intervenientes.

Em relação às escolhas metodológicas utilizadas para a obtenção deste conhecimento, a maioria dos estudos era primário, quantitativo, descritivo e exploratório. Por um lado, estas metodologias podem ter tornado o fenómeno em estudo redutor e impossibilitado o estabelecimento de relações de causa-efeito, sobretudo no âmbito dos estudos de eficácia. Por outro, a escassez de estudos secundários em torno deste domínio, pode ter dificultado a integração de resultados conflitantes e coincidentes a respeito destas linhas e o reconhecimento de lacunas de investigação que permitam a identificação de prioridades de investigação futura. A maioria dos estudos também utilizou instrumentos de autorrelato, que não se encontravam validados para esta população, o que, em conjunto com a seleção de variáveis socioculturais e o recurso à monitorização dos participantes em diversos estudos, pode ter suscitado efeitos de desejabilidade social e, consequentemente, enviesado os resultados. Torna-se, assim, fundamental desenvolver estudos com instrumentos adaptados e validados para este contexto, que permitam conciliar as modalidades de pesquisa qualitativa e quantitativa.

Quanto às evidências científicas da eficácia das linhas, a generalidade dos estudos revelou decréscimos significativos em diversos indicadores clínicos (*e.g.*, angústia, humor depressivo, desesperança, dor psicológica, estados de crise), incluindo os comportamentos suicidários (*e.g.*, ideação suicida, comportamentos autolesivos, risco de suicídio), quer a curto, quer a longo-prazo. Estas evidências são congruentes com os resultados de uma revisão sistemática (Hoffberg et al., 2019), com 33 estudos de eficácia, em que cerca de metade reportaram resultados imediatos, isto é, durante as chamadas, e os restantes mostraram resultados distais, até quatro anos após o contacto dos apelantes. Apesar destes indicadores, as primeiras investigações acerca da eficácia destas linhas (Barraclough et al., 1977; Bridge et al., 1977; Jennings et al., 1978; Lester, 1974), incluindo uma metanálise

(Dew et al., 1987), não mostraram resultados significativos na diminuição das taxas de suicídio das cidades em que estes serviços se encontravam localizados. Por um lado, esta evolução pode ter-se devido à melhoria dos serviços oferecidos pelas linhas, tais como a aposta em formação e supervisão contínua e especializada dos escutantes, a adoção de práticas de atuação mais eficazes na avaliação do risco de suicídio e na gestão da suicidalidade e a implementação de estilos e tipos de intervenção congruentes com as problemáticas e os desafios proporcionados pelos apelantes. Por outro, as limitações e as deficiências metodológicas dos estudos de eficácia podem ter mascarado eventuais dúvidas quanto ao papel destas linhas na prevenção do suicídio (Hvidt et al., 2016). A ausência de acompanhamento temporal das chamadas, dos efeitos das intervenções oferecidas e das ações dos apelantes após o estabelecimento do contacto (*e.g.*, procura de respostas de intervenção, morte por suicídio) não robustece esta medida de prevenção do suicídio. Torna-se, por isso, essencial apostar nesta linha de investigação.

No que toca às experiências dos intervenientes destas linhas, foram apenas identificados estudos sobre as experiências dos escutantes. Em geral, estas experiências relacionaram-se com a avaliação e exploração do risco de suicídio e a utilização de competências relacionadas com os apelantes. A ausência de estudos sobre as experiências dos apelantes pode ter-se devido à natureza anónima e confidencial do contacto entre apelantes e escutantes. A recolha de informações junto desta população tem-se revelado difícil, mesmo quanto às características sociodemográficas e taxas de suicídio, inviabilizando a elaboração de conclusões consistentes acerca do perfil desta população e da eficácia destes serviços na prevenção da suicidalidade. É, por isso, crucial desenvolver estudos para compreender o perfil e as experiências dos apelantes, especialmente em momentos de suicidalidade aguda (Iqbal et al., 2019), a partir do direcionamento dos mesmos para inquéritos anónimos, no final de cada uma das chamadas (Tyson et al., 2016), via telefone e/ou online, e da elaboração de follow-ups qualitativos (Iqbal et al., 2019), com base em entrevistas telefónicas e/ou respostas qualitativas a inquéritos.

Relativamente às limitações e lacunas de investigação, foram identificadas 4 prioridades de investigação: (1) escutantes, incluindo o impacto psicológico da prestação do serviço; (2) evidências cientificas, nomeadamente a eficácia deste tipo de linhas na prevenção do suicídio e na redução de indicadores clínicos e o desenvolvimento e a avaliação de intervenções para a melhoria dos atendimentos; (3) modo de funcionamento, englobando a avaliação e comparação de estilos e tipos de intervenção a implementar com os apelantes, a adaptação e validação de instrumentos de avaliação utilizados nas linhas, a

análise de estatísticas relativas aos apelantes e às chamadas e a avaliação dos serviços prestados pelas linhas; e (4) apelantes, abarcando as características, a descrição clínica e epidemiológica e a compreensão da experiência dos apelantes, em particular dos suicidas.

4.2. Limitações

O presente estudo apresenta algumas limitações metodológicas. Começando pela terminologia deste tipo de linhas telefónicas de ajuda, é possível observar que a sua denominação varia consoante e entre países, não existindo uma nomenclatura consistente, tal como acontece na definição de conceitos em suicidologia (Rothes, 2014). Dada a dificuldade de compreensão do propósito de várias das linhas de apoio dos estudos rastreados, os seus objetivos, valores e missão foram pesquisados em fontes oficiais para efeitos de elegibilidade. Embora este método tenha sido imprescindível no desempate do julgamento de determinados estudos, assume-se como um critério frágil. Por um lado, a literatura revela que o suporte social emocional está associado a um menor risco de suicídio (Otsuka et al., 2019) e que a perceção do suporte emocional é preditora de decréscimos na desesperança, depressão e comportamentos suicidários (Hovey et al., 2014), pelo que, à partida, qualquer linha de apoio emocional, independentemente da sua designação, pode contribuir positivamente para a saúde mental dos apelantes e, consequentemente, para a prevenção de eventuais atos suicidas. Por outro, diversas linhas, apesar de oferecerem este tipo de suporte, efetuarem a avaliação do risco de suicídio dos seus apelantes e gerirem chamadas com conteúdo suicida, não reconhecem a prevenção do suicídio como um dos seus objetivos. Assim sendo, é provável que nem todos os estudos existentes sobre o tema tenham sido incluídos. No futuro, a investigação nesta área deve utilizar uma terminologia consistente para diferenciar serviços com propósitos potencialmente distintos, tais como linhas de ajuda, linhas de intervenção em crise e linhas de emergência (Watling et al., 2021).

A inclusão de estudos disponíveis apenas em inglês, espanhol e português, a pesquisa de termos apenas em inglês e a ausência de contacto dos autores dos estudos cujo acesso ao texto completo não foi possível também constituem potenciais limitações, na medida em que se podem ter excluído estudos pertinentes e mais diversos do ponto de vista cultural. Para investigações futuras, sugere-se a realização de avaliações críticas sobre a qualidade, validade e/ou credibilidade dos estudos, a partir do desenvolvimento de revisões sistemáticas da literatura sobre esta área científica.

4.3. Conclusões

A presente scoping review sistematizou de forma abrangente a extensão, natureza e alcance da investigação existente sobre linhas telefónicas de ajuda focadas na prevenção do suicídio. Com esta investigação foi possível destacar temáticas investigadas dentro da área, metodologias utilizadas para a obtenção deste conhecimento, evidências científicas da eficácia de atuação destas linhas, dados relativos às experiências dos escutantes e lacunas para pesquisas futuras.

Dos 1195 relatos inicialmente identificados, foram incluídos 57 estudos, identificando-se 4 focos de investigação: evidências científicas acerca da eficácia, modo de funcionamento, apelantes e escutantes. A maioria dos estudos era primário, quantitativo, descritivo e exploratório e usou instrumentos de autorrelato. Entre as evidências científicas acerca da eficácia das linhas, destacaram-se decréscimos em indicadores clínicos, tais como os comportamentos suicidários. Não foram identificados estudos relativos às experiências dos apelantes.

Foram identificadas 4 lacunas principais, sugerindo estudos futuros acerca dos escutantes, incluindo o impacto psicológico; da eficácia das linhas na prevenção da suicidalidade; do funcionamento das linhas, abrangendo a avaliação e comparação de diferentes práticas de intervenção; e de apelantes, englobando as suas características e experiências.

Estudo 2 – A experiência e as práticas de atuação de escutantes de linhas telefónicas de ajuda: Um retrato português

Resumo

Contexto: As linhas telefónicas de ajuda constituem uma estratégia de prevenção do suicídio capaz de reduzir a suicidalidade e melhorar a saúde mental dos apelantes. Apesar da crescente investigação neste domínio, existem lacunas relativas ao funcionamento das linhas de apoio emocional portuguesas e à perspetiva e experiência dos escutantes. *Objetivos*: Descrever e caracterizar a dinâmica de funcionamento das linhas de apoio emocional e a experiência e perspetiva dos escutantes quanto à sua colaboração. *Método*: Foram conduzidas entrevistas semi-diretivas aos coordenadores de linhas de apoio emocional e aplicados questionários a escutantes provenientes dessas linhas. *Resultados*: As linhas de apoio dispõem de protocolos de atuação para chamadas com conteúdo suicida, tendo a quase totalidade dos escutantes se confrontado com esta temática. A avaliação do risco de suicídio não é efetuada de forma sistemática por todos os escutantes. A maioria dos apelantes suicidas atendidos encontrava-se em risco de suicídio, tendo sido utilizadas práticas como a exploração dos detalhes e das razões inerentes à suicidalidade. Os escutantes apresentaram literacia moderada em prevenção do suicídio, que diferiu significativamente em relação à formação específica em prevenção da suicidalidade, mas não consoante as habilitações literárias. Os escutantes apresentaram competência percebida médio-elevada, que diferiu conforme o tipo de escutante (ativo ou ex-escutante), mas não segundo a formação em prevenção da suicidalidade e as habilitações literárias. *Conclusão*: Os resultados sugerem que se aposte na formação contínua e especializada dos escutantes e em práticas de atuação coincidentes com as necessidades dos apelantes. *Palavras-chave*: Linha Telefónica de Ajuda; Prevenção do Suicídio; Práticas de Atuação; Literacia em Prevenção do Suicídio; Competência Percebida.

1. Introdução

Atendendo às estatísticas em torno do suicídio e das suas tentativas (WHO, 2022), as linhas telefónicas de ajuda constituem medidas adequadas de prevenção do suicídio, que

constam nos planos de vários países (WHO, 2018), incluindo Portugal (DGS, 2013). Embora a eficácia destes serviços seja difícil de estabelecer (Mishara et al., 2007b), diversos estudos observaram decréscimos nos comportamentos suicidários e melhorias no estado mental dos apelantes (Gould et al., 2007; King et al., 2003; Ramchand et al., 2007; Shaw & Chiang, 2019), tornando as linhas de apoio emocional recursos relevantes para a saúde mental da comunidade (DGS, 2013).

Historicamente, estes serviços surgiram com a fundação dos Samaritanos, em 1953, tendo-se difundido rapidamente para países e continentes de todo o mundo (Santos & Saraiva, 2001). Em Portugal, a proliferação das linhas telefónicas de ajuda acompanhou as falhas de sistemas tradicionais de suporte da comunidade, tendo-se constituído como entidades de apoio secundário, que acolhem inúmeros apelos de forma imediata (Fonseca, 2012). Após a criação do primeiro centro de ajuda telefónica português – SOS Voz Amiga, em 1978 –, apareceram outras linhas de ajuda, em vários pontos do país, com diferentes modalidades (*e.g.*, telefone, chat, e-mail, face a face) e idiomas de atendimento. Alguns exemplos incluem o SOS Telefone Amigo, a SOS Palavra Amiga, o Telefone da Amizade, a SOS Estudante, a Voz de Apoio, as Vozes Amigas de Esperança e a Conversa Amiga. Este tipo de linhas presta apoio emocional a todos aqueles que se encontram em sofrimento, com o objetivo de reduzir o risco imediato de suicídio e o isolamento social. Este apoio processa-se através de um diálogo anónimo entre um escutante, o voluntário não profissional que assegura os atendimentos, e um apelante, o indivíduo que contacta o serviço (DGS, 2013).

A investigação internacional sobre este domínio encontra-se em crescimento, centrando-se em quatro ramos: (1) *eficácia* das linhas de apoio emocional (*e.g.*, King et al., 2003*;* Pil et al., 2013; Skruibis et al., 2021); (2) modo de *funcionamento* destes serviços (*e.g.*, Coveney et al., 2012; Fonseca, 2012; Gould et al., 2021; Kitchingman et al., 2015; Turkington, Mulvenna, Bond, Ennis, et al., 2020); (3) características dos *apelantes* (*e.g.*, Fakhoury, 2000; O'Neill et al., 2019) e motivos das chamadas (*e.g.*, Ingram et al., 2008); e (4) características (*e.g.*, Rek & Dinger, 2016), motivos (*e.g.*, Di Napoli e Andreatta, 2014), experiências dos *escutantes* (*e.g.*, Karver et al., 2010) e impacto do exercício da atividade nestes intervenientes (*e.g.*, Kitchingman et al., 2018b). Este último foco, acerca das características e experiência dos escutantes, tem sido o menos explorado pela investigação, reunindo poucos estudos no panorama internacional (*e.g.*, Barraclough et al., 1977; Goldbach et al., 2019; Mishara & Giroux, 1993; Watling et al., 2021) e menor número ainda a nível nacional (Fonseca, 2012; Santalha, 2009; Santos & Saraiva, 2001). A escassa

literatura existente sobre os escutantes das linhas de apoio emocional e prevenção do suicídio pode ser organizada em quatro grupos temáticos: (1) características dos escutantes, incluindo estilos de vinculação, características de personalidade, valores interpessoais e estigma (Dinger et al., 2019; Heinz et al., 2019; Rek & Dinger, 2016); (2) motivações para a prestação do serviço (Di Napoli e Andreatta, 2014); (3) experiências dos escutantes, como avaliação e exploração do risco de suicídio (Heinz et al., 2019; Karver et al., 2010; Kitchingman et al., 2015); e (4) impacto psicológico da prestação do serviço nos escutantes, particularmente sintomas de stress, trauma vicariante, burnout e perturbações psiquiátricas, sofrimento psicológico e comprometimento funcional (Kitchingman et al., 2018a; Kitchingman et al., 2018b; Mishara & Giroux, 1993).

Relativamente aos outros focos de investigação existentes sobre as linhas de apoio emocional, a maioria dos estudos sobre eficácia foca-se na redução de indicadores clínicos e na prevenção do suicídio (e.g., Barraclough & Shea, 1970; Hvidt et al., 2016; Shaw & Chiang, 2019). Em relação ao modo de funcionamento destes serviços, a generalidade dos estudos existentes aborda os estilos e os tipos de intervenção implementados junto dos apelantes, em particular os modelos e práticas de atuação (*e.g.*, Daigle & Mishara, 1995; Mishara et al., 2007a; Mishara et al., 2007b; Ramchand et al., 2017). No que se refere à investigação existente sobre os apelantes, cujos estudos reúnem o corpo empírico maior nesta área, os estudos têm-se centrado na descrição clínica e epidemiológica dos participantes, em particular nas características sociodemográficas e nos comportamentos suicidários (*e.g.*, Doki et al., 2016; Gould et al., 2007; Kontaxakis et al., 1994; Meehan & Broom, 2007; Ohtaki et al., 2017; Villanueva et al., 2019).

Em Portugal, até à data, no melhor conhecimento das autoras, está disponível um artigo científico sobre a temática, publicado há 21 anos (Santos & Saraiva, 2001). Os autores efetuaram uma revisão histórica e abordaram princípios, práticas e estratégias específicas das linhas telefónicas de ajuda, com base nas suas experiências profissionais neste contexto (Santos & Saraiva, 2001). O contributo deste estudo foi muito relevante, na medida em que reuniu dados fundamentais para o conhecimento desta medida de prevenção do suicídio, especificamente no cenário português. Ainda assim, não foram descritas as práticas de atuação face a apelantes suicidas, os principais desafios dos escutantes e as dificuldades e ambições das linhas de apoio emocional. A respeito destes serviços, estão, ainda, disponíveis dois trabalhos científicos (Fonseca, 2012; Santalha, 2009). Na sua dissertação de mestrado, Fonseca (2012) realizou um estudo de caso de uma linha telefónica de ajuda, com base numa análise meso-sociológica, obtendo, entre outros

resultados, uma caracterização do contexto semelhante à efetuada por Santos e Saraiva (2001). Santalha (2009), na sua tese de mestrado, teve como objeto de estudo o impacto psicológico da prestação do serviço nos escutantes, concluindo que, sendo uma tarefa exigente pelos conteúdos a que estão expostos, esta é uma experiência que pode acarretar, entre outros efeitos, um impacto psicológico negativo.

Considerando as tendências de investigação sobre as linhas telefónicas de ajuda, é possível salientar a escassez de estudos em torno dos escutantes. Até à data, não existem estudos sobre a experiência e a perspetiva desta população quanto ao exercício da sua atividade que, entre outros aspetos, envolve a exposição a chamadas com conteúdo suicida. Dentro desta experiência, torna-se fundamental aceder aos seus níveis de literacia em prevenção do suicídio, visto que a identificação de défices de conhecimento neste domínio permite o desenvolvimento de campanhas de sensibilização, formações e intervenções (Calear et al., 2021), podendo ser útil para a melhoria de práticas específicas e adequadas às necessidades dos apelantes. Também não estão disponíveis investigações sobre a eficácia das linhas telefónicas de ajuda portuguesas, que possam robustecer esta medida de prevenção. Esta lacuna poderá dever-se à natureza anónima e confidencial inerente ao contacto entre escutantes e apelantes e ao apoio pontual fornecido por este tipo de serviços (Coveney et al., 2012), mas também aos elevados custos associados a determinadas técnicas de avaliação (Apsler & Hoople, 1976). Uma alternativa, segundo Lambert e Stein (1984), consiste na autoavaliação dos escutantes quanto à sua própria eficácia.

Os objetivos do presente estudo foram: (1) descrever e caracterizar a dinâmica de funcionamento das linhas de apoio emocional, os seus principais desafios, dificuldades e ambições, de acordo com a perspetiva e a experiência dos seus coordenadores; e (2) descrever e caracterizar a experiência e a perspetiva dos escutantes quanto à sua colaboração na linha. Em relação à experiência dos escutantes definiram-se os seguintes objetivos específicos: (2.1) descrever a experiência e formação na linha; (2.2) identificar as práticas de atendimento face a comportamentos suicidários; (2.3) identificar o conhecimento em prevenção do suicídio e verificar se existem diferenças de acordo com as habilitações literárias e formação específica dos escutantes; e (2.4) identificar o nível de competência percebida dos escutantes no desempenho da sua atividade e verificar se existem diferenças de acordo com as habilitações, a formação específica e o tipo de escutante (ativo ou ex-escutante).

2. Método

Este é um estudo primário e transversal, que usou metodologia qualitativa e quantitativa, predominantemente descritivo. Na recolha de dados, foram utilizadas entrevistas semi-diretivas realizadas com os coordenadores de linhas de apoio emocional e prevenção do suicídio e questionários aplicados a escutantes destas linhas, em ambos os casos via online.

2.1. Participantes

Os participantes deste estudo foram 6 coordenadores e 31 escutantes de linhas de apoio emocional e prevenção do suicídio. A partir das linhas que constam no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (DGS, 2013), foram recrutados 6 coordenadores destes serviços: 5 eram do sexo masculino e 1 do sexo feminino, 5 eram voluntários e 1 profissional, e tinham idades compreendidas entre os 22 e os 70 anos. O recrutamento destes participantes foi realizado através de uma amostragem não probabilística por conveniência.

Os escutantes das linhas telefónicas de ajuda foram recrutados seguindo os critérios de seleção que incluíam serem escutantes ativos ou ex-escutantes, voluntários ou profissionais, e excluíam os coordenadores, independentemente do seu estatuto perante a linha. O recrutamento destes participantes foi realizado através de uma amostragem não probabilística por conveniência e por bola de neve.

2.2. Instrumentos de recolha de dados

Guião de Entrevista Semi-Diretiva aos Responsáveis das Linhas SOS. Este guião foi construído com base no guião de entrevista exploratória desenvolvido por Fonseca (2012). É constituído por 26 questões (ver Apêndice F), que se organizam nos seguintes grupos: (1) modo de funcionamento das linhas de apoio emocional; (2) formação e suporte fornecido aos escutantes; (3) práticas de atuação destes serviços; e (4) experiência pessoal, reflexões e balanço em relação ao trabalho na linha. Antes de ser implementado, foi realizada uma pilotagem, em julho de 2021, com um coordenador de uma linha telefónica de ajuda, tendo-se efetuado alterações na formulação de algumas questões.

Foi construído um *Protocolo de Recolha de Dados* (ver Apêndice G) para reunir (1) características sociodemográficas e da experiência na linha; (2) competência percebida dos escutantes no desempenho da sua atividade; (3) práticas de atuação em relação aos

apelantes; e (4) conhecimento dos escutantes em relação ao suicídio. Este protocolo foi pilotado, em fevereiro de 2022, com seis participantes, por meio da reflexão falada, tendo-se efetuado alterações nas instruções e em alguns itens. Este protocolo é constituído por:

Questionário Sociodemográfico e da Experiência na Linha. Este questionário é constituído por 18 itens e foi construído para recolher dados pessoais, académicos e profissionais e relativos ao estatuto dos escutantes e à formação obtida para o exercício de funções na linha, de modo a descrever e caracterizar a amostra. Os itens 17 "Em que medida se sente informado/a relativamente à temática da depressão, tendo por base uma escala de 1 a 5, onde 1 significa *pobremente informado/a* e 5 *muito bem informado/a*?" e 18 "Em que medida se sente informado/a relativamente à temática da suicidalidade, tendo por base uma escala de 1 a 5, onde 1 significa *pobremente informado/a* e 5 *muito bem informado/a*?" foram construídos por Heinz et al. (2019), tendo sido devidamente traduzidos para integrar esta investigação.

Escala de Competência Percebida: Escutantes – Linhas SOS (ECP: E–LSOS). Esta escala foi construída com base na adaptação portuguesa da Escala de Competência Percebida: Saúde-Diabetes (ECP: S–D) (Lemos & Garrett, 2006), para avaliar o grau de confiança dos escutantes relativamente ao desempenho da sua atividade numa linha de apoio emocional. Este instrumento é constituído por 8 itens, incluindo a perceção da eficácia própria (itens 1 a 4) e a perceção da eficácia de resultado (itens 5 a 8), variando numa escala de 1 (*afirmação nada verdadeira*) a 5 (*afirmação totalmente verdadeira*). A pontuação total é obtida através da soma das pontuações de cada um dos itens. No estudo de Garrett (2008), a adaptação portuguesa da Escala de Competência Percebida obteve uma consistência interna de .87. Neste estudo, após a exclusão dos itens 3 "Sinto que sou capaz de não falhar na prestação de apoio a um apelante" e 4 "Consigo fazer o que é necessário para assegurar o atendimento de uma chamada de um apelante", a consistência interna é de .81.

Questionário de Práticas de Atuação em Linhas SOS. Este questionário foi desenvolvido para caracterizar as práticas utilizadas com os apelantes que manifestam ideação suicida, através de quatro questões sobre o atendimento de chamadas com conteúdo suicida, a avaliação do risco de suicídio, os comportamentos suicidários mencionados pelos apelantes e a gestão da suicidalidade nas chamadas. Todos os itens, à exceção do primeiro "No exercício das suas funções, alguma vez atendeu uma chamada com conteúdo suicida?", foram construídos por Heinz et al. (2019), tendo sido devidamente traduzidos para integrar esta investigação.

Escala de Conhecimento sobre Suicídio – Forma Reduzida (ECSS-FR). A ECSS-FR, originalmente desenvolvida e validada por Calear et al. (2021) e traduzida e adaptada para a população brasileira pela equipa de Almeida (Almeida et al., 2020), foi utilizada para avaliar o conhecimento dos escutantes relativamente ao fenómeno do suicídio. É constituída por 12 itens, que se organizam numa escala de 3 pontos (*verdadeiro, falso* e *não sei*), tendo por base os quatro domínios sobre o suicídio abordados na literatura: (1) sinais e sintomas (itens 5, 6 e 8); (2) causas ou natureza (itens 1, 7, 10 e 12); (3) fatores de risco (itens 3, 4 e 11); e (4) tratamento e prevenção (itens 2 e 9). Os itens 1, 3, 5, 7, 9, 10 e 12 são falsos, enquanto 2, 4, 6, 8 e 11 são verdadeiros, sendo atribuído o valor de 1 ponto às respostas corretas e 0 às incorretas e *não sei*. A pontuação total é obtida através da soma das pontuações marcadas corretamente, podendo variar entre 0 e 12, pelo que as pontuações mais elevadas sugerem maiores níveis de literacia em relação à prevenção do suicídio. No estudo original, a validação deste instrumento foi realizada a partir da Teoria de Resposta ao Item (Calear et al., 2021). A consistência interna não foi calculada, visto que esta escala é um indicador de diversas facetas do conhecimento sobre a prevenção do suicídio e não assume um construto latente (Han et al., 2018). Para integrar esta investigação, alguns itens sofreram adaptações linguísticas, de modo a aproximarem-se do idioma português de Portugal.

2.3. Procedimentos de recolha de dados

As entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade dos participantes, a partir do envio de um pedido de colaboração para o e-mail das linhas de apoio emocional selecionadas. A recolha de dados realizou-se em julho e setembro de 2021, através da plataforma *Zoom*. Em média, as entrevistas durante 1 hr 39 min (*SD* = 0.4), variando entre 36 min e 2 hr 19 min.

Posteriormente, foi enviado um pedido de divulgação do projeto, também através do e-mail, para os coordenadores das linhas previamente entrevistados, a ser partilhado com os escutantes das respetivas linhas. Também foram estabelecidos contactos com escutantes ativos e ex-escutantes do círculo de contactos da equipa de investigação para participarem e divulgarem o estudo. Esta recolha de dados realizou-se entre março e junho de 2021, a partir da aplicação de um protocolo de recolha de dados, na plataforma Inquéritos@UP.

2.4. Procedimentos de análise de dados

As entrevistas foram analisadas a partir da *Framework Analysis*, um método de análise qualitativa, comumente utilizado na análise de entrevistas semiestruturadas. A principal característica deste método de análise é a criação de uma matriz de dados, com o objetivo de cruzar linhas (participantes) com colunas (categorias) para obter células com dados resumidos, facilmente comparáveis (Ritchie & Spencer, 1994). A codificação das entrevistas baseou-se na construção de uma lista de categorias e subcategorias dedutivas (ver Apêndice H – material suplementar), tendo sido efetuada uma síntese narrativa das entrevistas.

Para análise dos questionários, utilizou-se o *IBM SPSS Statistics* 26. De modo a caracterizar a amostra quanto às diferentes variáveis em estudo, foram efetuadas estatísticas descritivas. Para verificar se existiam diferenças na literacia em prevenção do suicídio e na competência percebida dos escutantes de acordo com as habilitações literárias, existência ou não de formação específica sobre prevenção do suicídio e tipo de estatuto na linha, foram realizados *Testes de Mann-Whitney*.

2.5. Considerações éticas

O presente estudo recebeu parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto – referência 2022/01-11b. O anonimato e a confidencialidade dos dados foram salvaguardados, de acordo com as recomendações éticas para a investigação e a lei de proteção de dados, aprovada a 8 de agosto de 2019 (Lei nº58/2019). Todos os participantes consentiram a sua participação neste projeto de investigação.

3. Resultados

3.1. Descrição das linhas e seu funcionamento: Síntese narrativa

Apesar da pluralidade das linhas de ajuda do país, o modo de funcionamento destes serviços é semelhante. Os *objetivos primordiais* são o apoio emocional e a prevenção do suicídio, bem como a promoção da autonomia e saúde mental da população em geral. De acordo com os dados recolhidos pelos escutantes, a maioria dos *apelantes* são mulheres e a faixa etária mais habitual é a dos 40-65 anos. Os apelos de minorias tipicamente estigmatizadas pela sociedade (*e.g.*, comunidade LGBTQIA+) também são frequentes. Nos

últimos anos, observou-se um crescimento significativo do número de apelantes, sobretudo em 2020, durante os meses de confinamento pandémico, tendo sido atendidas entre 2500 e 10 800 chamadas. Embora não se verifiquem tendências de distribuição no contacto dos apelantes, os coordenadores reconhecem receber um maior volume de *chamadas* durante e após os feriados, férias e épocas festivas. As chamadas com conteúdo suicida tendem a ser diminutas, não ultrapassando os 7%, surgindo com maior frequência nos meses de verão e após a divulgação de suicídios de figuras públicas nos meios de comunicação social. As *principais razões* pelas quais os apelantes contactam estes serviços incluem solidão, dificuldades relacionais (familiares, amorosas e sexuais), problemas de saúde mental (ansiedade, depressão, esquizofrenia, comportamentos suicidários), doenças terminais, lutos, abusos sexuais e dificuldades económicas.

Dada a natureza das linhas telefónicas de ajuda, o atendimento das chamadas é inteiramente assegurado por *voluntários*. Os escutantes são recrutados através de candidaturas espontâneas, bolsas de voluntariado e/ou divulgações nas redes sociais das linhas de apoio. O *processo de recrutamento* tende a girar em torno das seguintes etapas: (1) candidatura; (2) sessão de apresentação da missão, modo de funcionamento, modelos e práticas de atuação da linha de apoio emocional; (3) entrevista de avaliação do perfil do candidato; (4) formação; e, em alguns casos, (5) entrevista de seleção final. A *formação* para o exercício da atividade de escutante é obrigatória, podendo variar entre 12 e 40 horas, sendo da responsabilidade de voluntários mais experientes ou técnicos de saúde mental contratados para o efeito. Na primeira parte da formação, que ocorre, geralmente, em grupo, destacam-se a exposição de conteúdos e troca de experiências sobre aspetos relacionados com a comunicação, escuta ativa e emoções, dados estatísticos e características de diferentes tipos de apelantes, fenómeno do suicídio e outros comportamentos suicidários e atitudes e técnicas de atendimento em situações específicas (*e.g.*, apelantes habituais, chamadas de masturbação, suicídio em curso). Na segunda parte, os candidatos observam os atendimentos de escutantes mais experientes, realizam simulações de chamadas, discutem casos de apelantes e/ou efetuam atendimentos com supervisão. A *supervisão* fornecida durante a formação estende-se ao longo do voluntariado, através de sessões individuais e reuniões periódicas em grupo, coordenadas pela equipa de formação, para restituir o equilíbrio emocional dos escutantes. Nestes encontros, os escutantes são convidados a partilhar sentimentos e desconfortos, discutir chamadas e refletir sobre pontos fortes e fracos do atendimento.

Relativamente aos *modelos e práticas de atuação*, o modelo de atendimento mais utilizado pelas linhas de apoio emocional é o não diretivo baseado na escuta ativa, que se caracteriza pela exploração das problemáticas, avaliação do risco de suicídio e apoio na mobilização de recursos para a tomada autónoma de decisões, servindo-se de técnicas como a empatia, verbalização, reforço da autoestima, questões abertas e reflexivas, troca de cenários e humor. Dependendo dos princípios subjacentes à linha telefónica de ajuda e do conteúdo das chamadas, alguns dos serviços combinam o modelo anterior com o diretivo centrado na resolução de problemas, adotando estratégias como a indução de resposta, sugestão de contactos públicos, específicos e especializados (*e.g.,* linha SNS24 de aconselhamento psicológico) e reencaminhamento de situações complexas para serviços e organizações particulares (*e.g.,* associações, cuidados de saúde, forças de segurança).

Embora não disponham de *protocolos de atuação* rígidos e/ou extensos, para preservar a diversidade, genuinidade e espontaneidade da relação escutante-apelante, cada uma destas linhas partilha guidelines relativas às normas gerais de funcionamento, mensagem de receção aos apelantes no início das chamadas (*e.g.,* "*Nome da Linha*, boa noite, em que posso ajudar?") e práticas de atuação em situações particulares e/ou complexas (*e.g.,* limitar o tempo de chamada dos apelantes habituais). No caso específico das chamadas com conteúdo suicida, é efetuada uma *avaliação do risco*, com base nas categorias (1) pensamento suicida; (2) suicídio sem plano; (3) suicídio com plano; (4) suicídio iminente; e (5) suicídio em curso, a partir da exploração da história de vida e do problema apresentado pelo apelante, identificação de fatores de risco e proteção, questões sobre a ideação suicida atual e recente (*e.g.,* "Está a pensar em suicídio?"), história de tentativas de suicídio anteriores e/ou detalhes relativos a um eventual plano de suicídio. A resposta dos escutantes a esta problemática tem como objetivo primordial o adiamento do suicídio, podendo variar em função do risco de suicídio do apelante e dos princípios subjacentes à linha telefónica de ajuda. Neste sentido, podem destacar-se as seguintes *práticas de atuação*: (1) prolongar a chamada, de modo a criar um espaço de escuta, desabafo e expressão de sentimentos; (2) identificar aspetos que unem o apelante à vida, nomeadamente filhos, família e religião; (3) explorar e mobilizar os recursos pessoais do apelante; (4) estabelecer um compromisso de contacto com o apelante, em data e hora a combinar, em casos de suicídio iminente; (5) contactar as autoridades e os serviços de saúde perante suicídios em curso, caso a pessoa autorize fornecer dados pessoais, telefónicos e de localização; e/ou (6) respeitar a vontade do apelante, mesmo perante

suicídio iminente ou em curso, permanecendo na chamada até que a pessoa desligue ou efetive o suicídio.

Tendo em consideração a natureza das linhas de apoio emocional, é possível identificar diversos *desafios* no atendimento das chamadas. De acordo com os coordenadores destes serviços, as situações mais desafiantes dependem dos limites individuais dos escutantes, sendo as seguintes as mais habituais: (a) contacto com chamadas complexas e problemáticas, com especial destaque para casos de violência doméstica, lutos parentais e suicídios iminentes e em curso; (b) atendimento de chamadas bizarras, nomeadamente longas e silenciosas e com teor sexual; (c) fornecimento de suporte emocional aos apelantes habituais, devido ao cansaço e ao desgaste emocional desencadeado por histórias repetitivas; (d) dificuldade em restringir a função de escutante à escuta, pelas opiniões e julgamentos inconscientes em relação às problemáticas dos apelantes; (e) dificuldade em estabelecer empatia com todos os apelantes; (f) desencadeamento de mudanças no estado mental dos apelantes entre o início e o fim das chamadas; (g) desconhecimento dos efeitos a médio e a longo-prazo do apoio proporcionado aos apelantes atendidos; e (h) gestão de angústias e frustrações perante um suporte emocional meramente pontual.

A par destes desafios, as linhas telefónicas de ajuda também se confrontam com *dificuldades*, como, por exemplo, recrutamento insuficiente de voluntários para cobrir o número de apelos, escassez de apoios económicos e financeiros, falta de visibilidade na comunidade e ausência de feedback dos apelantes relativamente à prestação de serviços. Neste seguimento, as linhas telefónicas de ajuda *ambicionam* obter mais apoios económicos, melhorar as instalações de atendimento, flexibilizar a forma como os escutantes desempenham a sua atividade, apostar em modalidades de atendimento diferentes (*e.g.*, serviço de chat para jovens, com horário mais alargado, e atendimento presencial), desenvolver estratégias de intervenção com apelantes habituais (*e.g.*, elaborar uma lista com os apelantes habituais e designar um escutante para cada um deles para estabelecimento de um contacto telefónico frequente) e implementar projetos de divulgação na comunidade, a partir da criação e gestão de redes sociais, campanhas publicitárias e ações de formação.

3.2. Caracterização dos escutantes, sua experiência e formação

A amostra foi constituída por 31 participantes, 25 do género feminino (80.6%) e 6 do género masculino (19.4%), com idades compreendidas entre os 20 e os 72 anos (*M* =

46.3, *SD* = 14.0). As características sociodemográficas dos escutantes estão descritas na tabela 2.

Tabela 2

Características Sociodemográficas dos Escutantes

Variáveis	Categóricas	
	n	%
Estado civil		
Casado	9	29.0
Solteiro	8	25.8
União de facto	6	19.4
Divorciado	6	19.4
Viúvo	1	3.2
Habilitações literárias		
Licenciatura	16	51.6
Mestrado	9	29.0
Ensino secundário	3	9.7
Doutoramento	2	6.5
3º ciclo	1	3.2
Formação superior		
Com formação superior	27	87.1%
Psicologia	4	14.8
Economia e finanças	3	11.1
Educação	2	7.4
Outros	18	66.7
Sem formação superior	4	12.9
Situação ocupacional		
A trabalhar	20	64.5
Reformado/a	6	19.4
Estudante	2	6.5
Desempregado/a	2	6.5
Não trabalha por opção	1	3.2

Nota. $N = 31$.

Quanto às caraterísticas sobre a experiência e a formação dos escutantes na linha telefónica de ajuda, a maioria dos escutantes era voluntária (64.5%), sendo que 11 não desempenhavam funções no momento da recolha (35.5%). O ano de início da colaboração variou entre 1999 e 2021. Dentro dos escutantes que já não desempenhavam esta atividade, o fim da colaboração ocorreu entre 2004 e 2022. No que se refere aos anos de experiência nesta atividade, os escutantes variaram entre 1 e 16 anos, com uma média de 4 anos (*SD* = 3.8). As horas mensais despendidas nesta atividade variaram entre 4 e 80 horas, com uma média de 16.3 horas (*SD* = 14.5). Relativamente ao processo de seleção para entrar na linha, a quase totalidade dos escutantes foi alvo deste procedimento (96.8%), tendo-o considerado como mediamente exigente (48.4%) e muito exigente (38.7%). A quase totalidade dos escutantes também obteve formação especializada para exercer funções na linha (93.5%), tendo a maioria adquirido formação no âmbito dos comportamentos suicidários (67.7%).

Na tabela 3, estão descritos dados sobre a perceção dos escutantes em relação à utilidade e suficiência da formação em suicidologia e ao nível de conhecimento face à prevenção do suicídio.

Tabela 3

Perceção dos Escutantes em relação à Formação em Suicidologia e ao Conhecimento sobre Prevenção do Suicídio

Variáveis	Categóricas	
	n	%
Perceção da utilidade da formação sobre suicídio		
Muito útil	12	52.2
Útil	8	34.8
Neutro	2	8.7
Nada útil	1	4.4
Perceção da suficiência da formação sobre suicídio		
Suficiente	10	43.5
Muito suficiente	7	30.4
Neutro	5	21.7
Nada suficiente	1	4.4
Autoavaliação do nível de informação de depressão		
Informado/a	17	54.8
Muito bem informado/a	7	22.6
Neutro	7	22.6
Autoavaliação do nível de informação de suicídio		
Informado/a	20	64.5
Muito bem informado/a	5	16.1
Neutro	4	12.9
Pouco informado/a	1	3.2
Pobremente informado/a	1	3.2

Nota. $N = 23$ nas variáveis sobre perceção da formação e $N = 31$ nas variáveis de autoavaliação de informação sobre depressão e suicídio.

3.3. Avaliação do risco e gestão da suicidalidade

A quase totalidade dos escutantes atendeu, pelo menos, 1 chamada com conteúdo suicida (90.3%). Os escutantes revelaram efetuar a avaliação do risco de suicídio em diferentes circunstâncias, conforme descrito na tabela 4.

Tabela 4

Avaliação do Risco de Suicídio

Variáveis	Categóricas	
	n	%
Avaliação do risco de suicídio		
Se se tornar evidente	10	32.3
Se o apelante mencionar	9	29.0
Em todas as chamadas	8	25.8
Se desconfiar	3	9.7
Nunca	1	3.2

Nota. $N = 31$.

Relativamente ao comportamento suicidário mencionado pelos apelantes, na última chamada com conteúdo suicida atendida pelos escutantes, os resultados encontram-se disponíveis na tabela 5.

Tabela 5

Comportamentos Suicidários dos Apelantes

Variáveis	Categóricas	
	n	%
Comportamento suicidário mencionado pelo apelante		
Pensamentos recorrentes sobre suicídio	8	28.6
Desejo de morrer	6	21.4
Plano detalhado de um ato suicida	4	14.3
Comportamento suicida ativo	4	14.3
Pensamentos ocasionais sobre suicídio	3	10.7
Outro	1	3.6
Nenhum	1	3.6
Não sei	1	3.6

Nota. $N = 28$.

Perante o confronto com a gestão da suicidalidade nessa mesma chamada, os escutantes posicionaram-se face à adoção de várias estratégias, tal como consta na tabela 6.

Tabela 6

Gestão da Suicidalidade

Variáveis	Categóricas	
	n	%
Gestão de chamadas com conteúdo suicida		
Não entrar em detalhes		
Não	28	100.0
Perguntar as razões		
Sim	19	67.9
Não	9	32.1
Aconselhar a procurar ajuda imediata		
Sim	7	25.0
Não	21	75.0
Informar acerca de contactos específicos		
Sim	6	21.4
Não	22	78.6
Outro	4	14.3
Ligar para a ambulância ou polícia		
Não	28	100.0
Não sei		
Sim	1	3.6
Não	27	96.4

Nota. $N = 28$ nas restantes variáveis.

3.4. Literacia dos escutantes em prevenção do suicídio

Segundo a Escala de Conhecimento sobre Suicídio (ECSS-FR), os escutantes obtiveram uma média de 7.5 itens corretos (62.1%) num total de 12 ($SD = 2.2$). De acordo com os domínios da literacia representados na escala, os escutantes revelaram, em média, mais dificuldade na resposta a itens sobre fatores de risco (3 itens), com uma taxa de 45.2% de respostas corretas ($SD = 28.7\%$), e mais facilidade na resposta a itens sobre tratamento e prevenção (2 itens), com uma taxa de 98.4% de respostas corretas ($SD = 2.3\%$). A resposta a itens sobre causas ou natureza (4 itens) e sinais e sintomas (3 itens)

obtiveram, em média, taxas de 64.5% (*SD* = 14.6%) e 51.6% (*SD* = 30.8%) de respostas corretas, respetivamente. Os itens mais e menos acertados encontram-se na tabela 7.

Tabela 7

Conhecimento sobre Suicídio (ECSS-FR)

Variáveis	Respostas corretas		Respostas incorretas	
	n	%	*n*	%
Item 2. Ser acompanhado por um psiquiatra ou psicólogo pode ajudar a prevenir que alguém morra por suicídio.	31	100.0%	0	0%
Item 9. As pessoas que têm pensamentos sobre suicídio não devem falar disso aos outros.	30	96.8%	1	3.2%
Item 7. Falar sobre suicídio aumenta sempre o risco de suicídio.	25	80.6%	6	19.4%
Item 3. A maioria das pessoas que morrem por suicídio possuem esquizofrenia.	24	77.4%	7	22.6%
Item 5. Pessoas que conversam sobre suicídio raramente se matam.	22	71.0%	9	29.0%
Item 1. Se avaliadas por um psiquiatra, todas as pessoas que morrem por suicídio seriam diagnosticadas como deprimidas.	21	67.7%	10	32.3%
Item 8. Nem todas as pessoas que tentam suicídio planeiam previamente as suas tentativas.	21	67.7%	10	32.3%
Item 10. Pouquíssimas pessoas têm pensamentos suicidas.	20	64.5%	11	35.5%
Item 12. Alguém que já tentou suicídio será sempre propenso a morrer por suicídio e terá sempre pensamentos suicidas.	14	45.2%	17	54.8%
Item 11. Os homens são mais propensos a morrer por suicídio do que as mulheres.	11	35.5%	20	64.5%
Item 4. Existe uma forte relação entre alcoolismo e suicídio.	7	22.6%	24	77.4%
Item 6. Pessoas que querem tentar suicídio podem mudar de ideia rapidamente.	5	16.1%	26	83.9%

Nota. N = 31. O número de respostas corretas dos escutantes variou entre 3 e 11 itens.

Relativamente a fatores relacionados com a literacia em prevenção do suicídio, verificaram-se diferenças significativas entre os escutantes com e sem formação na área da suicidalidade. Não se verificaram diferenças na literacia em prevenção do suicídio entre os escutantes com e sem formação superior. Estes resultados estão descritos na tabela 8.

Tabela 8

Diferenças na Literacia em Prevenção do Suicídio consoante as Habilitações Académicas e a Formação em Suicidalidade

Variáveis	Literacia em prevenção do suicídio		*U*	*z*	*p*	*r*
	n	*Mdn*				
Habilitações literárias			46.00	-0.48	.633	.09
Com formação superior	27	8.0				
Sem formação superior	4	8.0				
Formação em suicídio			50.50	-2.33	.020	.42
Sim	21	8.0				
Não	10	6.0				

Nota. N = 31.

3.5. Competência percebida dos escutantes na prestação do serviço

De acordo com a Escala de Competência Percebida: Escutantes – Linhas SOS, os escutantes obtiveram uma média de 3.6 (*SD* = 0.4). Verificou-se que os escutantes

voluntários ativos apresentaram níveis significativamente mais elevados de competência percebida do que os ex-escutantes. Quanto às variáveis socioprofissionais – formação específica em prevenção do suicídio e habilitações literárias – não foram encontradas diferenças significativas entre grupos. Estes resultados estão descritos na tabela 9.

Tabela 9

Diferenças na Competência Percebida dos Escutantes consoante as Habilitações Académicas, a Formação em Suicídio e o Estatuto na Linha SOS

Variáveis	Competência percebida		*U*	*z*	*p*	*r*
	n	*Mdn*				
Habilitações literárias			33.00	-1.17	.241	.21
Com formação superior	26	3.7				
Sem formação superior	4	3.8				
Formação em suicídio			89.50	-0.47	.640	.09
Sim	20	3.6				
Não	10	3.7				
Estatuto na linha SOS			50.50	-2.20	.028	.40
Escutante voluntário ativo	20	3.7				
Ex-escutante	10	3.3				

Nota. $N = 30$.

4. Discussão

No melhor conhecimento das autoras, este é o primeiro estudo sobre a experiência e a perspetiva dos escutantes quanto ao exercício da sua atividade, que inclui a identificação das práticas de atuação face a apelantes suicidas, dos principais desafios enfrentados pelos escutantes, do seu nível de literacia em prevenção do suicídio e da avaliação da competência percebida quanto à prestação do serviço nas linhas de apoio emocional e prevenção do suicídio. Os principais resultados são discutidos à luz da literatura científica.

Começando pela descrição das linhas telefónicas de ajuda, é possível salientar que os princípios, padrões e dinâmicas de funcionamento destes serviços são semelhantes, mantendo-se, maioritariamente, inalterados nos últimos 21 anos (Santos & Saraiva, 2001). Contrariamente ao que referiram Mishara et al. (2007a), as linhas telefónicas de ajuda dispõem de protocolos de atuação que orientam a interação dos escutantes com apelantes complexos e particulares, como os suicidas. No presente estudo, à semelhança de uma amostra de escutantes alemães (Heinz et al., 2019), a quase totalidade dos escutantes é confrontada com a temática da suicidalidade no decurso dos seus atendimentos e a maioria considera-se bem e muito bem informada em relação à prevenção do suicídio. Congruentemente com descobertas empíricas anteriores (Gould et al., 2016, 2021), os

escutantes recolhem informações sobre o risco de suicídio dos apelantes, com base num sistema de categorias, dividindo-os em diferentes perfis de risco. No presente estudo, esta avaliação é realizada em todas as chamadas por aproximadamente um terço dos escutantes. Mishara et al. (2007a), num estudo realizado com centros de prevenção do suicídio norte-americanos, destacam a ausência da avaliação do risco de suicídio em metade das chamadas atendidas e a avaliação incompleta desse risco quando informações a este respeito eram espontaneamente reveladas pelos apelantes.

Neste estudo realizado em contexto nacional, a maioria dos apelantes mencionou pensamentos recorrentes sobre suicídio, desejo de morrer e plano detalhado de um ato suicida, revelando, assim, risco de suicídio. Estes resultados são congruentes com as descobertas de inúmeros estudos, que indicam que indivíduos com risco grave de suicídio contactam este tipo de serviços (Doki et al., 2016; Fakhoury, 2000; Gould et al., 2007; Ohtaki et al., 2017; Ramchand et al., 2017; Shaw e Chiang, 2019; Villanueva et al., 2019). Relativamente às *práticas de atuação*, o presente estudo mostra que a resposta dos escutantes varia em função do perfil de risco do apelante. As práticas de atuação que foram reportadas como mais utilizadas incluem explorar os detalhes e as razões inerentes à suicidalidade experimentada pelos apelantes. Em nenhuma circunstância, a polícia ou os bombeiros foram contactados, mesmo perante casos de comportamento suicidário ativo. A ausência deste contacto pode dever-se à exibição de um comportamento suicidário que foi avaliado como não constituindo perigo iminente de suicídio ou ao estrito cumprimento dos princípios do anonimato e da confidencialidade que norteiam as linhas telefónicas de ajuda. Para clarificar este dado teria sido interessante compreender quais comportamentos suicidários ativos foram exibidos pelos apelantes.

No que se refere aos principais *desafios* enfrentados pelos escutantes, a maioria das situações mencionadas pelos coordenadores são similares às descritas por Santalha (2009), num estudo cujos escutantes identificaram, entre outros aspetos, os pontos menos positivos do exercício da sua atividade. Relativamente às dificuldades mais reportadas pelos coordenadores, destacam-se a escassez de recursos materiais e humanos, conforme mencionado no estudo de Santalha (2009). De acordo com Hector e Aguirre (2009), o recrutamento e a manutenção deste tipo de voluntários são bastante difíceis, devido ao tempo de voluntariado, que é habitualmente maior comparativamente com outros locais, e à sobrecarga emocional inerente ao desempenho desta função. A falta de apoios económicos também constitui uma dificuldade destes serviços, podendo dever-se à falta de visibilidade dos mesmos na comunidade, outro obstáculo referido pelos coordenadores, e

ao défice global de investimentos no setor da saúde mental (WHO, 2021a). As melhorias ambicionadas pelas linhas pretendem ultrapassar as suas principais lacunas e responder às necessidades evidenciadas pelos apelantes. A divulgação de resultados de investigação na área também pode contribuir para a visibilidade e apoio a esta estratégia de prevenção.

Em relação à *literacia em prevenção do suicídio*, ou seja, ao conhecimento relativo à prevenção da ideação suicidária e aos comportamentos suicidários (Calear et al., 2021), os escutantes apresentam um nível moderado de instrução. Este nível de literacia é semelhante ao de comunidades australianas (Batterham et al., 2013; Calear et al., 2014; Cruwys et al., 2018), incluindo uma comunidade rural (Perceval et al., 2020). Contrariamente a algumas descobertas empíricas, a literacia em prevenção do suicídio não difere consoante as habilitações literárias (Batterham et al., 2013; Dueweke & Bridges, 2017; Ferlatte et al., 2020). O estudo de Money e Batterham (2019) também não encontrou associações entre estas variáveis. Uma explicação alternativa para esta ausência de diferenças prende-se com questões metodológicas, uma vez que as amostras dos grupos sujeitos a comparações se encontravam desequilibradas. Não obstante este resultado, a literacia em prevenção do suicídio foi maior entre os escutantes que tinham formação em suicidologia, comparativamente com os escutantes que não tinham esta formação. Apesar da inexistência de estudos sobre o conhecimento desta população em relação ao suicídio, as descobertas são congruentes com alguns dos estudos de intervenção efetuados com a comunidade geral e universitária (Dueweke & Bridges, 2017; Perceval et al., 2020), incluindo com grupo de controlo (Han et al., 2018): a literacia em prevenção do suicídio é maior após a implementação de intervenções psicoeducativas sobre a prevenção do suicídio. A formação em suicidologia e prevenção do suicídio é crucial para o desenvolvimento da atividade de escutante, sendo eficaz no desenvolvimento de competências de intervenção com apelantes suicidas (Skruibis et al., 2021). Embora, neste estudo, um número considerável de escutantes percecione a formação sobre esta temática suficiente e muito útil, o desenvolvimento de formação específica e contínua a este nível torna-se indispensável. Segundo Han et al. (2018), a disponibilização de apoio profissional, desde que adequado e atempado, pode reduzir a eventual suicidalidade.

Relativamente à *competência percebida*, os escutantes apresentam um nível médio-elevado de confiança quanto ao desempenho das suas funções na linha. Estes resultados são congruentes com as descobertas de Apsler e Hoople (1976), num estudo cujos escutantes autoavaliaram a sua eficácia relativamente ao apoio prestado a cada um dos apelantes que atenderam. Patel et al. (2016), num estudo realizado com estudantes de

medicina, salientam resultados similares, a respeito da perceção de conforto e confiança na avaliação e encaminhamento de utentes suicidas. Tais comparações devem, no entanto, ser interpretadas com cautela, uma vez que as amostras possuem especificidades diferentes, a autoavaliação da eficácia é muito particularizada e o conforto e a confiança percebidas não equivalem a medidas objetivas de competência. Apesar da autoavaliação da eficácia variar consoante as características dos apelantes, nomeadamente sexo e idade, e a emocionalidade exibida durante as chamadas (Apsler & Hoople, 1976), neste estudo, a perceção de competência dos escutantes não difere consoante as suas próprias características, particularmente as habilitações literárias e a formação em suicidologia. Estas descobertas contrariam a tendência de que os escutantes que melhor se autoavaliam quanto à sua eficácia se encontram mais preparados, do ponto de vista do conhecimento e da formação, para o exercício das suas funções (Apsler & Hoople, 1976). Considerando que a perceção de conforto e confiança parecem aumentar com a exposição pessoal ao suicídio e o contacto com utentes com problemas psiquiátricos (Patel et al., 2016), a experiência dos escutantes com apelantes suicidas pode ser mais determinante para a perceção de competência do que a instrução e a formação. Não obstante estes resultados, a competência percebida é maior entre os escutantes voluntários ativos, comparativamente com os ex-escutantes. Losier e Vallerand (1994) explicitam que a competência percebida determina a motivação, sendo que, com o tempo, a motivação pode influenciar as perceções de competência. Assumindo que os escutantes ativos apresentam maior envolvimento e, quiçá, motivação para a prestação do serviço, pelo contacto próximo e frequente com os apelantes, estas descobertas parecem legítimas e apropriadas. Ainda assim, são necessários estudos sobre o estabelecimento de eventuais relações entre a competência percebida e a motivação para o desempenho destas funções.

4.1. Limitações, estudos futuros e implicações

O presente estudo apresenta algumas limitações metodológicas. Em primeiro lugar, a representatividade não pode ser garantida através dos processos de amostragem utilizados. Em segundo, a utilização de instrumentos de autorrelato não validados para a população portuguesa e suscetíveis a efeitos de desejabilidade social podem acarretar algum enviesamento dos resultados. Os efeitos de teto obtidos no item 2 da ECSS-FR e a baixa consistência interna dos itens 3 e 4 da ECP: E–LSOS também podem ter condicionado as descobertas. Em terceiro lugar, embora o estudo tenha sido divulgado junto da maioria das linhas telefónicas de ajuda focadas na prevenção do suicídio, apenas

algumas colaboraram na totalidade do estudo, não permitindo a generalização dos resultados.

A investigação futura deverá efetuar estudos sobre linhas com diferentes modelos e práticas de atuação face à suicidalidade, comparando serviços filiados em diferentes organizações internacionais, tais como os Befrienders Worldwide e a Federação Internacional de Serviços Telefónicos de Emergência. Os estudos futuros também deverão investigar outros fatores que influenciam a literacia em prevenção do suicídio e a competência percebida, nomeadamente a motivação e a experiência, a partir de escalas mais sensíveis e consistentes do ponto de vista das características psicométricas. Apesar de a autoavaliação da eficácia dos escutantes não constituir um indicador necessariamente válido da eficácia das linhas telefónicas de ajuda (Apsler & Hoople, 1976), aconselha-se, ainda, o desenvolvimento de estudos que permitam compreender se maiores níveis de confiança dos escutantes quanto ao desempenho das suas funções estão associados a resultados positivos da prestação de apoio aos apelantes.

Com esta investigação foi possível aprofundar o conhecimento das linhas telefónicas de apoio emocional portuguesas, sobretudo em relação à avaliação e gestão da suicidalidade, e conhecer a experiência dos escutantes na prestação do serviço. Com os resultados deste estudo, espera-se contribuir para o aumento da visibilidade destes serviços na investigação científica e para o reforço da importância desta medida de prevenção do suicídio na comunidade. Espera-se, também, através da divulgação desta investigação, poder promover e dar continuidade a mais investigação nesta área, que suporte a adoção de políticas públicas e investimento financeiro neste setor social. Os resultados deste estudo sugerem, ainda, que se aposte na formação contínua e especializada, incluindo na identificação de fatores de risco do suicídio, no desenvolvimento de práticas de atuação congruentes com as necessidades reveladas pelos apelantes e na otimização dos recursos e das condições dos diferentes serviços para aumentar a competência percebida dos escutantes e a eficácia das linhas no alívio do estado mental dos apelantes.

Referências bibliográficas

Almeida, T., Campos, J., Cunha, A., & Saldanha-Silva, R. (2020). Tradução e adaptação da Stigma of Suicide Scale – Short Form e da Literacy of Suicide Scale – Short Form: Evidências preliminares. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas, 4*(2), 36-43. http://revista.fcmmg.br/ojs/index.php/ricm/article/download/431/102

American Psychological Association. (n.d.). Emotional support. In *APA dictionary of psychology*. Retrieved December 1, 2021, from https://dictionary.apa.org/emotional-support

Anderson, S., Allen, P., Peckham, S., & Goodwin, N. (2008). Asking the right questions: Scoping studies in the commissioning of research on the organisation and delivery of health services. *Health Research Policy and Systems, 6*(7). https://doi.org/10.1186/1478-4505-6-7

Apsler, R., & Hoople H. (1976). Evaluation of crisis intervention services with anonymous clients. *American Journal of Community Psychology, 4*(3), 293-302. https://doi.org/10.1007/BF00903196

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology, 8*(1), 19-32. https://doi.org/10.1080/1364557032000119616

Barber, J. G., Blackman, E. K., Talbot, C., & Saebel, J. (2004). The themes expressed in suicide calls to a telephone help line. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services, 3*9(2), 121–125. https://doi.org/10.1007/s00127-004-0718-8

Barmann, B. (1980). Therapeutic management of chronic callers to a suicide prevention center. *Journal of Community Psychology, 8*(1), 45–48. https://doi.org/10.1002/1520-6629(198001)8:1<45::AID-JCOP2290080108>3.0.CO;2-8

Barraclough, B. M., Jennings, C., & Moss, J. R. (1977). Suicide prevention by the Samaritans: A controlled study of effectiveness. *The Lancet, 2*(8031), 237–239. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(77)92847-1

Barraclough, B., & Shea, M. (1970). Suicide and Samaritan clients. *The Lancet, 2*, 868-870. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(70)92035-0

Batterham, P.J., Calear, A. L., & Christensen, H. (2013). Correlates of suicide stigma and suicide literacy in the community. Suicide and Life-Threatening Behavior, 43(4), 406-417. https://doi.org/10.1111/sltb.12026

Befrienders Worldwide. (n.d.). *What we do*. Retrieved August 26, 2022, from https://www.befrienders.org/what-we-do

Bridge, T. P., Potkin, S. G., Zung, W. W., & Soldo, B. J. (1977). Suicide prevention centers: Ecological study of effectiveness. *Journal of Nervous and Mental Disease, 164*(1), 18–24. https://doi.org/10.1097/00005053-197701000-00004

Bryant, R. (1998). An analysis of calls to a Vietnam veterans' telephone counselling service. *Journal of Traumatic Stress, 11*(3), 589-596. https://doi.org/10.1023/A:1024417031977

Calear, A. L., Batterham, P. J., & Christensen, H. (2014). Predictors of help-seeking for suicidal ideation in the community: Risks and opportunities for public suicide prevention campaigns. Psychiatry Research, 219(3), 525–530. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.06.027

Calear, A. L., Batterham, P. J., Trias, A., & Christensen, H. (2021). The Literacy of Suicide Scale: Development, validation, and application. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. Advance online publication. http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000798

Centers for Disease Control and Prevention. (2021, August 30). *Facts about suicide*. Retrieved December 1, 2021, from https://www.cdc.gov/suicide/facts/index.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fviolenceprevention%2Fsuicide%2Ffastfact.html

Coman, G. J., Burrows, G. D., & Evans, B. J. (2001). Telephone counselling in Australia: Applications and considerations for use. *British Journal of Guidance & Counselling, 29*(2), 247-258. https://doi.org/10.1080/03069880124904

Coveney, C., Pollock, K., Amstrong, S., & Moore, J. (2012). Callers' experiences of contacting a National Suicide Prevention Helpline. *Crisis, 33*(6), 312-324. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000151

Cruwys, T., An, S., Chang, M. X. L., & Lee, H. (2018). Suicide literacy predicts the provision of more appropriate support to people experiencing psychological

distress. Psychiatry Research, 264*(1)*, 96–103. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.039

Daigle, M., & Mishara, B. (1995). Intervention styles with suicidal callers at two suicide prevention centres. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 25*(2), 261–275. https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1995.tb00925.x

De Anda, D., & Smith, M. A. (1993). Differences among adolescent, young adult, and adult callers of suicide help lines. *Social Work, 38*(4), 421–428. https://doi.org/10.1093/sw/38.4.421

De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J. M., Kerkhof, A. J. F. M., & Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of suicidal behavior: Lessons learned from the WHO/EURO multicentre study. *Crisis, 27*(1), 4-15. https://doi.org/ 10.1027/0227-5910.27.1.4

Dew, M. A., Bromet, E. J., Brent, D., & Greenhouse, J. B. (1987). A quantitative literature review of the effectiveness of suicide prevention centers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(2), 239–244. https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.2.239

Di Napoli, E., & Andreatta, O. (2014). The Help-line "Invito alla Vita": A new project for suicide prevention in Trentino region. *Psychiatria Danubina, 26*(1), 144-147. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25413532/

Dinger, U., Jennissen, S., & Rek, I. (2019). Attachment style of volunteer counselors in telephone emergency services predicts counseling process. *Frontiers in Psychology, 10*, 1936. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01936

Direção Geral da Saúde. (2013). *Plano nacional de prevenção do suicídio 2013/2017*. https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicido-20132017.aspx

Doki, S., Kaneko, H., Oi, Y., Usami, K., Sasahara, S., & Matsuzaki, I. (2016). Risk factors for suicidal ideation among telephone crisis hotline callers in Japan. *Crisis, 37*(6), 438-444. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000384

Dueweke, A. R., & Bridges, A. J. (2017). The effects of brief, passive psychoeducation on suicide literacy, stigma, and attitudes toward help-seeking among latino immigrants living in the United States. Stigma and Health, 2*(1),* 28. https://doi.org/10.1037/sah0000038

Ehrich, K., Freeman, G. K., Richards, S. C., Robinson, I. C., & Shepperd, S. (2002). How to do a scoping exercise: Continuity of care. *Research Policy and Planning, 20*(1), 25-29. http://eprints.soton.ac.uk/id/eprint/33560

Fakhoury, W. K. H. (2000). Suicide: a call-sheet audit – Data from SANELINE. *Psychiatric Bulletin, 24*(3), 98-101. https://doi.org/10.1192/pb.24.3.98

Ferlatte, O., Salway, T., Oliffe, J. L., Rice, S. M., Gilbert, M., Young, I., McDaid, L., Ogrodniczuk, J. S., & Knight, R. (2020). Depression and suicide literacy among Canadian sexual and gender minorities. Archives of Suicide Research, *25*(4), 1-16. https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1769783

Fonseca, F. (2012). *Ajudar na dose certa: O trabalho emocional numa linha telefónica de apoio em crise pessoal* [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade do Porto.

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022, August 24). *Óbitos por algumas causas de morte por 100 mil habitantes: Suicídio*. PORDATA. Retrieved September 11, 2022, fromhttps://www.pordata.pt/Portugal/%c3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+por+100+mil+habitantes-1987-235724

Garrett, S. (2008). *Adesão ao tratamento da diabetes em adolescentes: Fatores motivacionais* [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade do Porto.

Goldbach, J., Rhoades, H., Green, D., Fulginiti, A., & Marshal, M. (2019). Is there a need for LGBT-specific suicide crisis services? *Crisis, 40*(3), 203-208. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000542

Gould, M. S., & Kalafat, J. (2009). Crisis hotlines. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention* (1st ed., pp. 459-462). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/med/9780198570059.003.0061

Gould, M. S., Cross, W., Pisani, A. R., Munfakh, J. L., & Kleinman, M. (2013). Impact of applied suicide intervention skills training on the national suicide prevention lifeline. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 43*(6), 676–691. https://doi.org/10.1111/sltb.12049

Gould, M. S., Kalafat, J., Munfakh, J. L., & Kleinman, M. (2007). An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 2: Suicidal callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(3), 338-352. https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.338

Gould, M. S., Lake, A. M., Munfakh, J. L., Galfalvy, H., Kleinman, M., Williams, C., Glass, A., & McKeon, R. (2016). Helping callers to the National Suicide Prevention Lifeline who are at imminent risk of suicide: Evaluation of caller risk

profiles and interventions implemented. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 46*(2), 172–190. https://doi.org/10.1111/sltb.12182

Gould, M., Lake, A., Kleinman, M., Galfalvy, H., & McKeon, R. (2021). Third-party callers to the national suicide prevention lifeline: Seeking assistance on behalf of people at imminent risk of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behaviour, 52*(1), 37-48. http://doi.org/10.1111/sltb.12769

Han, J., Batterham, P. J., Calear, A. L., & Ma, J. (2018). Seeking professional help for suicidal ideation: A comparison between Chinese and Australian university students. *Psychiatry Research, 270*, 807-814. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.080

Hector, L., & Aguirre, R. (2009). Why do people choose to volunteer for crisis hotlines? *International Journal of Volunteer Administration, 26*(3), 42–50.

Heinz, I., Mergl, R., Hegerl, U., Rummel-Kluge, C., & Kohls, E. (2019). Depression stigma and management of suicidal callers: A cross-sectional survey of crisis hotline counselors. *BMC Psychiatry, 19*(1), 342. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2325-y

Hoffberg, A. S., Stearns-Yoder, K. A., & Brenner, L. (2020). The effectiveness of crisis line services: A systematic review. *Frontiers In Public Health, 7*(399), 1-14. https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00399

Hovey, J. D., Hurtado, G., Morales, L. R., & Seligman, L. D. (2014). Religion-based emotional social support mediates the relationship between intrinsic religiosity and mental health. *Archives of Suicide Research, 18*(4), 376-391. https://doi.org/10.1080/13811118.2013.833149

Hvidt, E. A., Ploug, T., & Holm, S. (2016). The impact of telephone crisis services on suicidal users: A systematic review of the past 45 years. *Mental Health Review Journal, 21*(2), 141–160. https://doi.org/10.1108/MHRJ-07-2015-0019

Ingram, S., Ringle, J., Hallstrom, K., Schill, D., Gohr, V., & Thompson, R. (2008). Coping with crisis across the lifespan: The role of a telephone hotline. *Journal of Child and Family Studies, 17*(1), 663-674. http://doi.org/10.1007/s10826-007-9180-z

International Federation of Telephone Emergency Services. (n.d.). *About*. Retrieved August 26, 2022, from https://www.ifotes.org/en/about

Iqbal, Y., Jahan, R., & Matin, M. (2019). Descriptive characteristics of callers to an emotional support and suicide prevention helpline in Bangladesh (first five years). *Asian Journal of Psychiatry, 45*, 63-65. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.09.005

Jennings, C., Barraclough, B. M., & Moss, J. R. (1978). Have the Samaritans lowered the suicide rate? A controlled study. *Psychological Medicine, 8*(3), 413–422. https://doi.org/10.1017/s0033291 700016081

Kalafat, J., Gould, M. S., Munfakh, J. L. H., & Kleinman, M. (2007) An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 1: Nonsuicidal crisis callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(3), 322–337. https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.322

Karver, M., Tarquini, S., & Caporino, N. (2010). The judgment of future suicide-related behavior. *Crisis, 31*(5), 272-280. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000029

King, R., Nurcombe, B., Bickman, L., Hides, L., & Reid, W. (2003). Telephone counselling for adolescent suicide prevention: Changes in suicidality and mental state from beginning to end of a counselling session. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 33*(4), 400-411. https://doi.org/10.1521/suli.33.4.400.25235

Kitchingman, T., Wilson, C., Caputi, P., Wilson, I., & Woodward, A. (2018b). Telephone crisis support workers' psychological distress and impairment. *Crisis, 39*(1), 13-26. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000454

Kitchingman, T., Wilson, C., Caputi, P., Woodward, A., & Hunt, T. (2015). Development and evaluation of the telephone crisis support skills scale. *Crisis, 36*(6), 407-415. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000341

Kitchingman, T., Wilson, C., Woodward, A., Caputi, P., & Wilson, I. (2018a). Telephone crisis support workers' intentions to use recommended skills while experiencing functional impairment. *Crisis, 39*(3), 218-223. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000490

Kontaxakis, V. P., Stylianou, M., Panopoulou-Maratou, O., Skaloubaka, D., Belechra, V., Polychronopoulou, K., & Christodoulou, G. N. (1994). Telephone helpline unit in Athens: Differences between women and men suicidal callers. *Bibliotheca Psychiatrica, 165*, 72-78. https://doi.org/10.1159/000423320

Lemos, M. S., & Garrett, S. (2006). *Escala de Competência Percebida: Saúde-Diabetes*. [Versão para investigação]. Universidade do Porto.

Lester, D. (1974). Effect of suicide prevention centers on suicide rates in the United States. *Health Services Reports, 89*(1), 37–39. https://doi.org/10.2307/4594974

Lester, D., & Brockopp, G. W. (1970). Chronic callers to a suicide prevention center. *Community Mental Health Journal, 6*(3), 246–250. https://doi.org/10.1007/bf01435923

Losier, G. F., & Vallerand, R. J. (1994). The temporal relationship between perceived competence and self-determined motivation. *The Journal of Social Psychology, 134*(6), 793-801. https://doi.org/10.1080/00224545.1994.9923014

Mathieu, S. L., Uddin, R., Brady, M., Batchelor, S., Ross, V., Spence, S. H., Watling, D., & Kõlves, K. (2021). Systematic review: The state of research into youth helplines. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 60*(10), 1190-1233. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.12.028

Meehan, S., & Broom, Y. (2007). Analysis of a national toll-free suicide crisis line in South Africa. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(1), 66–78. https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.1.66

Middleton, A., Gunn, J., Bassilios, B., & Pirkis, J. (2014). Systematic review of research into frequent callers to crisis helplines. *Journal of Telemedicine and Telecare, 20*(2) 89–98. https://doi.org/10.1177/1357633X14524156

Middleton, A., Gunn, J., Bassilios, B., & Pirkis, J. (2016). The experiences of frequent users of crisis helplines: A qualitative interview study. *Patient Education and Counseling, 99*(11), 1901-1906. https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.030

Middleton, A., Woodward, A., Gunn, J., Bassilios, B., & Pirkis, J. (2017). How do frequent users of crisis helplines differ from other users regarding their reasons for calling? Results from a survey with callers to lifeline, Australia's national crisis helpline service. *Health & Social Care in the Comunity, 25*(3), 1041-1049. https://doi.org/10.1111/hsc.12404

Mishara, B. L., & Daigle, M. S. (1997). Effects of different telephone intervention styles with suicidal callers at two suicide prevention centers: An empirical investigation. *American Journal of Community Psychology, 25*(6), 861-885. https://doi.org/10.1023/A:1022269314076

Mishara, B. L., & Giroux, G. (1993). The relationship between coping strategies and perceived stress in telephone intervention volunteers at a suicide prevention center. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 23,* 221–229. https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1993.tb00181.x

Mishara, B. L., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., Bardon, C., Campbell, J. K., & Berman, A. (2007b). Which helper behaviors and intervention styles are related to better short-term outcomes in telephone crisis intervention? Results from a silent monitoring study of calls to the U.S. 1-800 SUICIDE network.

Suicide and Life-Threatening Behavior, 37(3), 308–21. https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.308

Mishara, B. L., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., Bardon, C., Campbell, J. K., & Berman, A. (2007a). Comparing models of helper behavior to actual practice in telephone crisis intervention: A silent monitoring study of calls to the U.S. 1-800-SUICIDE network. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(3), 291–307. https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.291

Mishara, B. L., Côté, L. P., & Dargis, L. (2022). Systematic review of research and interventions with frequent callers to suicide prevention helplines and crisis centers. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 0*, 1-14. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000838

Mishara, B., Daigle, M., Bardon, C., Chagnon, F., Balan, B., Raymond, S., & Campbell, J. (2016). Comparison of the effects of telephone suicide prevention help by volunteers and professional paid staff: Results from studies in the USA and Quebec. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 46*(5), 577-587. https://doi.org/10.1111/sltb.12238

Money, T. T., & Batterham, P. J. (2019). Sociocultural factors associated with attitudes toward suicide in Australia. *Death Studies, 45*(3) 1-7. https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1626943

Munn, Z., Stern, C., Aromataris, E., Lockwood, C., & Jordan, Z. (2018). What kind of systematic review should I conduct? A proposed typology and guidance for systematic reviewers in the medical and health sciences. *BMC Medical Research Methodology, 18*(1), 5-14. https://doi.org/10.1186/s12874-017-0468-4

O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, L. B., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the tower of babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 26*(3), 237-252. https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00609.x

Ohtaki, Y., Oi, Y., Doki, S., Kaneko, H., Usami, K., Sasahara, S., & Matsuzaki, I. (2017). Characteristics of telephone crisis hotline callers with suicidal ideation in Japan. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 47*(1), 54–66. https://doi.org/10.1111/sltb.12264

O'Neill, S., Bond, R., Grigorash, A., Ramsey, C., Armour, C., & Mulvenna, M. (2019). Data analytics of call log data to identify caller behaviour patterns from a mental

health and well-being helpline. *Health Informatics Journal, 25*(4), 1722-1738. https://doi.org/10.1177/1460458218792668

Otsuka, T., Tomata, Y., Zhang, S., Tanji, F., Sugawara, Y., & Tsuji, I. (2019). The association between emotional and instrumental social support and risk of suicide death: A population-based cohort study. *Journal of Psychiatric Research, 114*(1), 141-146. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.04.012

Patel, S., Batterham, P. J., Calear, A. L., & Cryer, R. (2016). Predictors of comfort and confidence among medical students in providing care to patients at risk of suicide. *Academic Psychiatry, 40*(1), 919-922. https://doi.org/10.1007/s40596-016-0583-2

Perceval, M., Reddy, P., Ross, V., Joiner, T., & Kolves, K. (2020). Evaluation of the SCARF well-being and suicide prevention program for rural Australian communities. *Journal of Rural Health, 36*(2), 247–254. https://doi.org/10.1111/jrh.12373

Pil, L., Pauwels, K., Muijzers, E., Portzky, G., & Annemans, L. (2013). Cost-effectiveness of a helpline for suicide prevention. *Journal of Telemedicine and Telecare, 19*(5), 273-281. https://doi.org/10.1177/1357633X13495487

Porter, E. H. (1950). *An introduction to therapeutic counseling*. Houghton Mifflin.

Porter, L., Astacio, M., & Sobong, L. (1997). Telephone hotline assessment and counselling of suicidal military service veterans in the USA. *Journal of Advanced Nursing, 26*(4), 716-722. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.00357.x

Ramchand, R., Jaycox, L., Ebener, P., Gilbert, M. L., Barnes Proby, D., & Goutam, P. (2017). Characteristics and proximal outcomes of calls made to suicide crisis hotlines in California: Variability across centers. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 38*(1), 26–35. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000401

Ramsey, C., Ennis, E., & O'Neill, S. (2019). Characteristics of lifeline, crisis line, service users who have died by suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 49*(3), 777–788. https://doi.org/10.1111/sltb.12476

Rek, I., & Dinger, U. (2016). Who sits behind the telephone? Interpersonal characteristics of volunteer counselors in telephone emergency services. *Journal of Counseling Psychology, 63*(4), 429–442. https://doi.org/10.1037/cou0000157

Ritchie, J., & Spencer, L. (1994). Qualitative data analysis for applied policy research. In A. Bryman & R. G. Burguess (Eds.), *Analyzing Qualitative Data* (1st ed., pp. 173-194). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203413081

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Houghton Mifflin.

Rothes, I. (2014). *Suicidal behaviours: Explanations, current practices and difficulties of health professionals and the impact of a patient suicide* [Tese de doutoramento não publicada]. Universidade do Porto.

Rothes, I. A., Silva, A., Silva, A. P., Nogueira, I. C., & Henriques, M. R. (2021). S.O.S. suicide: A scoping review on emotional support in telephone helplines. *OSF*. Advance online publication. https://doi.org/10.17605/OSF.IO/VP5NR

Santalha, M. (2009). *Linhas telefónicas de ajuda: O mundo de quem lhes dá voz* [Tese de mestrado não publicada]. Universidade do Porto.

Santos, Z., & Saraiva, C. (2001). Telefone SOS: Amigoterapia ou psicoterapia? *Psiquiatria Clínica, 22*(1), 173–180.

Sawyer, J., & Jameton, E. (1979). Chronic callers to a suicide prevention center. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 9*, 97–104. https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1979.tb00434.x

Shaw, F., & Chiang, W. (2019). An evaluation of suicide prevention hotline results in Taiwan: Caller profiles and the effect on emotional distress and suicide risk. *Journal of Affective Disorders, 244*(1), 16–20. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.050

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide & life-threatening behavior, 37*(3), 264–277. https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264

Skruibis, P., Astrauskas, K., & Mazulyte-Rasytine, E. (2021). Changes in prospective helpline volunteers' suicide intervention skills throughout the initial training. *Death Studies, 45*(7), 578-582. https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1671538

Spittal, M., Fedyszn, I., Middleton, A., Bassilios, B., Gunn, J., Woodward, A., & Pirkis, J. (2015). Frequent callers to crisis helplines: Who are they and why do they call? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 49*(1), 56-64. https://doi.org/10.1177/0004867414541154

Stein, D. M., & Lambert, M. J. (1984). Telephone counseling and crisis intervention: A review. *American Journal of Community Psychology, 12*, 101-126. https://doi.org/10.1007/BF00896931

Swaloow, V., Newton, J., & Van Lottum, C. (2003). How to manage and display qualitative data using framework and microsoft^{R} excel. *Journal of Clinical Nursing, 12*(4), 610-612. https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00728.x.

The Global Health Observatory. (n.d.). *Suicide rates*. World Health Organization. Retrieved September 11, 2022, from https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., … Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine, 169*(7), 467–473. https://doi.org/10.7326/M18-0850

Turkington, R., Mulvenna, M., Bond, R., Ennis, E., Potts, C., Moore, C., Hamra, L., Morrissey, J., Isaksen, M., Scowcroft, E., & O'Neill, S. (2020). Behavior of callers to a crisis helpline before and during the COVID-19 Pandemic: Quantitative data analysis. *JMIR Mental Health, 7*(11), e22984. https://doi.org/10.2196/22984

Turkington, R., Mulvenna, M., Bond, R., O'Neill, S., Potts, C., Armour, C., Ennis, E., & Millman, C. (2020). Why do people call crisis helplines? Identifying taxonomies of presenting reasons and discovering associations between these reasons. *Health Informatics Journal, 26*(4), 2597-2613. https://doi.org/10.1177/1460458220913429

Tyson, P., Law, C., Reed, S., Johnsey, E., Aruna, O., & Hall, S. (2016). Preventing suicide and self-harm. *Crisis, 37*(5), 353-360. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000390

Villanueva, P., Arteaga, A., & Fernández-Montalvo, J. (2019). Gender differences in risk factors related to suicidal ideation among callers to telephone helplines in Spain. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research, 23*(4), 605-615. https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1480987

Watling, D., Batchelor, S., Collyer, B., Mathieu, S., Ross, V., Spence, S., & Kõlves, K. (2021). Help-seeking from a National Youth Helpline in Australia: An analysis of Kids Helpline Contacts. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(11). https://doi.org/10.3390/ijerph18116024

Watson, R., McDonald, J., & Pearce, D. (2006). An exploration of national calls to Lifeline Australia: Social support or urgent suicide intervention? *British Journal of Guidance & Counselling, 34*(4), 471-482. https://doi.org/10.1080/03069880600942582

Witte, T. K., Gould, M. S., Munfakh, J. L. H., Kleinman, M., Joiner, T. E., & Kalafat, J. (2010). Assessing suicide risk among callers to crisis hotlines: A confirmatory factor analysis. *Journal of Clinical Psychology*, *66*(9), 941–964. https://doi.org/10.1002/jclp.20717

World Health Organization. (2018). *National suicide prevention strategies: Progress, examples and indicators*. https://www.who.int/publications/i/item/national-suicide-prevention-strategies-progress-examples-and-indicators

World Health Organization. (2021a). *Mental health atlas 2020*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703/

World Health Organization. (2021b). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643

World Health Organization. (2022, September 10). *World suicide prevention day 2022: Creating hope through action.* https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/09/10/default-calendar/world-suicide-prevention-day-2022

Apêndice A

Estratégias de Pesquisa utilizadas nas Bases de Dados

Strategy used in Medline/PubMed: ((((((suicide[Title/Abstract]) OR ("suicide attempt"[Title/Abstract])) OR ("self harm"[Title/Abstract])) AND ("telephone hotlines"[Title/Abstract])) OR ("telephone counselling"[Title/Abstract])) OR ("suicide hotline volunteer"[Title/Abstract])) OR (helpline[Title/Abstract]).
Total number of articles in Medline/PubMed: 1084. Search date: 05 July 2021, 07:20 A.M (Brazil).

Strategy used in EMBASE: ('suicide':ab,ti AND [embase]/lim OR ('suicide attempt':ab,ti AND [embase]/lim) OR ('self harm':ab,ti AND [embase]/lim) OR ('automutilation':ab,ti AND [embase]/lim)) AND ('telephone hotlines':ab,ti AND [embase]/lim OR ('telephone counselling':ab,ti AND [embase]/lim) OR (helpline:ab,ti AND [embase]/lim)).
Total number of articles in EMBASE: 42. Search date: 05 July 2021, 08:00 A.M (Brazil).

Strategy used in PsycoINFO: (suicide OR Abstract: suicide OR Title: “suicide attempt” OR Abstract: “suicide attempt” OR Title: “self harm” OR Abstract: “self harm”) AND (Title: "telephone hotlines" OR Abstract: "telephone hotlines" OR Title: "telephone counselling" OR Abstract: "telephone counselling" OR Title: "suicide hotline volunteer" OR Abstract: "suicide hotline volunteer" OR Title: helpline OR Abstract: helpline).
Total number of articles in PsycoINFO: 69. Search date: 05 July 2021, 08:30 A.M (Brazil).

Notes: In all databases, searches were conducted only on Titles and Abstracts.

Apêndice B

Tabelas para a Seleção dos Estudos: Fase de Elegibilidade I

Eligibility Phase I: Titles and Abstracts

Identification and general information							EXCLUSION MOTIVES		
ID	**Title**	**Abstract**	**1st Author**	**Bibliographic Reference**	**Year**	**Country**	It does not include suicide prevention helplines	Off-topic: does not address issues relating to telephone helplines	The title & abstract are neither in English, Spanish nor Portuguese
							0 = No | 1 = Yes	0 = No | 1 = Yes	0 = No | 1 = Yes

Eligibility Phase I: Titles and Abstracts

EXCLUSION MOTIVES			
It's neither a primary nor a secondary study. Nevertheless, it comprises either a book chapter, opinion article, commentary, errata, website, report, protocol or webinar	Duplicate	**Judgment**	**Observations**
0 = No | 1 = Yes	0 = No | 1 = Yes	Include | Exclude | Doubt	

Tabelas para a Seleção dos Estudos: Fase de Elegibilidade II

Eligibility Phase II: Full Reading

IDENTIFICATION AND GENERAL INFORMATION							EXCLUSION MOTIVES			
ID	**Title**	**Abstract**	**1st Author**	**Bibliographic Reference**	**Year**	**Country**	The study emphasized the strategies and the programs regarding suicide prevention	The study focuses mainly on non-telephone helplines	The study focuses mainly either on general helping and non-suicide prevention helplines	The study focuses mainly on crisis helplines which were not suicide prevention-oriented
							0 = No | 1 = Yes	0 = No | 1 = Yes	0 = No | 1 = Yes	0 = No | 1 = Yes

Eligibility Phase II: Full Reading

EXCLUSION MOTIVES						**Judgment**	**Observations**
The study focuses mainly on mental and behaviour disorders	The emotional support and suicide prevention telephone helpline was the mean for the sample selection	It's neither a primary nor a secondary study. Nevertheless, it comprises either a book chapter, opinion article, commentary, errata, website, report, protocol or webinar	The article is not published in either Portuguese, English or Spanish	It was not possible the full access to the article	Duplicate		
0 = No | 1 = Yes	0 = No | 1 = Yes	0 = No | 1 = Yes	0 = No | 1 = Yes	0 = No | 1 = Yes	0 = No | 1 = Yes	Include | Exclude	

Apêndice C

Tabelas utilizadas na Extração de Dados dos Estudos

Data Mining

IDENTIFICATION AND INTRODUCTORY INFORMATION							METHODOLOGICAL INFORMATION			
ID	**Title**	**Abstract**	**1st Author**	**Bibliographic Reference**	**Year**	**Country**	**Types of Study** 1 - Source of data | 2 - Methodological approach | 3 - Objectives | 4 - Temporality	**Purpose(s) of the Study**	**Participants**	**Variables**	**Measures**

Data Mining

MAIN RESULTS AND REPORTED CONCLUSIONS					
Intervention 0 = No | 1 = Yes	**Type of intervention**	**Results**	**Limitations**	**Future Studies**	**Observations**

Apêndice D

Tabelas de Resumo e Síntese de Dados dos Estudos: Informações Metodológicas

Methodological Information

Author(s), Year, Country	Types of Study 1 - Source of data | 2 - Methodological approach | 3 - Objectives | 4 - Temporality	Purpose(s) of the Study	Participants	Variables	Measures
Tyson et al., 2016, United Kingdom	1. Primary study; 2. Mixed methods; 3. Not specified; 4. Not specified.	Evaluate the effectiveness of the Rethink Mental Illness telephone helpline in Gloucestershire.	87 callers and 6 counselors.	Caller's mental and emotional state.	The Suicide and Self-Harm Evaluation Scale (SASHES).
Watson et al., 2006, Australia	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Descriptive study; 4. Not specified.	This study examined national Lifeline Australia call data to examine the claim that the service is a generalist telephone counselling and referral provider.	90 128 calls.	(1) Gender and Marital status; (2) Caller focus; (3) Caller called before and how long they had been calling the service; (4) Presenting problem; (5) Presence of suicidal thoughts; (6) Caller's diagnosed mental health status.	Client Service Management Information System (CSMIS).
Fakhoury, 2000, United Kingdom	1. Primary study; 2. Mixed methods; 3. Descriptive study; 4. Not specified.	Describing the profile of suicidal callers.	10 359 calls made to SANELINE between January 1996 and June 1998.	(1) Caller's sociodemographic characteristics (gender and age); (2) Reason for calling the helpline; (3) Ilness; (4) Treatment; (5) Suicide status and use of services; (6) Caller's story.	SANELINE Database.
Iqbal et al., 2019, Bangladesh	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Descriptive study; 4. Not specified;	Describing the calls to Bangladesh's only crisis helpline in the first five years of its operation.	14 344 calls to the only suicide prevention hotline in Bangladesh during the first five years of the helpline's operation.	(1) Suicidality of callers; (2) Time of day of calls; (3) Demographic of callers (age and gender); (4) Reasons for calling.	Call Checklist.

Turkington, Mulvenna, Bond, O'Neill, et al., 2020, United Kingdom	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified; 4. Not specified.	The objective of this article is to use 2 taxonomy approaches to aid the analysis of call log data, especially the presenting reasons for calling helplines.	636 726 calls made to and from the clients within the Lifeline.	(1) Main presenting issue; (2) Risk rating; (3) Area in which the caller is from.	Lifeline's Information Management System.
Watling et al., 2021, Australia	1. Primary study;2. Quantitative study; 3. Descriptive study; 4. Not specified.	The current study aimed to analyse changes in help-seeking behaviour through the Kids Helpline (KHL), a nationwide youth service in Australia from 2012–2018.	1 415 228 answered contacts from young people (5-25 years) between 2012-2018.	(1) Service utilisation, including the medium of contact; (2) The reasons children and young people (5–25 years) contacted the service; (3) How use of contact media changed over time.	Helpline Dataset.
Dinger et al., 2019, Germany	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified; 4. Longitudinal study.	The current study examines a potential change of volunteer counselors' attachment characteristics during TES training and investigates the predictive influence of counselor attachment for their competence and working alliance with callers.	261 volunteers enrolled in training for paraprofessional counseling in the German Telephone Emergency Service (TelefonSeelsorge).	(1) Adult attachment; (2) Counseling competence; (3) Quality of the working aliance.	(1) The Experience in Close Relationships-Revised (ECR-R); (2) The Technical Expertise and Basic Relational Skills of Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire (adapted DPCCQ); (3) The Working Alliance Inventory-Short Revised (adapted WAI-SR).
Bryant, 1998, Vietnam	1. Primary study; 2. Mixed methods; 3. Not specified; 4. Not specified.	The goal of this study was to index the pattern of afterhours crisis problems reported by Vietnam veterans contacting a telephone counselling service over a 9-week period.	274 calls made to the service.	(1) Nature of presenting complaint; (2) Detailed description of problem; (3) Intoxication at time of call.	Monitoring Form.

Karver et al., 2010, United States of America	1. Primary study; 2. Quantitative Study; 3. Not specified; 4. Not specified.	The aims of this study were (1) to examine whether helpline counselors agree on judgments of risk for suicide-related behavior (SRB) and (2) to examine whether helpline counselors' judgments of risk could be used to accurately determine whether a youth would engage in SRB in a 6-month period following intake.	34 helpline counselors recruited from 3 helplines.	Judgments of risk for suicide related behavior.	Clinical Profiles.
Kitchingman et al., 2015, Australia	1. Primary study; 2 Quantitative study; 3. Not specified. 4. Not specified.	To describe the development of the Telephone Crisis Support Skills Scale (TCSSS), an instrument to assess workers' intentions to use recommended skills with callers, and to evaluate its factor structure and reliability.	A national sample of australian telephone crisis support workers (n=210) completed the TCSSS as part of a larger online survey (21.9% males, 78.1% females ranged in age from 20 to 75 years).	(1) Factor Structure; (2) Reliability; (3) Intentions to use recommended telephone crisis support skills.	The Telephone Crisis Support Skills Scale (TCSSS).
Doki et al., 2016, Japan	1. Primary study; 2. Mixed methods; 3. Not specified; 4. Not specified.	The aim of this study was to clarify the risk factors for suicidal ideation by investigating its association with a number of characteristics among telephone hotline callers.	Data were collected over a 10-year period from a total of 246 595 calls to Inochi No Denwa, a telephone crisis hotline in Ibaraki, Japan.	(1) Date and Time of each call; (2) Main problem; (3) Presence of suicidal ideation and history of suicide attempts.	Helpline Dataset.

Kitchingman et al., 2018a, Australia	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified. 4. Not specified.	This study examined the relationship between functional impairment and intentions to use recommended support skills.	A national sample of australian telephone crisis support workers (n=210) completed the TCSSS as part of a larger online survey (21.9% males, 78.1% females, ranged in age from 20 to 75 years).	(1) Functional Impairment; (2) Intentions to use recommended telephone crisis support skills with callers reporting suicidal ideation, symptoms of depression, and anxiety.	(1) Kessler Psychological Distress Scale; (2) The Telephone Crisis Support Skills Scale (TCSSS).
Goldbach et al., 2019, United States of America	1. Primary study; 2. Mixed methods; 3. Not specified; 4. Not specified.	The present study sought to (a) describe the primary reasons for calling the LGBT-specific provider as opposed to another and (b) examine sociodemographic differences in the primary reason by race, ethnicity, gender, age, and sexual orientation.	657 LGBT-identified youth who sought crisis services from an LGBT-specific national service provider in the United States.	(1) Demographic characteristics; (2) Contact to another helpline; (3) Reasons to contact this crisis service organization, as opposed to another provider.	Brief questionnaire with demographic questions, questions about contacting another helpline and questions about the reasons for contacting the helpline as opposed to another.
Porter et al., 1997, United States of America	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Correlational and Descriptive Study; 4. Not specified.	This correlational descriptive study sought to identify the characteristic profile of telephone hotline users among veterans, their triggering crisis events, and coping methods commonly used in suicide attempts.	271 veterans of the US military service who contacted the CIH at one VAMC in South Florida in 1992, ranging in age from 20 to 79 years.	(1) Characteristics of utilizers; (2) Triggering crisis events; (3) Methods used in suicide attempts.	A Suicide Call Assessment Checklist (SCAC).

Kontaxakis et al., 1994, Greece	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified; 4. Not specified.	The aim of this study was to reveal the differential characteristics of women vs. men suicidal callers.	667 suicidal callers seeking help by phone during a 2-year period (1987-88): 476 females and 191 males.	(1) Sociodemographic; (2) Secondary reasons for calling; (3) Time of calling; (4) Call duration; (5) Past or recent suicidal attempt; (6) Psychiatric diagnosis by a specialist; (7) Use of psychotropic drugs.	Standardized Questionnaire.
Coveney et al., 2012, United Kingdom	1. Primary study; Mixed methods; 3. Exploratory study; 4. Not specified.	To explore the (self-reported) characteristics of callers using a national suicide prevention helpline and their reasons given for contacting the service, and to present the users' evaluations of the service they received.	Between May 2008 and May 2009, 1 309 (93.8%) respondents.	(1) Sociodemographic characteristics; (2) Main reason for last contact; (3) Feelings before last contact; (4) How they felt at the end of their last contact; (5) Feelings, overall, after their last contact compared to how they felt before the contact; (6) How they felt at the time of last contact compared to when they completed the survey; (7) How helpful they had found Samaritans at the time of last contact; (8) Level of satisfaction with speed of response; 9. How they felt about the suicide question; (10) Overall perception of service; (11) Perceptions of the service they received compared to their expectations prior to first contact; (12) If they thought the services could be improved; (13) Contact with other services; (14) Single or multiple user.	Online questionnaire.

Pil et al., 2013, Belgium	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified; 4. Not specified.	Evaluate the cost-effectiveness and budget impact of a suicide helpline.	2418 female (64%) and 1367 male (36%) callers of the Flemish Suicide Helpline in 2011.	(1) Cost-effectiveness of a suicide helpline; (2) Budget impact of a suicide helpline.	Helpline Dataset.
Mishara et al., 2016, United States of America and Canada	Study 1: 1. Primary study; 2 Quantitative study; 3. Not specified; 4. Not specified. Study 2: 1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified; 4. Not specified.	The objective of the studies was to critically assess the relative effectiveness of using volunteers and professional paid staff to work on telephone helplines.	(1) Study 1: Counselors of 14 centers (168 professionals: 4 centers; 131 professionals and volunteers: 3 centers; 493 volunteers: 7 centers) and (2) study 2: 129 counselors (68% females and 32% males): 90 volunteers and 39 paid professionals (of 2 centers only with volunteers, 2 centers only with professional paid and 1 center with volunteers and professional paid).	Study 1: (1) Suicide risk assessment; (2) Suicidal status; (3) Levels of empathy and respect; Study 2: (1) Style of intervention; (2) Overall effects of telephone help.	(1) The Helper Response Scale; (2) Suicide Urgency Scale used in Quebec; (3) The Crisis Call Outcome Rating Scale (CCORS); (4) Psychological Symptom Index; (5) Brasington Indication of Depression.
King et al., 2003, Australia	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified; 4. Not specified.	In this study, the effectiveness of telephone counselling for young people seeking help in the context of suicidal ideation or intent was evaluated in an investigation of calls made by suicidal young	101 callers to Kids Help Line who indicated either suicidal ideation or suicidal intent.	(1) Mental state at beginning; (2) Suicidal ideation at beginning; (3) Suicidal urgency at beginning; (4) Mental state at end; (5) Suicidal ideation at end; (6) Suicidal urgency at end.	Mental State and Suicidality at Beginning and End of Call Rating Form.

		people to a telephone counselling service.			
Spittal et al., 2015, Australia	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified; 4. Not specified.	Describe frequent callers to Lifeline and compare them with non-frequent callers, with a view to furthering knowledge about models of service delivery that might meet the needs of frequent callers.	411 725 calls made by 98 174 individuals, 2594 (2.6%) of whom met our definition of frequent callers.	(1) Sex; (2) Age; (3) Marital status; (4) Suicide safety assessment; (5) Self-harm safety assessment; (6) Mental health safety assessment; (7) Crime safety assessment; (8) Domestic violence safety assessment; 9. Child protection assessment.	Helpline Dataset.
Di Napoli & Andreatta, 2014, Italy	1. Primary study; 2. Qualitative study; 3 Descriptive study; 4. Not specified.	This paper aims to describe the helpline activities (phone call data, needs detected, volunteers' commitment) and to show and discuss data from the latest research upon volunteers' motivational reasons and emotional experience about their role in helpline.	Volunteers of the helpline "Invito Alla Vita", in Trentino region.	(1) Duration of call; (2) Call features, (3) Detected needs; (4) Suggested services; (5) Elements about the feelings of callers; (6) Disclosed beliefs, knowledge, meanings, and codes;	(1) Simple Form of Helpline Dataset; (2) Semi-structured interview.
O'Neill et al., 2019, United Kingdom	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified; 4. Not specified.	This work presents an analysis of 3 500 000 calls made to a mental health and well-being helpline (Samaritans Ireland).	3 449 million calls between April 2013 and December 2016 (4 years).	(1) Date-time stamp of the call arrival precise to the last second; (2) Engaged flag meaning that the call was dropped with a busy tone; (3) Answered flag meaning that the call was passed to a helpline volunteer; (4) Duration of the call in seconds; (5) Unique caller ID.	Helpline Dataset.

Skruibis et al., 2021, Lithuania	1. Primary study; 2 Quantitative study; 3. Not specified; 4. Not specified.	The aim of the current study was to evaluate the volunteer initial training program at a helpline for young people in Lithuania and measure the changes in suicide intervention skills during the training.	90 participants of the Youth Line volunteer initial training course.	(1) Age; (2) Pre-training; (3) Before suicide intervention module; (4) After suicide intervention module; (5) Post-training.	The Suicide Intervention Response Inventory (SIRI-2).
Villanueva et al., 2019, Spain	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Descriptive and exploratory study; 4. Not specified.	The main goals of this study were to determine the prevalence rate of suicidal ideation among callers to a Spanish telephone general crisis helpline (Telefono de la Esperanza) and to identify gender-based characteristics and risk factors related to suicidal ideation.	10 765 callers to the TE telephone helplin in Navarra (Spain) from January 2016 to September 2017.	(1) Sociodemographics; (2) Risk factors; (3) Suicidality.	ATENSIS.
Middleton et al., 2017, Australia	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified; 4. Not specified.	The aim of this study was to investigate the differences in the reasons for calling between frequent and other users of crisis helplines.	315 callers of Lifeline Australia at the end of their call between February and July 2015.	(1) Socio-demographics; (2) Reasons for their current call; (3) Number of calls made in the past month.	Brief questionnaire with sociodemographic questions and multiple questions about reasons for calling the helpline and classification of crisis helpline users.
Kitchingman et al., 2018b, Australia	1. Secondary study; 2. Qualitative study (e.g., Systematic Review); 3. Not specified; 4. Not specified.	A systematic review of the literature was conducted to examine whether telephone crisis support workers experience elevated symptoms of psychological distress and	Of 113 identified studies, 7 were included in the review.	(1) Experience of elevated symptoms of psychological distress; (2) Experience of functional impairment associated with elevated symptoms of psychological distress.	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) Statement.

		are impaired by elevated symptoms.			
Turkington, Mulvenna, Bond, Ennis, et al., 2020, Ireland	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified; 4. Not specified.	To determine whether the COVID-19 pandemic has had any influence on the calls made to Samaritans Ireland, a national crisis helpline within the Republic of Ireland.	Calls of four-week period before the first confirmed case of COVID-19 (calls=41 648, callers=3752) and calls made to the service within a four-week period after a restrictive lockdown was imposed by the government of the Republic of Ireland (calls=46 043, callers=3147).	(1) Call duration; (2) Type of caller; (3) Date; (4) Time stamp of the call; (5) Number of calls.	Application Programming Interface (API).
Middleton et al., 2016, Australia	1. Primary study; 2. Qualitative study; 3. Not specified; 4. Not specified.	Understand why some users call crisis helplines frequently.	19 callers.	(1) Respondents reasons for calling; (2) Response from Lifeline; (3) Calling behaviours.	(1) REDCap Electronic Data Capture Tools; (2) Semi-structured interview.
Heinz et al., 2019, Germany	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified; 4. Cross-sectional study.	(1) Investigate depression stigma in Telephone Emergency Service counselors and compare them to an age and gender matched general population sample; (2) investigate the association between depression stigma and the exploration of suicide risk and the consecutive management of suicidal callers; and (3) investigate the association between self-rated knowledge and the	(1) Sample 1: 893 counselors of 108 TES centers in Germany via online (73.3% females and 26.7% males); and (2) sample 2: 1002 participants via telefone (52.3% females and 47.7 males).	(1) Sociodemographic characteristics; (2) Attitudes toward depression; (3) Exploration of suicide risk; (4) Consecutive management of suicidal callers; (5) Self-rated knowledge about depression and suicide.	(1) Brief questionnaire with demographic questions, questions regarding self-assessment of knowledge about depression and suicide, and questions regarding exploration of suicide risk and management of suicidal callers; (2) The Depression Stigma Scale.

		exploration of suicide risk and the consecutive management of suicidal callers.			
Barber et al., 2004, Australia	1. Primary study; 2. Mixed methods; 3. Not specified; 4. Not specified.	(1) Establish the themes that emerged during suicidal calls as a whole; and (2) examine age and gender differences in the occurrence of these themes among first-time callers.	The sample consisted of all suicide callers to Lifeline, South Australia, during the 6 months from June 2002 to December 2002.	(1) Demographic characteristics; (2) Presenting Problem.	(1) Lifeline Adelaide Record Checklist; (2) Lifeline Australia Record for Suicide Call Checklist.
Fonseca, 2012, Portugal	1. Primary study; 2. Qualitative study; 3. Descriptive and exploratory study; 4. Not specified.	Mapear os principais quadros teóricos no âmbito da sociologia das emoções e verificar as possibilidades de operacionalização dos seus conceitos, a partir das linhas telefónicas de apoio em crise pessoal.	13 voluntários de uma linha de apoio em crise pessoal (responsavéis provenientes de 2 linhas de apoio, e 3 supervisores e 8 escutantes da mesma linha).	(1) Cultura emocional da linha de apoio; (2) Experiência emocional dos escutantes; (3) Estratégias organizacionais de gestão emocional.	Entrevista semi-diretiva.
Gould et al., 2007, United States of America	1. Primary study; 2. Mixed methods; 3. Not specified; 4. Not specified.	Determine (1) the extent to which callers to telephone crisis services are seriously suicidal; (2) whether significant decreases in suicidality occur during the call; and (3) the extent and predictors of suicidality after the call.	Between March 2003 and July 2004, 1 085 suicide callers were assessed during their calls and 380 (35.0%) participated in the follow-up assessment.	(1) Suicide Risk Status; (2) Client Feedback on Call.	Brief Questionnaire about suicide risk status and client feedback call.

Mishara et al., 2007, United States of America	1. Primary study; 2. Mixed methods; 3. Not specified; 4. Not specified.	To compare actual interventions with the models of intervention.	2 611 calls to 14 centers of the Hopeline Network were monitorized.	(1) Characteristics of callers and calls; (2) The process of telephone intervention.	Brief Questionnaire about suicide risk assessment, emergency rescue and intervention process.
Ramchand et al., 2017, United States of America	1. Primary study; 2 Quantitative study; 3. Not specified; 4. Not specified.	To describe variability in 10 call centers in California with respect to caller and call characteristics, call responder behaviors, and call outcomes.	241 calls of 10 suicide prevention hotlines in California.	(1) Call characteristics; (2) Call content; (3) Suicide risk assessment; (4) Telephone counselor response; (5) Changes during call.	Monitoring Protocol.
Rek & Dinger, 2016, Germany	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified; 4. Not specified.	The current study aims to examine the interpersonal values of volunteer counselor trainees and further investigates their personality traits, life satisfaction and expectations regarding their future counseling style.	261 counselor trainees were recruited within the German nationwide organization TelefonSeelsorge at the beginning of their paraprofessional training.	(1) Interpersonal values; (2) Attachment styles; (3) Mentalization; (4) Personality traits; (5) Life satisfaction; (6) Counseling style.	(1) The Interpersonal Circumplex of Interpersonal Values (CSIV); (2) The Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R); (3) The Mentalization Questionnaire (MZQ); (4) Big Five Inventory (BFI); (5) The Life Satisfaction Questionnaire; (6) Development of the Psychotherapist Common Core Questionnaire (DPCCQ).
Shaw & Chiang, 2019, Taiwan	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified; 4. Not specified.	This study is designed to investigate the demographic characteristics of the Taiwan National Suicide Prevention Hotline (NSPH) callers and whether the NSPH service helps to alleviate the	(1) 63 696 callers from 2009 to 2011; and (2) 300 telephone records of 100 acute suicidal callers, 100 suicidal callers, and 100 non-suicidal callers were then randomly selected for	(1) Caller's level of emotional disturbarce; (2) Proximal changes in suicidality during the course of the telephone session.	(1) Modified Mental State Rating Scale (MSRS); (2) Modified Suicide Risk Scale (SRS).

		callers' emotional distress and suicide risk.	further investigation.		
Ingram et al., 2008, United States of America	1. Primary study; 2. Mixed methods; 3 Descriptive study; 4. Not specified.	Describe over 300 000 crisis calls made to a large national hotline over a 5-year period.	349 464 crisis calls made to a national hotline from January 2001 to December 2005.	(1) Demographics; (2) Most common problem categories; (3) Repeat callers versus firts time callers.	Problems, Options and Plan (POP) Protocol.
Gould et al., 2021, United States of America	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Descriptive study; 4. Not specified.	The study's objective was to provide information on third-party calls made out of concern for another person.	Reports on 172 third-party calls concerning individuals deemed to be at imminent suicide risk were completed by 30 crisis counselors at six Lifeline crisis centers.	(1) Sociodemographic characteristics of the third-party caller and the person at risk of suicide; (2) Interventions implemented by the third party or by the counselor working with the third party; (3) Outcomes of interventions involving emergency services.	(1) The Counselor Questionnaire; (2) The Imminent Risk Form.
Barmann, 1980, United States of America	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified; 4. Not specified.	The purpose of this study was to assess whether calls placed to chronic callers by the suicide prevention service would have an effect in reducing the frequency of calls made by chronic callers to the service.	14 chronic callers (6 males, 8 females) who contacted the Suicide Prevention and Crisis Service in Columbus, Ohio. The caller's ages ranged from 18 to 63 years, with a mean of 32 years.	The mean number of calls per week made by the treatment group and the control group.	Log book.

Barraclough & Shea, 1970, United Kingdom	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified; 4. Not specified.	The study aimed to calculate a suicide-rate for Samaritan clients, secondly to discover what proportion of all suicides the Samaritans had been seeing, thirdly to examine the period elapsing between self-referral and death, and fourthly to compare Samaritan branches to see if they differed in their ability to prevent or postpone suicide.	45 suicides from Samaritan clients.	(1) Suicide-rates for Samaritan clients; (2) Proportion of all suicides consulting Samaritans; (3) Time between self-referral and death.	(1) Coroner's list of suicides; (2) Samaritan clients registers; (3) Newspaper cuttings of inquests.
Barraclough et al., 1977, United Kingdom	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified; 4. Not specified.	To test the hypothesis that Samaritan services prevent suicide, the trends in suicide-rates of county boroughs with Samaritan services have been compared with trends in matched control boroughs without Samaritan services.	(1) 15 pairs of Samaritan and control boroughs; (2) 23 pairs of Samaritan and control boroughs; (3) 33 pairs of Samaritan and control boroughs; and (4) 35 pairs of Samaritan and control boroughs.	Suicide-rates.	Not specified.
Daigle & Mishara, 1995, Canada	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified; 4. Not specified.	This study tested a methodology for classifying styles of intervention and explored the determinants of different intervention styles at two volunteer-	110 volunteers at two Canadian suicide prevention centers (mostly woman, ranging from 17 to 70 years) and 617 calls	(1) Styles of intervention; (2) Determinants of intervention styles.	The Helper’s Response List.

		based suicide prevention centers in Quebec, Canada.	of suicidal clients.		
De Anda & Smith, 1993, United States of America	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified; 4. Not specified.	The study examined data regarding the callers of two crisis help lines to discern whether major differences existed between gender and age groups regarding threat of suicide, reasons given for contemplating suicide, and demographic and environmental variables.	405 individuals who called two suicide help lines in Los Angeles County during a two-week period: 165 adolescents (ages 12 to 19), 65 young adults (ages 20 to 26) and 175 adults (ages 27 and older).	(1) Primary reason for contemplating suicide; (2) Referrals offered by volunteers; (3) Degree of suicide risk; (4) Suicide methods; (5) Demographics.	(1) Call sheet; (2) Brief Checklist.
Gould et al., 2013, United States of America	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified; 4. Not specified.	The study examined the impact of the implementation of Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST) across the National Suicide Prevention Lifeline's national network of crisis hotlines.	1 507 monitored calls from 1 410 suicidal individuals to 17 Lifeline centers in 2008–2009.	(1) Caller's behavioral changes; (2) Relationship between counselor interventions and caller behavioral changes.	(1) Lifeline's Monitoring System; (2) The Monitoring Form included an assessment of global counselor behaviors, ASIST suicide intervention model counselor behaviors, and caller behavioral changes.
Gould et al., 2016, United States of America	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified; 4. Not specified.	The study examined clinical characteristics of crisis callers assessed by telephone crisis helpers as being at imminent risk of suicide, and the interventions implemented with these callers.	491 call reports completed by 132 helpers at 8 crisis centers in the National Suicide Prevention Lifeline network.	(1) Interventions implemented with callers at imminent risk of suicide; (2) Characteristics of imminent risk suicide callers/calls.	(1) The Helper Questionnaire; (2) The Imminent Risk Form.

Hvidt et al., 2016, Denmark	1. Secondary study; 2. Qualitative study (e.g., Systematic Review); 3. Not specified; 4. Not specified.	The purpose of this review is, therefore, (1) to provide an in-depth overview of the evidence on the impact of the telephone interventions provided by telephone crisis services and (2) to consider possible limitations of the outcome measures employed in order to provide suggestions for future research.	18 publications were included in the systematic review.	(1) Evidence of the impact of telephone crisis services for suicidal individuals; (2) Limitations of the outcome measures used in this evidence; (3) Implications of this systematic review for further research.	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) Statement.
Jennings et al., 1978, United Kingdom	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified; 4. Not specified.	The authors believed they could test more rigorously the hypothesis that the suicide rate has fallen more in Samaritan towns than in matched control towns.	(1) 15 pairs of Samaritan and control boroughs; (2) 23 pairs of Samaritan and control boroughs; (3) 33 pairs of Samaritan and control boroughs; and (4) 35 pairs of Samaritan and control boroughs.	Suicide-rates.	Not specified.
Kalafat et al., 2007, United States of	1. Primary study; 2. Mixed methods; 3. Not specified; 4. Not	The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of telephone crisis services/hotlines for achieving positive client outcomes as indicated by changes in caller's crisis states from the beginning	Between March 2003 and July 2004, 1 617 crisis callers were assessed during their calls and 801 (49.5%) participated in the follow-up	(1) Immediate outcomes; (2) Intermediate outcomes.	(1) Profile of Mood States: Modified (POMSP); (2) Brief Questionnaire about states, hopelessness, plan of action and compliance, service utilization and

America	specified.	to the end of their calls to 8 centers in the U.S. and intermediate outcomes within 3 weeks of their calls.	assessment.		compliance, and client feedback on call.
Lester & Brockopp, 1970, United States of America	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified; 4. Not specified.	The aim of the present paper was to describe these chronic callers and to investigate the types of problems that they had and the ways in which a suicide prevention service can help them.	24 individuals who had called The Suicide Prevention and Crisis Service of Erie County more than 10 times (16 women and 8 men between the ages of 25 and 52).	(1) General characteristics of chronic callers; (2) Suicidal behaviors; (3) Aims in calling the center; (4) Ways in which a suicide prevention service can help them.	Not specified.
Meehan & Broom, 2007, South Africa	1. Primary study; 2. Mixed methods; 3. Not specified; 4. Cross-sectional study.	The goals of this study were to analyze and evaluate South Africa's suicide crisis line to determine the demographic characteristics of callers and to ascertain if it was meeting its objective in fulfilling the needs of the callers.	535 callers to the crisis line between March and September 2004 (59.1% women, ages ranged between 9 and 70 years).	(1) Demographic characteristics; (2) Caller's satisfaction with the service; (3) Caller's perception of the hotline helpfulness.	(1) Log Sheet; (2) Evaluation Form.
Mishara et al., 2007b, United States of America	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified; 4. Not specified.	The study examined the relationship between helper behaviors and the short-term outcomes we observed while monitoring calls.	2 611 calls to 14 centers of the Hopeline Network.	(1) Telephone helper's behaviors; (2) Caller characteristics; (3) Short-term outcomes.	(1) Questionnaire of Intervention Process and of Behavior Ratings at the Conclusion of the Intervention; (2) Questionnaire about caller's characteristics and mood; (3) The Crisis Call Outcome Rating Scale

					(CCORS).
Mishara & Giroux, 1993, Canada	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified; 4. Not specified.	This study examines stress perceived by telephone intervention volunteers at a suicide prevention center before their shift, during the most high-urgency call, and after the shift.	80 volunteers (39 men and 41 women) ranging in age from 19 to 64 years from the suicide prevention center serving the Montreal region, Suicide-Action Montreal.	(1) Characteristics of volunteers; (2) Level of experience in telephone intervention; (3) Level of stress; (4) Coping strategies; (5) Experiences with suicide.	(1) Questionaire about the level of perceived stress concerning their telephone intervention work; (2) Ways of Coping Checklist Revised Version; (3) Questionnaire about sociodemographic variables of the subjects and their experience in telephone intervention; (4) Questionnaire about volunteers' personal experiences with suicide.
Mishara & Daigle, 1997, Canada	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified; 4. Not specified.	To determine the relative effectiveness of telephone intervention styles with suicidal callers.	Researchers listened to 617 calls by suicidal persons at two suicide prevention centers and categorized all 66 953 responses by the 110 volunteer helpers (59% women; ranging from 17 to 70) according to a reliable 20-category checklist.	(1) Intervention styles of the helpers; (2) Level of use of Rogerian techniques; (3) Depressive mood; (4) Suicide urgency; (5) Contract established.	(1) "Helper's Response List"; (2) Brasington Depression Scale; (3) Suicide Urgency Scale; (4) Establishment of a contract with the client.
Ohtaki et al., 2017, Japan	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified; 4. Cross-sectional study.	The aim of this study was to analyze crisis hotline data from across Japan for a 1-year period to reveal the characteristics of Japanese crisis hotline callers and the features of	541 694 calls.	(1) Demographic characteristics; (2) History of suicidal and self-harm behavior; (3) Current suicidal ideation.	Data sheets.

		suicidal ideation in Japan in order to inform the development of suicide prevention practices for hotlines.			
Ramsey et al., 2019, United Kingdom	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified; 4. Not specified.	This study compared the features of callers and call patterns in service users who had died by suicide with those who were currently alive from 2008 to 2011.	118 deaths by suicide from 2008 to 2011 (36 females and 82 males ranged between 11 and +65 years) were compared with a matched control group who had not died by suicide (40 700: 22 880 females and 17 142 males ranged between 11 and +65 years).	(1) Demographics; (2) Prior self-harm and suicidal behavior; (3) Lifeline service use; (4) Physical and mental health.	Contact's Information Management System (CIMS).
Sawyer & Jameton, 1979, United States of America	1. Primary study; 2. Quantitative study; 3. Not specified; 4. Not specified.	Review the records of chronic callers of the Cleveland Suicide Prevention Centers over the past 9 years.	67 chronic callers (39 females, 28 males ranged between 17 and 60 years).	(1) Demographic characteristics; (2) Diagnosis; (3) Duration of stay on the helpline.	Data sheets.
Witte et al.,	1. Primary study; 2.	The study goal was to investigate the factor structure of a risk assessment tool utilized by	(1) Sample 1: 1 085 callers (651 females		(1) Suicide risk status (12 items that were designed to measure psychological pain, hopelessness, suicidal ideation, suicidal

2010, United States of America	Quantitative study; 3. Not specified; 4. Longitudinal study.	suicide hotlines and to determine the predictive validity of the obtained factors in predicting subsequent suicidal behavior.	ranged in age from 18-72 years); and (2) sample 2 (follow-up): 380 callers.	(1) Factor structure; (2) Predictive validity.	behavior, and intent to die); (2) Follow-up assessment ("I need to ask you whether you have had any thoughts about killing yourself since you called the crisis line" and "Since you called the crisis center, have you tried to kill yourself?").

Tabelas de Resumo e Síntese de Dados dos Estudos: Principais Resultados e Conclusões

Main Results and Reported Conclusions

Author(s), Year, Country	Intervention	Type of Intervention	Results
Tyson et al., 2016, United Kingdom	Yes	The emotional support and suicide prevention telephone helpline is the intervention itself.	The results of the study suggest that telephone helplines can be effective in reducing suicidal and self-harming thoughts in callers in distress.
Watson et al., 2006, Australia	-	-	According to this study, Lifeline is a generalist telephone counselling and referral service. Callers to the service were generally seeking social support, rather than urgent suicide intervention.
Fakhoury, 2000, United Kingdom	-	-	More calls were by, or about, women. The most common age group for suicidal callers was 25-34 years, while those under 25 were least likely to call the helpline. 50% of all calls related to people suffering from depression, and 31% were for people with psychosis. The majority of sufferers who were planning suicide or were in the act of suicide at the time of the call were in contact with services, and almost three-fifths of sufferers reported problems with services.
Iqbal et al., 2019, Bangladesh	-	-	Results indicate that callers are about half male, mostly between the ages of 20 and 29, and mostly not suicidal. Callers display a wide range of reasons for calling, with relationship issues, mental illness/substance abuse, and emotions constituting the majority of calls.
Turkington, Mulvenna, Bond, O'Neill, et al., 2020, United Kingdom	-	-	Results demonstrate that both taxonomies show that calls with reasons relating to suicide are the most common reasons for contacting Lifeline and were a prominent feature of the discovered association rules. There were significant differences between reasons in both taxonomies concerning risk ratings. Reasons for calling helplines that are associated with higher risk ratings include those calling with a personality disorder, mental disorders, delusional disorders and legal drugs.
Watling et al., 2021, Australia	-	-	The results revealed that from 2012–2018 there was a change in the way young people contacted KHL and the types of help being sought. There was a substantial increase in webchat contacts with a concomitant decrease in contacts by telephone and email. With this increase in webchat contacts, there was an associated increase in total webchat contact duration. Concerns raised in contacts to the service were primarily related to emotional wellbeing and mental health concerns followed by social relationship issues and family relationships.

Dinger et al., 2019, Germany	-	-	Results showed that attachment anxiety, but not attachment avoidance, significantly decreased during training. Lower attachment avoidance predicted better working alliances with callers as well as better general skillfulness.
Bryant, 1998, Vietnam	-	-	Domestic conflict, substance abuse, traumatic memories, depression, and anger at government represented the major problems requiring counselling. Crisis intervention was required for 18% of calls because of suicide threats or threatened violence to others.
Karver et al., 2010, United States of America	-	-	The findings indicate that, although clinicians in general appear to have difficulty with numerous clinical judgments and decisions, helpline counselors may be able to reliably and accurately determine future risk for engaging in SRB - high rate of agreement, and risk judgments could be used quite successfully (80% correct classification).
Kitchingman et al., 2015, Australia	-	-	A single factor accounted for more than 40% of the variance within TCSSS ratings, indicating unidimensional structure. Cronbach's α coefficients suggested adequate internal consistency. On average, participating telephone crisis support workers reported that they are likely to use the recommended skills with callers reporting symptoms of severe suicidal ideation, a major depressive episode, and acute general anxiety.
Doki et al., 2016, Japan	-	-	About 6% of the calls to the hotline were suicide related, and about 2% of the callers had attempted suicide in the past. Odds ratios for suicidal ideation increased during winter, but no daily tendencies were evident. Those whose problems were related to their way of life were at the highest risk of suicidal ideation, followed by those with health-related concerns.
Kitchingman et al., 2018a, Australia	-	-	This study suggests that telephone crisis support workers who are experiencing greater levels of functional impairment related to symptoms of psychological distress during the past month reported significantly lower intentions to use recommended support skills with callers reporting suicidal ideation and symptoms of depression or anxiety than those with lower levels of functional impairment.
Goldbach et al., 2019, United States of America	-	-	Most respondents indicated they either would not have contacted another helpline or were not sure. Nearly half indicated they called specifically because of LGBT-affirming counselors, a reason more commonly reported by transgenders, nonbinary, and queer or pansexual youth than cisgender, gay, or lesbian youth.
Porter et al., 1997, United States of America	-	-	The findings portray a sociodemographic profile of military veterans at risk of suicide attempts. Loneliness, alcoholism and unemployment topped the list of triggering events. The most common method used was drug overdose; shooting was a close second.

Kontaxakis et al., 1994, Greece	-	-	The comparative study of women vs. men suicidal callers revealed the following differential characteristics for women: more often married, employed, with marital problems, more often abused and more often using the telephone helpline facility during the day. On the other hand, the characteristics of men suicidal callers were the following: more often single, unemployed, more often with vocational problems, sex problems or problems related to drug abuse. As expected, depression was a common factor for both women and men suicidal callers.
Coveney et al., 2012, United Kingdom	-	-	There were high incidences of expressed suicidality and mental health issues. Regular and ongoing use of the service was common. Respondents used the service for complex and varied reasons and often as part of a network of support. Respondents reported high levels of satisfaction with the service and perceived contact to be helpful.
Pil et al., 2013, Belgium	Yes	The emotional support and suicide prevention telephone helpline is the intervention itself.	Both the telephone and chat service of the suicide helpline are therefore likely to be cost-effective for suicide prevention in Flanders, especially for adult male users of the telephone service (over ten years, the telephone and the chat service avoided about 36% of suicides and attempts). The budget impact shows that the helpline also has great annual benefits for the public health service.
Mishara et al., 2016, United States of America and Canada	Yes	The intervention are the types of counsellors that provide services on the helplines.	Study 1: The volunteer centers more often conducted risk assessments, had more empathy, were more respectful of callers, and had significantly better call outcome ratings. Study 2: Results indicate no significant differences between the volunteers and paid employees on outcome variables. However, volunteers and paid staff with over 140 hours of call experience had significantly better outcomes.
King et al., 2003, Australia	Yes	The emotional support and suicide prevention telephone helpline is the intervention itself.	Significant decreases in suicidality and significant improvement in mental state were found to occur during the course of counselling sessions, suggesting positive immediate impact.
Spittal et al., 2015, Australia	-	-	The authors identified a number of predictors of being a frequent caller, including being male or transgender, and never having been married. The odds of being a frequent caller increased with age until 55–64 years, and then declined. Suicidality, self-harm, mental health issues, crime, child protection and domestic violence issues all predicted being a frequent caller.

Di Napoli & Andreatta, 2014, Italy	-	-	Data obtained analyzing phone calls received in 2012 and 2013 (4873 phone calls: 1235 in 2012 and 3638 in 2013, with a medium average of 3.4 calls per day in 2012 and 10 calls per day in 2013). Detected needs expressed (loneliness, mental distress, relational and familiar dificulties and suicidal thoughts are the most reported topics). Answers to these needs (listerning - best strategy -, health strategies and association proposal). Volunteers' motivation reasons and emotional experience (what stands out is the volunteers' need to feel useful and to perform this need though their role in the helpline, despite of any personal differences. The organization built around them to sustain the helpline activies, specifically monthly supervisions, continuous training, sharing experience with colleagues, and, on the other hand, the callers' gratitude, are all crucial factores sustaining this role, motivating and encouraging volunteers in their engagement. If some of these factors are lost, for example, because of decreased feelings of usefulness, when there is a reduced number of phone calls, or because of frustrating experience in their activity, only supervision, feelings of belonging to the volunteers' group and a sense of duty can avoid interruption of the volunteer's cooperation).
O'Neill et al., 2019, United Kingdom	-	-	The results show that different groups of callers can be identified by their collective usage patterns: Elite prolific callers (largest average number of calls per caller in the cluster and the smallest cluster size), Typical callers (the largest cluster size), Standard prolific callers (second largest average number of calls per caller, Unpredictable erratic callers (largest average standard deviation of the call duration) and One-off chatty callers (smallest average number of calls per caller accompanied by the largest average call duration). The identified groups of usage patterns are stable and re-emerge regardless of which year is considered.
Skruibis et al., 2021, Lithuania	Yes	The emotional support and suicide prevention telephone helpline is the intervention itself.	Youth Line training was effective in developing trainees' suicide intervention skills. Not only specific suicide intervention module but also general emotional support skills, such as active listening, contributed significantly to improving suicide intervention skills. Younger and less skilled trainees benefited more from Youth Line training course.
Villanueva et al., 2019, Spain	-	-	Of the total sample, 1.87% presented suicidal ideation, with a higher prevalence in women than in men. Moreover, significant gender-based differences among callers with suicidal ideations were observed in some variables: women were older than men and showed a greater prevalence of chronic disease with pain; men showed a greater prevalence of depression, alcohol/ drug abuse, helplessness, and lack of hope for the future.
Middleton et al., 2017, Australia	-	-	Frequent users reported similar reasons for calling as other users, but they were more likely to call regularly to talk about their feelings.

Kitchingman et al., 2018b, Australia	-	-	Results suggest that telephone crisis support workers experience symptoms of vicarious traumatization, stress, burnout, and psychiatric disorders, and that they may not respond optimally to callers when experiencing elevated symptoms of distress.
Turkington, Mulvenna, Bond, Ennis, et al., 2020, Ireland	-	-	The analysis revealed that calls were of a longer duration in the postlockdown period in comparison with the pre–COVID-19 period. There were changes in the behavior of individuals in the cluster types defined by caller behavior, where some caller types tended to make longer calls to the service in the postlockdown period. There were also changes in caller behavior patterns with regard to the time of day of the call. Variations were observed in the duration of calls at particular times of day, where average call durations increased in the early hours of the morning.
Middleton et al., 2016, Australia	-	-	Frequent users call crisis helplines about ongoing issues and find short-term benefits in the response they receive from the helpline. Over time frequent users develop reactive, support-seeking and dependent calling behaviours which appear to be interrelated to their reasons for calling and the response they receive. They have developed distinctive calling behaviours which appear to occur through an interaction between their reasons for calling and the response they receive from the helpline.
Heinz et al., 2019, Germany	-	-	Counselors working for the TES did show fewer stigmatizing attitudes toward depression compared to a general population sample. Further, the results of the current study suggest that favorable attitudes toward depression as well as feeling informed about suicidality go along with more confidence in exploring risk for suicide, even they do not seem to influence the management of a suicidal caller.
Barber et al., 2004, Australia	-	-	Almost equal numbers of male and female calls were received, and the following themes were mentioned a total of 981 times: relationship, death, abuse, sickness, drugs, loneliness, poverty, interpersonal and others. Among first-time callers, males under 35 years were around 75% more likely to refer to relationship breakdown in their calls than were same-age females. Male callers were also around twice as likely to refer to material hardship. Females were four times more likely to refer to being the victim of abuse and nearly 60% more likely to refer to interpersonal and family problems.
Fonseca, 2012, Portugal	-	-	Foi possível perceber que a linha de apoio possui uma cultura emocional especifica que influencia o decorrer do trabalho emocional dos escutantes ao orientar a sua experiência emocional. De igual modo, a linha de apoio promove processos de gestão emocional individuais (ex. separação identitária) e coletivos (ex. supervisão e reuniões) com vista a resolver potenciais dissonâncias com a cultura emocional da mesma.

Gould et al., 2007, United States of America	Yes	The emotional support and suicide prevention telephone helpline is the intervention itself.	Seriously suicidal individuals reached out to telephone crisis services. Significant decreases in suicidality were found during the course of the telephone session, with continuing decreases in hopelessness and psychological pain in the following weeks. A caller's intent to die at the end of the call was the most potent predictor of subsequent suicidality.
Mishara et al., 2007, United States of America	-	-	Active listening and collaborative problem-solving models describe help provided. Centers vary greatly in the nature of interventions and their quality according to predetermined criteria. Helpers do not systematically assess suicide risk (and when there was some risk assessment it was ususally incomplete). Some lives may have been saved but occasionally unacceptable responses occur (e.g., emergency rescue was not always initiated with suicide attempters).
Ramchand et al., 2017, United States of America	Yes	The emotional support and suicide prevention telephone helplines are the intervention itself.	Call centers are similar with respect to caller characteristics and the concerns callers raise during their calls. The proportion of callers at risk for suicide varied from 3 to 57%. Compliance with asking about current suicide risk, past ideation, and past attempts also ranged considerably. Callers to centers that were part of the National Suicide Prevention Lifeline (NSPL) were more likely to experience reduced distress than callers to centers that were not part of the NSPL.
Rek & Dinger, 2016, Germany	-	-	Compared to a matched nonclinical reference group, trainee counselors reported significantly higher interpersonal values for the scales Harmony (LM) and Helpful Influence (NO). A cluster analysis revealed 3 distinct groups of trainees, which can be described as predominantly submissive-altruistic, helpful-influential, and friendly-harmonious. The 3 groups further differed in the Big Five personality traits Extraversion, Neuroticism and Agreeableness, as well as in self-reported mentalization, attachment anxiety, and avoidance, but not in life satisfaction. Furthermore, the groups differed with regard to their expected future counseling style.
Shaw & Chiang, 2019, Taiwan	Yes	The emotional support and suicide prevention telephone helpline is the intervention itself.	The telephone crisis services prove to have an immediate positive impact on the callers' emotional distress and suicidality (significant decreases in their emotional distress and suicidality could be detected during the course of the telephone session). Learning from the gender, age, and spatial distribution of the callers, the service has its limitation in reaching certain populations. Men, the elderly, and people living outside northern Taiwan were less likely to call the NSPH. An unexpected yet significant finding is that people with an ongoing suicide attempt were less emotionally distressed than those with only suicidal thoughts.
Ingram et al., 2008, United States of America	-	-	Callers consisted of males and females between the ages of 10 and 89. Overall, a slight majority of callers were first time callers (52%) and most (73%) sought assistance with issues related to parenting, youth concerns, and mental health. Across the lifespan, issues dealing with loneliness increased with age whereas depression-related calls decreased. Additionally, females were more

			likely than their male counterparts to call the hotline by over a 2- to 1-margin.
Gould et al., 2021, United States of America	-	-	Third-party callers were most likely to be calling about a family member or friend and were significantly more likely than persons at risk to be female and middle-aged or older. Counselors were able to collect information about suicide risk, and counselors and third parties were nearly always able to identify at least one intervention to aid the person at risk. Emergency services were contacted on 58.1% of the calls, which represents a somewhat higher rate of emergency services involvement than previously reported on imminent risk calls placed by the person at risk. Characteristics of third parties and persons-at-risk each predicted emergency service involvement, but counselor characteristics did not. Non-emergency interventions were implemented on 68.6% of calls.
Barmann, 1980, United States of America	Yes	The therapeutic technique aimed at reducing the number of calls by frequent callers is the intervention itself.	Upon completion of the treatment condition, the mean number of calls per week for those chronic callers who had received weekly calls from the service, was significantly less in comparison with those chronic callers who had not received weekly calls. This trend in the data was maintained during a 9-week follow-up condition.
Barraclough & Shea, 1970, United Kingdom	Yes	The emotional support and suicide prevention telephone helplines are the intervention itself.	Evidence suggests that the Samaritans are postponing or preventing suicide. However, the Samaritan branches may differ in their ability to postpone suicide.
Barraclough et al., 1977, United Kingdom	Yes	The emotional support and suicide prevention telephone helplines are the intervention itself.	The suicide-rate for both groups of boroughs has decreased progressively and to the same extent.
Daigle & Mishara, 1995, Canada	-	-	The 617 intervention profiles could match one of two styles: nondirective (“Rogerian Style”- 391 calls) or directive (226 calls). Further analyses indicated that the particular style of intervention was related more to the characteristics of the callers themselves than to characteristics of volunteers.

De Anda & Smith, 1993, United States of America	-	-	Adults and young adults reported depression as the primary reason for contemplating suicide; adolescents reported interpersonal problems. Despite the chronic nature of the presenting problems, referrals were provided to fewer than one-half of the adults and young adults and fewer than one-third of the adolescent callers. Although the callers reported suicide ideation, a very small percentage fell into the high-risk categories with regard to degree of suicide planfulness and lethality of chosen method.
Gould et al., 2013, United States of America	Yes	Training programme for counsellors on intervention strategies for suicidal behaviour is the intervention itself.	Callers were significantly more likely to feel less depressed, less suicidal, less overwhelmed, and more hopeful by the end of calls handled by ASISTtrained counselors. The improvements in callers' outcomes were linked to ASIST-related counselor interventions, including exploring reasons for living and informal support contacts.
Gould et al., 2016, United States of America	-	-	Helpers actively engaged the callers in collaborating to keep themselves safe on 76.4% of calls and sent emergency services without the callers' collaboration on 24.6% of calls. Four different profiles of imminent risk calls emerged: Class I (high risk - moderate to high engagement), Class II (lowest risk - highest engagement), Class III (moderate to high risk - lower engagement) and Class IV (higher risk - lowest engagement). Caller profiles and some helper characteristics were associated with intervention type.
Hvidt et al., 2016, Denmark	Yes	The emotional support and suicide prevention telephone helplines are the intervention itself.	Several of the 18 included studies showed a positive impact on immediate and intermediate levels of suicidal urgency and on depressive mental states, and they elicited positive feedback from users (mainly callers with chronic mental health problems) and counsellors. However, due to methodological limitations and shortcomings, it still remains unclear whether telephone services fulfil their goal of providing effective crisis intervention that reduces suicidality in their callers.
Jennings et al., 1978, United Kingdom	Yes	The emotional support and suicide prevention telephone helplines are the intervention itself.	No statistically significant differences between Samaritan and control towns were found.
Kalafat et al., 2007, United States of America	Yes	The emotional support and suicide prevention telephone helpline is the intervention itself.	Significant decreases in callers'crisis states and hopelessness were found during the course of the telephone session, with continuing decreases in crisis states and hopelessness in the following weeks.

Lester & Brockopp, 1970, United States of America	-	-	Individuals who called a suicide prevention center a large number of times were found to be very similar in general characteristics to the general population of callers. They were just as likely to be suicidal risks as the average caller. Several types of chronic callers are described (1. callers who used the center to voice anxieties about therapy and criticisms of their present therapist; 2. callers who were seeking treatment of some kind and used the center to help them; 3. callers who called the center to merely ventilate their feelings; 4. callers who called to ventilate their emotions and pursue their delusions). Several possible approaches are outlined for dealing with those who reject therapeutic counsel and who appear to need merely to ventilate their emotions (1. the callers could be discouraged from calling the center; 2. just to listen to the caller; 3. to limit the call of the chronic caller from the outset; 4. to keep a list of chronic callers and to have the professional staff formulate a plan for dealing with the caller).
Meehan & Broom, 2007, South Africa	-	-	Results showed that the majority of callers were female; between the ages of 16 and 18 years; and lived in the provinces of Gauteng, Northwest, or KwaZulu Natal. Callers were more likely to be from urban than rural areas; were still at school, unemployed, or studying at a tertiary institution; and had not previously attempted suicide. The majority of participants were happy with the handling of their call and did perceive the crisis line as helpful.
Mishara et al., 2007b, United States of America	-	-	The relationship between intervention characteristics and call outcomes are reported for 1 431 crisis calls. Empathy and respect, as well as factor-analytically derived scales of supportive approach and good contact and collaborative problem solving were significantly related to positive outcomes, but not active listening.
Mishara & Giroux, 1993, Canada	-	-	The amount of experience in telephone intervention with suicidal persons predicted stress level before the shift; volunteers with more experience tended to be less stressed. Stress during the most urgent call was related first to the level of urgency of the call, then to the total length of all calls received, followed by the coping mechanisms of magical thinking, detachment, and feeling personally responsible. Stress after the shift was related first to the total amount of time spent on calls, then to the number of other persons present during the shift. Stress after the shift was also negatively related to amount of education and having realistic expectations about interventions. Magical thinking was positively related to stress, and the mechanism of positive thinking was negatively related. A high proportion of volunteers had attempted suicide, had previous thoughts about suicide, and had known persons who attempted or died by suicide.

Mishara & Daigle, 1997, Canada	Yes	The intervention are the types of counsellors that provide services on the helplines.	Outcome measures showed observer evaluations of decreased depressive mood from the beginning to the end in 14% of calls, decreased suicidal urgency ratings from the beginning to the end in 27% of calls, and reaching a contract in 68% of calls, of which 54% of contracts were upheld according to follow-up data.Within the context of relatively directive interventions, a greater proportion of "Rogerian" nondirective responses was related to significantly more decreases in depression. Reduction in urgency and reaching a contract were related to greater use of Rogerian response categories only with nonchronic callers.
Ohtaki et al., 2017, Japan	-	-	About 14% of the callers had suicidal ideation and 6% had a history of attempted suicide. The odds ratio for suicidal ideation among those with a history of attempted suicide was 15.5. The suicidal ideation rate was much smaller compared to previous studies in other countries.
Ramsey et al., 2019, United Kingdom	-	-	Clients who had “check-in” calls were significantly less likely to die by suicide. Those with a substance dependency or those who had made a prior suicide attempt were significantly more likely to die by suicide. Duration of service access had a negative association with suicide risk.
Sawyer & Jameton, 1979, United States of America	-	-	Of this group, 51% were diagnosed as drug or alcohol dependent. It was also noted that 4 of the 67 were known to have committed suicide and that another 37 (55%) had made suicide attempts. A surprising finding was that 47% of the group was eventually referred to an ongoing treatment resource and stopped calling the hotline.
Witte et al., 2010, United States of America	-	-	The authors found consistent evidence for a two-factor solution, with one factor representing a more pernicious form of suicide risk (e.g., Resolved Plans and Preparations; RPP) and one factor representing milder suicidal ideation (e.g., Suicidal Desire and Ideation; SDI). The RPP factor trended toward being more predictive of suicidal ideation at follow-up than the SDI factor.

Apêndice E

Tabela de Análise de Dados dos Estudos: Referências Bibliográficas

Categorias e subcategorias	Estudos	Referências bibliográficas dos estudos
	n	
Tipos de estudo		
Estudo primário	55	Barber et al., 2004; Barmann, 1980; Barraclough & Shea, 1970; Barraclough et al., 1977; Bryant, 1998; Coveney et al., 2012; Daigle & Mishara, 1995; De Anda & Smith, 1993; Di Napoli & Andreatta, 2014; Dinger et al., 2019; Doki et al., 2016; Fakhoury, 2000; Fonseca, 2012; Goldbach et al., 2019; Gould et al., 2007; Gould et al., 2013; Gould et al., 2016; Gould et al., 2021; Heinz et al., 2019; Ingram et al., 2008; Iqbal et al., 2019; Jennings et al., 1978; Kalafat et al., 2007; Karver et al., 2010; King et al., 2003; Kitchingman et al., 2015; Kitchingman et al., 2018a; Kontaxakis et al., 1994; Lester & Brockopp, 1970; Meehan & Broom, 2007; Middleton et al., 2016; Middleton et al., 2017; Mishara & Daigle, 1997; Mishara & Giroux, 1993; Mishara et al., 2007a; Mishara et al., 2007b; Mishara et al., 2016; Ohtaki et al., 2017; O'Neill et al., 2019; Pil et al., 2013; Porter et al., 1997; Ramchand et al., 2017; Ramsey et al., 2019; Rek & Dinger, 2016; Sawyer & Jameton, 1979; Shaw & Chiang, 2019; Skruibis et al., 2021; Spittal et al., 2015; Turkington, Mulvenna, Bond, Ennis, et al., 2020; Turkington, Mulvenna, Bond, O'Neill, et al., 2020; Tyson et al., 2016; Villanueva et al., 2019; Watling et al., 2021; Watson et al., 2006; Witte et al., 2010
Estudo secundário	2	Hvidt et al., 2016; Kitchingman et al., 2018b

Estudo quantitativo	40	Barmann, 1980; Barraclough & Shea, 1970; Barraclough et al., 1977; Daigle & Mishara, 1995; De Anda & Smith, 1993; Dinger et al., 2019; Gould et al., 2013; Gould et al., 2016; Gould et al., 2021; Heinz et al., 2019; Iqbal et al., 2019; Jennings et al., 1978; Karver et al., 2010; King et al., 2003; Kitchingman et al., 2015; Kitchingman et al., 2018a; Kontaxakis et al., 1994; Lester & Brockopp, 1970; Middleton et al., 2017; Mishara & Daigle, 1997; Mishara & Giroux, 1993; Mishara et al., 2007b; Mishara et al., 2016; Ohtaki et al., 2017; O'Neill et al., 2019; Pil et al., 2013; Porter et al., 1997; Ramchand et al., 2017; Ramsey et al., 2019; Rek & Dinger, 2016; Sawyer & Jameton, 1979; Shaw & Chiang, 2019; Skruibis et al., 2021; Spittal et al., 2015; Turkington, Mulvenna, Bond, Ennis, et al., 2020; Turkington, Mulvenna, Bond, O'Neill, et al., 2020; Villanueva et al., 2019; Watling et al., 2021; Watson et al., 2006; Witte et al., 2010
Estudo misto	12	Barber et al., 2004; Bryant, 1998; Coveney et al., 2012; Doki et al., 2016; Fakhoury, 2000; Goldbach et al., 2019; Gould et al., 2007; Ingram et al., 2008; Kalafat et al., 2007; Meehan & Broom, 2007; Mishara et al., 2007a; Tyson et al., 2016
Estudo qualitativo	5	Di Napoli & Andreatta, 2014; Fonseca, 2012; Hvidt et al., 2016; Kitchingman et al., 2018b; Middleton et al., 2016
Focos de estudo		
Evidências científicas acerca da eficácia das linhas	16	Barmann, 1980; Barraclough & Shea, 1970; Barraclough et al., 1977; Gould et al., 2007; Gould et al., 2013; Hvidt et al., 2016; Jennings et al., 1978; Kalafat et al., 2007; King et al., 2003; Mishara & Daigle, 1997; Mishara et al., 2016; Pil et al., 2013; Ramchand et al., 2017; Shaw & Chiang, 2019; Skruibis et al., 2021; Tyson et al., 2016

Modo de funcionamento das linhas	18	Bryant, 1998; Coveney et al., 2012; Daigle & Mishara, 1995; De Anda & Smith, 1993; Di Napoli & Andreatta, 2014; Fakhoury, 2000; Fonseca, 2012; Gould et al., 2016; Gould et al., 2021; Kitchingman et al., 2015; Meehan & Broom, 2007; Mishara et al., 2007a; Mishara et al., 2007b; Ramchand et al., 2017; Turkington, Mulvenna, Bond, Ennis, et al., 2020; Watling et al., 2021; Watson et al., 2006; Witte et al., 2010
Apelantes	29	Barber et al., 2004; Bryant, 1998; Coveney et al., 2012; De Anda & Smith, 1993; Di Napoli & Andreatta, 2014; Doki et al., 2016; Fakhoury, 2000; Goldbach et al., 2019; Gould et al., 2007; Gould et al., 2016; Gould et al., 2021; Ingram et al., 2008; Iqbal et al., 2019; Kontaxakis et al., 1994; Lester & Brockopp, 1970; Meehan & Broom, 2007; Middleton et al., 2016; Middleton et al., 2017; O'Neill et al., 2019; Ohtaki et al., 2017; Porter et al., 1997; Ramchand et al., 2017; Ramsey et al., 2019; Sawyer & Jameton, 1979; Shaw & Chiang, 2019; Spittal et al., 2015; Turkington, Mulvenna, Bond, O'Neill, et al., 2020; Villanueva et al., 2019; Watson et al., 2006
Escutantes	9	Di Napoli & Andreatta, 2014; Dinger et al., 2019; Heinz et al., 2019; Karver et al., 2010; Kitchingman et al., 2015; Kitchingman et al., 2018a; Kitchingman et al., 2018b; Mishara & Giroux, 1993; Rek & Dinger, 2016
Participantes		
Apelantes	22	Barber et al., 2004; Barmann, 1980; Coveney et al., 2012; De Anda & Smith, 1993; Goldbach et al., 2019; Gould et al., 2007; Gould et al., 2013; Kalafat et al., 2007; King et al., 2003; Kontaxakis et al., 1994; Lester & Brockopp, 1970; Meehan & Broom, 2007; Middleton et al., 2016; Middleton et al., 2017; Pil et al., 2013; Porter et al., 1997; Sawyer & Jameton, 1979; Shaw & Chiang, 2019; Spittal et al., 2015; Tyson et al., 2016; Villanueva et al., 2019; Witte et al., 2010

Escutantes	16	Daigle & Mishara, 1995; Di Napoli & Andreatta, 2014; Dinger et al., 2019; Fonseca, 2012; Gould et al., 2016; Gould et al., 2021; Heinz et al., 2019; Karver et al., 2010; Kitchingman et al., 2015; Kitchingman et al., 2018a; Mishara & Daigle, 1997; Mishara & Giroux, 1993; Mishara et al., 2016; Rek & Dinger, 2016; Skruibis et al., 2021; Tyson et al., 2016
Chamadas	14	Bryant, 1998; Doki et al., 2016; Fakhoury, 2000; Ingram et al., 2008; Iqbal et al., 2019; Mishara et al., 2007a; Mishara et al., 2007b; Ohtaki et al., 2017; O'Neill et al., 2019; Ramchand et al., 2017; Turkington, Mulvenna, Bond, Ennis, et al., 2020; Turkington, Mulvenna, Bond, O'Neill, et al., 2020; Watling et al., 2021; Watson et al., 2006
Estudos	2	Hvidt et al., 2016; Kitchingman et al., 2018b
Linhas	2	Barraclough et al., 1977; Jennings et al., 1978
Suicídios	2	Barraclough & Shea, 1970; Ramsey et al., 2019
Variáveis		
Evidências científicas da eficácia das linhas	8	Gould et al., 2013; Hvidt et al., 2016; Kalafat et al., 2007; Mishara et al., 2007b; Mishara et al., 2016; Pil et al., 2013; Ramchand et al., 2017; Shaw & Chiang, 2019
Eficácia das linhas	7	Gould et al., 2013; Hvidt et al., 2016; Kalafat et al., 2007; Mishara et al., 2007b; Mishara et al., 2016; Ramchand et al., 2017; Shaw & Chiang, 2019
Custo-efetividade das linhas	1	Pil et al., 2013

Modo de funcionamento das linhas	30	Barmann, 1980; Barraclough & Shea, 1970; Barraclough et al., 1977; Coveney et al., 2012; Daigle & Mishara, 1995; De Anda & Smith, 1993; Di Napoli & Andreatta, 2014; Doki et al., 2016; Fonseca, 2012; Gould et al., 2007; Gould et al., 2016; Gould et al., 2021; Iqbal et al., 2019; Jennings et al., 1978; Kitchingman et al., 2015; Kontaxakis et al., 1994; Lester & Brockopp, 1970; Meehan & Broom, 2007; Middleton et al., 2016; Middleton et al., 2017; Mishara & Daigle, 1997; Mishara et al., 2007a; Mishara et al., 2007b; O'Neill et al., 2019; Ramchand et al., 2017; Ramsey et al., 2019; Sawyer & Jameton, 1979; Turkington et al., 2020a; Watling et al., 2021; Witte et al., 2010
Atividades das linhas	1	Fonseca, 2012
Estilos e tipos de intervenção	10	Daigle & Mishara, 1995; De Anda & Smith, 1993; Gould et al., 2016; Gould et al., 2021; Lester & Brockopp, 1970; Middleton et al., 2016; Mishara & Daigle, 1997; Mishara et al., 2007a; Mishara et al., 2007b; Ramchand et al., 2017
Instrumentos de avaliação	2	Kitchingman et al., 2015; Witte et al., 2010
Estatísticas	14	Barmann, 1980; Barraclough & Shea, 1970; Barraclough et al., 1977; Di Napoli & Andreatta, 2014; Doki et al., 2016; Iqbal et al., 2019; Jennings et al., 1978; Kontaxakis et al., 1994; Middleton et al., 2017; O'Neill et al., 2019; Ramsey et al., 2019; Sawyer & Jameton, 1979; Turkington, Mulvenna, Bond, Ennis, et al., 2020; Watling et al., 2021
Avaliação dos serviços prestados	3	Coveney et al., 2012; Gould et al., 2007; Meehan & Broom, 2007

Apelantes	36	Barber et al., 2004; Bryant, 1998; Coveney et al., 2012; De Anda & Smith, 1993; Di Napoli & Andreatta, 2014; Doki et al., 2016; Fakhoury, 2000; Goldbach et al., 2019; Gould et al., 2007; Gould et al., 2016; Gould et al., 2021; Ingram et al., 2008; Iqbal et al., 2019; King et al., 2003; Kontaxakis et al., 1994; Lester & Brockopp, 1970; Meehan & Broom, 2007; Middleton et al., 2016; Middleton et al., 2017; Mishara & Daigle, 1997; Mishara et al., 2007a; Mishara et al., 2007b; Mishara et al., 2016; Ohtaki et al., 2017; Porter et al., 1997; Ramchand et al., 2017; Ramsey et al., 2019; Sawyer & Jameton, 1979; Shaw & Chiang, 2019; Spittal et al., 2015; Turkington, Mulvenna, Bond, Ennis, et al., 2020; Turkington, Mulvenna, Bond, O'Neill, et al., 2020; Tyson et al., 2016; Villanueva et al., 2019; Watling et al., 2021; Watson et al., 2006
Tipos de apelantes e suas características	4	Ingram et al., 2008; Lester & Brockopp, 1970; Middleton et al., 2016; Turkington, Mulvenna, Bond, Ennis, et al., 2020
Descrição clínica	31	Barber et al., 2004; Coveney et al., 2012; De Anda & Smith, 1993; Doki et al., 2016; Fakhoury, 2000; Goldbach et al., 2019; Gould et al., 2007; Gould et al., 2016; Gould et al., 2021; Ingram et al., 2008; Iqbal et al., 2019; King et al., 2003; Kontaxakis et al., 1994; Lester & Brockopp, 1970; Meehan & Broom, 2007; Middleton et al., 2017; Mishara & Daigle, 1997; Mishara et al., 2007a; Mishara et al., 2007b; Mishara et al., 2016; Ohtaki et al., 2017; Porter et al., 1997; Ramchand et al., 2017; Ramsey et al., 2019; Sawyer & Jameton, 1979; Shaw & Chiang, 2019; Spittal et al., 2015; Turkington, Mulvenna, Bond, O'Neill, et al., 2020; Tyson et al., 2016; Villanueva et al., 2019; Watson et al., 2006

Motivos das chamadas	18	Barber et al., 2004; Bryant, 1998; Coveney et al., 2012; Di Napoli & Andreatta, 2014; Doki et al., 2016; Fakhoury, 2000; Goldbach et al., 2019; Ingram et al., 2008; Iqbal et al., 2019; Kontaxakis et al., 1994; Lester & Brockopp, 1970; Middleton et al., 2016; Middleton et al., 2017; Ramchand et al., 2017; Spittal et al., 2015; Turkington, Mulvenna, Bond, O'Neill, et al., 2020; Watling et al., 2021; Watson et al., 2006
Escutantes	12	Di Napoli & Andreatta, 2014; Dinger et al., 2019; Fonseca, 2012; Heinz et al., 2019; Karver et al., 2010; Kitchingman et al., 2015; Kitchingman et al., 2018a; Kitchingman et al., 2018b; Mishara & Giroux, 1993; Mishara et al., 2016; Rek & Dinger, 2016; Skruibis et al., 2021
Características dos escutantes	5	Dinger et al., 2019; Heinz et al., 2019; Mishara & Giroux, 1993; Rek & Dinger, 2016; Skruibis et al., 2021
Motivações para a prestação do serviço	1	Di Napoli & Andreatta, 2014
Experiências no contexto das linhas	11	Di Napoli & Andreatta, 2014; Dinger et al., 2019; Fonseca, 2012; Heinz et al., 2019; Karver et al., 2010; Kitchingman et al., 2015; Kitchingman et al., 2018a; Mishara & Giroux, 1993; Mishara et al., 2016; Rek & Dinger, 2016; Skruibis et al., 2021
Impacto psicológico do serviço	3	Kitchingman et al., 2018a; Kitchingman et al., 2018b; Mishara & Giroux, 1993
Instrumentos		

Apelantes	21 estudos	Barber et al., 2004; Barmann, 1980; Coveney et al., 2012; De Anda & Smith, 1993; Goldbach et al., 2019; Gould et al., 2007; Gould et al., 2013; Kalafat et al., 2007; King et al., 2003; Kontaxakis et al., 1994; Meehan & Broom, 2007; Middleton et al., 2016; Middleton et al., 2017; Pil et al., 2013; Porter et al., 1997; Sawyer & Jameton, 1979; Shaw & Chiang, 2019; Spittal et al., 2015; Tyson et al., 2016; Villanueva et al., 2019; Witte et al., 2010
Questionários	16	Coveney et al., 2012; Goldbach et al., 2019; Gould et al., 2007; Gould et al., 2013; Kalafat et al., 2007; King et al., 2003; Kontaxakis et al., 1994; Meehan & Broom, 2007; Middleton et al., 2017; Shaw & Chiang, 2019; Tyson et al., 2016; Villanueva et al., 2019; Witte et al., 2010
Registos das linhas	8	Barber et al., 2004; Barmann, 1980; De Anda & Smith, 1993; Meehan & Broom, 2007; Porter et al., 1997; Sawyer & Jameton, 1979
Bases de dados	3	Gould et al., 2013; Pil et al., 2013; Spittal et al., 2015
Software informático	1	Middleton et al., 2016
Entrevista semiestruturada	1	Middleton et al., 2016
Instrumentos existentes	14 instrumentos	Barber et al., 2004; Barmann, 1980; De Anda & Smith, 1993; Gould et al., 2013; Kalafat et al., 2007; Middleton et al., 2016; Pil et al., 2013; Porter et al., 1997; Shaw & Chiang, 2019; Spittal et al., 2015; Villanueva et al., 2019; Witte et al., 2010

Instrumentos construídos para o estudo	15 instrumentos	Coveney et al., 2012; De Anda & Smith, 1993; Goldbach et al., 2019; Gould et al., 2007; Gould et al., 2013; Kalafat et al., 2007; King et al., 2003; Kontaxakis et al., 1994; Meehan & Broom, 2007; Middleton et al., 2016; Middleton et al., 2017; Sawyer & Jameton, 1979; Tyson et al., 2016; Witte et al., 2010
Escutantes	15 estudos	Daigle & Mishara, 1995; Di Napoli & Andreatta, 2014; Dinger et al., 2019; Fonseca, 2012; Gould et al., 2016; Gould et al., 2021; Heinz et al., 2019; Karver et al., 2010; Kitchingman et al., 2015; Kitchingman et al., 2018a; Mishara & Daigle, 1997; Mishara & Giroux, 1993; Mishara et al., 2016; Rek & Dinger, 2016; Skruibis et al., 2021
Questionários	35	Daigle & Mishara, 1995; Di Napoli & Andreatta, 2014; Dinger et al., 2019; Gould et al., 2016; Gould et al., 2021; Heinz et al., 2019; Karver et al., 2010; Kitchingman et al., 2015; Kitchingman et al., 2018a; Mishara & Daigle, 1997; Mishara & Giroux, 1993; Mishara et al., 2016; Rek & Dinger, 2016; Skruibis et al., 2021
Entrevistas semiestruturadas	2	Di Napoli & Andreatta, 2014; Fonseca, 2012
Instrumentos existentes	23 instrumentos	Dinger et al., 2019; Gould et al., 2021; Heinz et al., 2019; Kitchingman et al., 2018a; Mishara & Daigle, 1997; Mishara & Giroux, 1993; Mishara et al., 2016; Rek & Dinger, 2016; Skruibis et al., 2021
Instrumentos construídos para o estudo	14 instrumentos	Daigle & Mishara, 1995; Di Napoli & Andreatta, 2014; Fonseca, 2012; Gould et al., 2016; Gould et al., 2021; Heinz et al., 2019; Karver et al., 2010; Kitchingman et al., 2015; Mishara & Daigle, 1997; Mishara & Giroux, 1993

Chamadas	14 estudos	Bryant, 1998; Doki et al., 2016; Fakhoury, 2000; Ingram et al., 2008; Iqbal et al., 2019; Mishara et al., 2007a; Mishara et al., 2007b; Ohtaki et al., 2017; O'Neill et al., 2019; Ramchand et al., 2017; Turkington, Mulvenna, Bond, Ennis, et al., 2020; Turkington, Mulvenna, Bond, O'Neill, et al., 2020; Watling et al., 2021; Watson et al., 2006
Questionários	4	Mishara et al., 2007a; Mishara et al., 2007b
Registos das linhas	5	Bryant, 1998; Ingram et al., 2008; Iqbal et al., 2019; Ohtaki et al., 2017; Ramchand et al., 2017
Bases de dados	6	Doki et al., 2016; Fakhoury, 2000; O'Neill et al., 2019; Turkington, Mulvenna, Bond, O'Neill, et al., 2020; Watling et al., 2021; Watson et al., 2006
Software informático	1	Turkington, Mulvenna, Bond, Ennis, et al., 2020
Instrumentos existentes	11 instrumentos	Bryant, 1998; Doki et al., 2016; Fakhoury, 2000; Iqbal et al., 2019; Mishara et al., 2007b; O'Neill et al., 2019; Ramchand et al., 2017; Turkington, Mulvenna, Bond, Ennis, et al., 2020; Turkington, Mulvenna, Bond, O'Neill, et al., 2020; Watling et al., 2021; Watson et al., 2006
Instrumentos construídos para o estudo	5 instrumentos	Ingram et al., 2008; Mishara et al., 2007a; Mishara et al., 2007b; Ohtaki et al., 2017
Estudos	2 estudos	Hvidt et al., 2016; Kitchingman et al., 2018b
PRISMA	2	Hvidt et al., 2016; Kitchingman et al., 2018b
Instrumentos existentes	2 instrumentos	Hvidt et al., 2016; Kitchingman et al., 2018b
Suicídios	2 estudos	Barraclough & Shea, 1970; Ramsey et al., 2019
Bases de dados e/ou outros registos	3	Barraclough & Shea, 1970; Ramsey et al., 2019
Recortes de jornal	1	Barraclough & Shea, 1970
Instrumentos existentes	4	Barraclough & Shea, 1970; Ramsey et al., 2019

Intervenção e tipos de intervenção	16	Barmann, 1980; Barraclough & Shea, 1970; Barraclough et al., 1977; Gould et al., 2007; Gould et al., 2013; Hvidt et al., 2016; Jennings et al., 1978; Kalafat et al., 2007; King et al., 2003; Skruibis et al., 2021; Mishara & Daigle, 1997; Mishara et al., 2016: Pil et al., 2013; Ramchand et al., 2017; Shaw & Chiang, 2019; Tyson et al., 2016
Linha de apoio emocional e prevenção do suicídio	11	Barraclough & Shea, 1970; Barraclough et al., 1977; Gould et al., 2007; Hvidt et al., 2016; Jennings et al., 1978; Kalafat et al., 2007; King et al., 2003; Pil et al., 2013; Ramchand et al., 2017; Shaw & Chiang, 2019; Tyson et al., 2016
Estilos de intervenção para apelantes suicidas	1	Mishara & Daigle, 1997
Tipos de escutantes que prestam serviço	1	Mishara et al., 2016
Programas de treino para escutantes sobre suicidalidade	2	Gould et al., 2013; Skruibis et al., 2021
Técnica terapêutica para apelantes habituais	1	Barmann, 1980

Nota. O *n* total de estudos das subcategorias pode ser superior ao *n* total de estudos considerados nesta scoping review. Isto ocorre porque alguns estudos pertencem a mais do que uma subcategoria.

Apêndice F

Guião de Entrevista Semi-Diretiva aos Responsáveis das Linhas SOS[2]

Introdução

Gostaria de começar por lhe agradecer a disponibilidade para estar presente nesta entrevista e contribuir para este projeto. Conforme explicado no consentimento informado, esta entrevista destina-se a obter informações sobre o funcionamento e a abordagem utilizada nas linhas de apoio emocional, pelo que toda a informação que possa partilhar comigo a este respeito será de toda a pertinência. A ideia será conversarmos acerca do funcionamento da vossa linha e das práticas utilizadas, da participação dos escutantes e da afluência dos apelantes, da incidência da temática do suicídio, das dificuldades e dos desafios que enfrentam, das soluções que têm encontrado e, ainda, da eficácia da vossa prestação. Colocarei algumas questões, mas sinta-se à vontade para ir falando das diversas temáticas como melhor entender. Gostaria de ver esclarecida alguma dúvida?

Grupo 1. Modo de funcionamento das linhas de apoio emocional

Questão aberta G1: Gostaria que começasse por me falar dos objetivos da linha, do público a que se dirige, dos apelantes que costumam ter, da frequência das chamadas nas várias épocas do ano e das temáticas que levam os apelantes a procurar a vossa ajuda?

1. Quais são os objetivos desta linha?
2. Qual é o público-alvo para o qual a linha se dirige?
3. Qual é o perfil geral dos apelantes (*e.g.*, género, faixa etária…)?
4. Quais são os temas mais abordados nas chamadas recebidas?
5. Possuem dados estatísticos relativos às chamadas recebidas?
   - **5.1.** Em média, quantas chamadas recebem por mês? E por ano?
   - **5.2.** Em que meses ou épocas do ano costumam receber mais pedidos?
   - **5.3.** Têm conhecimento da quantidade de chamadas com conteúdo suicida?
   - **5.4.** Em que meses ou épocas do ano costumam receber mais chamadas com conteúdo suicida?

Grupo 2. Formação e suporte aos escutantes que desempenham atividades nestes serviços

[2] Esta entrevista baseou-se na utilizada por Fonseca, em 2012. Fonseca, F. (2012). *Ajudar na dose certa: O trabalho emocional numa linha telefónica de apoio em crise pessoal* [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade do Porto.

Questão aberta G2: Uma outra grande questão que gostava que me explicasse sobre o funcionamento da linha prende-se com tudo o que diz respeito a quem assegura o trabalho de atendimento das chamadas, à forma de recrutamento dessas pessoas, à preparação, ao acompanhamento, às dificuldades, à rotatividade…?

6. Quem assegura o atendimento das chamadas (*e.g.*, voluntários, profissionais especializados…)?

7. Qual a sua perspetiva sobre a importância dos escutantes serem voluntários ou profissionais?

8. Qual o processo de recrutamento que utilizam para os escutantes?

9. No processo de seleção, quais são as características que procuram num escutante para este tipo de linha?

10. Quantos escutantes trabalham habitualmente na linha e em que medida considera ser o número adequado?

11. Como é que os escutantes são preparados para integrar esta linha?

- **11.1.** Há formação especializada?
- **11.2.** Qual o modelo de atendimento que ensinam (*e.g.*, não diretivo da escuta ativa – escutar, apoiar, não julgar, respeitar as decisões do apelante, mesmo quando existe risco iminente de suicídio – ou diretivo da resolução de problemas – definição dos problemas, busca de soluções, fornecimento de recomendações, acionar resgate de emergência quando existe risco iminente de suicídio)?
- **11.3.** A formação é individual ou em grupo?
- **11.4.** Quantas horas são necessárias?
- **11.5.** Quem é o responsável pela formação (*e.g.*, profissional de saúde mental)?
- **11.6.** Que tipo de conteúdos são lecionados?
- **11.7.** São abordados conteúdos sobre os comportamentos suicidários?

12. Existe algum tipo de supervisão ou orientação profissional para os escutantes (*e.g.*, os escutantes mais experientes supervisionam os menos experientes, acompanhamento por profissionais de saúde mental…)?

13. Na sua opinião, em que medida a sua equipa sofre com o impacto dos telefonemas que vai atendendo?

14. Gostaria de saber se os escutantes têm acesso a algum tipo de suporte ou recurso psicológico disponível para si próprios (*e.g.*, grupo de apoio, psicólogo a quem possam recorrer…)?

15. Em que medida existe muita rotatividade e mudanças na equipa de escutantes desta linha e o que considera levar alguns escutantes a desistir da colaboração?

Grupo 3. Práticas de atuação das linhas telefónicas de ajuda

Questão aberta G3: O que me pode dizer quanto à caraterização da intervenção, orientações seguidas pela vossa linha...?

16. Quais considera ser, do ponto de vista do trabalho desenvolvido pelos escutantes, as situações de maior desafio?

17. Existem guidelines ou protocolos específicos de atuação para as chamadas?

17.1. Se sim, que tipo de abordagens utilizam nas chamadas (*e.g.*, abordagem não diretiva baseada na escuta ativa, abordagem diretiva centrada na resolução de problemas…)?

18. E nos casos de chamadas com conteúdo suicida? Existem guidelines ou protocolos específicos?

18.1. Pode falar-me um pouco sobre os procedimentos usados nesses casos?

18.2. Fazem avaliação do risco de suicídio aos apelantes (*e.g.*, em todas as chamadas, se desconfiar, se se tornar cada vez mais evidente durante a chamada, apenas se o apelante mencionar o tema, nunca…)?

18.3. Em situações de tentativa de suicídio com perigo iminente, de que forma procedem (*e.g.*, contactam os serviços de emergência…)?

18.4. Caso não haja guidelines: Considera que há necessidade de dispor de guidelines ou protocolos de atuação para situações com conteúdos suicida?

19. Têm parcerias com serviços de referenciação mental, quando é necessário encaminhar os apelantes para esse tipo de apoios?

Grupo 4. Experiência pessoal, reflexões e balanço em relação ao trabalho na linha

Questão aberta G4: Finalmente, gostaria de ouvi-lo/a acerca da sua experiência como dirigente da linha, como chegou até aqui, qual a sua motivação, com que dificuldades se tem deparado, quais os motivos de maior satisfação e orgulho que tem tido com a linha…?

Questão aberta G4: Pessoalmente, qual o significado que têm para si os comportamentos suicidários?

20. O que o motiva a desempenhar a sua função numa linha deste tipo e como surgiu esta oportunidade na sua vida?

21. Como dirigente da linha, quais as maiores dificuldades com que se confronta? E quais os melhoramentos que considera que seria mais importante conquistar?

22. Gostaria também de o/a ouvir acerca dos aspetos que são, na sua perspetiva, os pontos fortes, motivos de grande orgulho no vosso trabalho?

23. Será que conseguiria eleger assim um momento particularmente marcante da sua experiência na linha, mais positivo ou negativo, em que me possa descrever com detalhe o acontecimento e como foi para si?

24. Em que medida, na sua opinião, a intervenção em situações que envolvem temáticas de suicídio carecem de uma especificidade de formação, intervenção e suporte aos escutantes, em relação às restantes?

25. Na sua opinião, em que medida seriam necessárias estatísticas nacionais acerca dos apelantes das linhas em Portugal?

26. Por fim, qual é o significado que atribui aos comportamentos suicidários?

Finalização

Há assim mais algum aspeto do qual seria importante falar? Alguma sugestão que nos queira deixar? Algum comentário que queira fazer antes de terminarmos a entrevista?

Apêndice G

Protocolo de Recolha de Dados dos Escutantes

Secção I. Características sociodemográficas, estatuto e formação na linha.

1. Qual é o género com que mais se identifica?
    - Feminino
    - Masculino
    - Outro
    - Prefiro não dizer
2. Indique a sua idade: ___
3. Qual é o seu estado civil?
    - Solteiro
    - União de Facto
    - Casado
    - Divorciado
    - Viúvo
4. Indique as suas habilitações literárias:
    - 1º ciclo ou 4º ano
    - 2º ciclo ou 6º ano
    - 3º ciclo ou 9º ano
    - Ensino secundário
    - Licenciatura
    - Mestrado
    - Doutoramento
5. Caso tenha uma formação superior, indique em que área: _____
6. Indique a sua situação ocupacional:
    - Estudante. Curso? _____
    - A trabalhar. Profissão? _____
    - Desempregado/a
    - Não trabalha por opção
    - Reformado/a
7. Indique o número de anos de experiência como escutante em linhas de apoio emocional: ___
8. Qual é o seu estatuto dentro desta linha de apoio emocional?
    - Voluntário/a

- Profissional
- Já não colaboro

9. Indique o ano em que iniciou e, caso se aplique, o ano em que terminou a sua colaboração nesta linha de apoio:

- Início: ____
- Fim: ____

10. Indique o número de horas mensais que, habitualmente, despende (ou despendia) na linha: ___

11. Indique se foi alvo de um processo de seleção para entrar na linha:

- Sim
- Não

12. Considera que a seleção pela qual passou, para fazer parte da linha, em termos de exigência foi:

- Pouco exigente
- Mediamente exigente
- Muito exigente
- Não se aplica

13. Indique se recebeu formação especializada para exercer funções na linha:

- Sim
- Não

14. Recebeu formação especializada no âmbito dos comportamentos suicidários (independentemente do contexto onde essa formação possa ter ocorrido)?

- Sim
- Não

15. Se teve formação acerca dos comportamentos suicidários, em que medida considera que a mesma foi útil numa escala de 1 a 5, onde 1 significa "nada útil" e 5 "muito útil"?

1 2 3 4 5 Não se aplica

16. Se teve formação acerca dos comportamentos suicidários, em que medida considera que a mesma foi suficiente numa escala de 1 a 5, onde 1 significa "nada suficiente" e 5 "muito suficiente"?

1 2 3 4 5 Não se aplica

17. Em que medida se sente informado/a relativamente à temática da depressão, tendo por base uma escala de 1 a 5, onde 1 significa "pobremente informado/a" e 5 "muito bem informado/a"?

1 2 3 4 5

18. Em que medida se sente informado/a relativamente à temática da suicidalidade, tendo por base uma escala de 1 a 5, onde 1 significa "pobremente informado/a" e 5 "muito bem informado/a"?

1 2 3 4 5

Secção II. Competência percebida dos escutantes.

19. Leia cada uma das afirmações e assinale, numa escala de 1 a 5, até que ponto cada uma das frases é verdadeira para si.

Nada verdadeira	**Pouco verdadeira**	**Algo verdadeira**	**Muito verdadeira**	**Totalmente verdadeira**
1	**2**	**3**	**4**	**5**

(1) Sinto confiança na minha capacidade de ouvir dedicadamente os outros.	**1 2 3 4 5**
(2) Presentemente, sinto que tenho as competências e as qualidades necessárias para exercer as minhas funções na linha de apoio.	**1 2 3 4 5**
(3) Sinto que sou capaz de não falhar na prestação de apoio a um apelante.	**1 2 3 4 5**
(4) Consigo fazer o que é necessário para assegurar o atendimento de uma chamada de um apelante.	**1 2 3 4 5**
(5) Sinto que os apelantes ficam, em geral, muito aliviados após a minha escuta.	**1 2 3 4 5**
(6) Sinto que consigo fazer uma diferença positiva na vida dos apelantes.	**1 2 3 4 5**
(7) Sinto que consigo aliviar o sofrimento dos apelantes.	**1 2 3 4 5**
(8) Sinto que consigo fazer com que alguns apelantes adiem a intenção de pôr termo à própria vida.	**1 2 3 4 5**

Secção III. Práticas de atuação em relação aos apelantes.

20. No exercício das suas funções, alguma vez atendeu uma chamada com conteúdo suicida?

- Sim
- Não

21. Nas chamadas que habitualmente atende (ou atendia), quando é que coloca (ou colocava) questões concretas sobre suicidalidade?

- Em todas as chamadas
- Se desconfiar (ou desconfiasse)
- Se se tornar (ou se tornasse) cada vez mais evidente durante a conversa
- Apenas se o apelante mencionar (ou mencionasse) o tema
- Nunca

22. Pense na sua última chamada sobre suicidalidade. Que tipo de comportamento suicidário foi mencionado pelo apelante?

- Desejo de morrer
- Pensamentos ocasionais sobre suicídio
- Pensamentos recorrentes sobre suicídio
- Plano detalhado de um ato suicida
- Comportamento suicida ativo
- Nenhum
- Não sei
- Outro: _____
- Não se aplica

23. Como é que geriu a chamada anterior? (Indique todas as opções que se aplicam)

- Não entrei em detalhes
- Perguntei as razões
- Informei acerca de contactos específicos
- Aconselhei a procurar ajuda imediata
- Liguei para uma ambulância ou para a polícia
- Não sei
- Outro: _____
- Não se aplica

Secção IV. Escala de Conhecimento sobre Suicídio – Forma Reduzida (ECSS-FR).

24. Leia os itens abaixo e marque-os como verdadeiros, falsos ou não sei.

Verdadeiro	**Falso**	**Não sei**
1	**2**	**3**

(1) Se avaliadas por um psiquiatra, todas as pessoas que morrem por suicídio seriam diagnosticadas como deprimidas.	**1**	**2**	**3**
(2) Ser acompanhado por um psiquiatra ou psicólogo pode ajudar a prevenir que alguém morra por suicídio.	**1**	**2**	**3**
(3) A maioria das pessoas que morrem por suicídio possuem esquizofrenia.	**1**	**2**	**3**
(4) Existe uma forte relação entre alcoolismo e suicídio.	**1**	**2**	**3**
(5) Pessoas que conversam sobre suicídio raramente se matam.	**1**	**2**	**3**
(6) Pessoas que querem tentar suicídio podem mudar de ideia rapidamente.	**1**	**2**	**3**
(7) Falar sobre suicídio aumenta sempre o risco de suicídio.	**1**	**2**	**3**
(8) Nem todas as pessoas que tentam suicídio planeiam previamente as suas tentativas.	**1**	**2**	**3**
(9) As pessoas que têm pensamentos sobre suicídio não devem falar disso aos outros.	**1**	**2**	**3**
(10) Pouquíssimas pessoas têm pensamentos suicidas.	**1**	**2**	**3**
(11) Os homens são mais propensos a morrer por suicídio do que as mulheres.	**1**	**2**	**3**
(12) Alguém que já tentou suicídio será sempre propenso a morrer por suicídio e terá sempre pensamentos suicidas.	**1**	**2**	**3**

Apêndice H

Lista de Categorias e Subcategorias das Entrevistas

1. **Modo de funcionamento das linhas de apoio emocional**:
    - **a.** Objetivos da linha;
    - **b.** Público-alvo da linha;
    - **c.** Perfil-geral dos apelantes;
    - **d.** Motivos das chamadas;
    - **e.** Número de chamadas mensais e anuais;
    - **f.** Sazonalidade das chamadas;
    - **g.** Número de chamadas com conteúdo suicida;
    - **h.** Sazonalidade das chamadas com conteúdo suicida.

2. **Formação das linhas e suporte fornecido aos escutantes**:
    - **a.** Tipos de escutantes;
    - **b.** Perspetiva sobre o estatuto dos escutantes;
    - **c.** Processo de recrutamento dos escutantes;
    - **d.** Perfil-tipo procurado nos escutantes;
    - **e.** Número de escutantes da linha;
    - **f.** Existência de formação;
    - **g.** Modelo de atendimento da linha;
    - **h.** Modalidade da formação;
    - **i.** Carga horária da formação;
    - **j.** Responsável pela formação;
    - **k.** Conteúdos abordados na formação;
    - **l.** Existência de formação sobre os comportamentos suicidários;
    - **m.** Supervisão fornecida aos escutantes;
    - **n.** Impacto do atendimento nos escutantes;
    - **o.** Meios de suporte fornecidos aos escutantes;
    - **p.** Rotatividade na equipa de escutantes;
    - **q.** Motivos de abandono da colaboração na linha.

3. **Práticas de atuação das linhas telefónicas de ajuda**:
    - **a.** Existência de protocolos de atendimento;
    - **b.** Características do modelo de atendimento da linha;

c. Existência de guidelines de atuação nas chamadas com conteúdo suicida;

d. Avaliação do risco de suicídio;

e. Praticas de atuação face a tentativas de suicídio com perigo iminente;

f. Existência de parcerias com serviços de referenciação mental.

4. **Experiência pessoal, reflexões e balanço em relação ao trabalho na linha**:

a. Motivações dos responsáveis para entrar na linha;

b. Dificuldades com que a linha se confronta;

c. Melhorias ambicionadas pela linha;

d. Pontos fortes do atendimento;

e. Narrativa de um episódio marcante;

f. Falta de especificidade da intervenção no suicídio;

g. Necessidade de estatísticas nacionais deste tipo de linhas;

h. Significado dos comportamentos suicidários.

Anexo

PRISMA-ScR Checklist

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	
TITLE			
Title	1	Identify the report as a scoping review.	✔
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary that includes (as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, charting methods, results, and conclusions that relate to the review questions and objectives.	✔
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known. Explain why the review questions/objectives lend themselves to a scoping review approach.	✔
Objectives	4	Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the review questions and/or objectives.	✔
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate whether a review protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number.	✔
Eligibility criteria	6	Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale.	✔
Information sources*	7	Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors to identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed.	✔
Search	8	Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated.	✔
Selection of sources of evidence†	9	State the process for selecting sources of evidence (i.e., screening and eligibility) included in the scoping review.	✔
Data charting process‡	10	Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	✔
Data items	11	List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made.	✔

Critical appraisal of individual sources of evidence§	12	If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate).	
Synthesis of results	13	Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted.	✔
RESULTS			
Selection of sources of evidence	14	Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram.	✔
Characteristics of sources of evidence	15	For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations.	✔
Critical appraisal within sources of evidence	16	If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12).	
Results of individual sources of evidence	17	For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives.	✔
Synthesis of results.	18	Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives.	✔
DISCUSSION			
Summary of evidence	19	Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions and objectives, and consider the relevance to key groups.	✔
Limitations	20	Discuss the limitations of the scoping review process.	✔
Conclusions	21	Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and objectives, as well as potential implications and/or next steps.	✔
FUNDING			
Funding	22	Describe sources of funding for the included sources of evidence, as well as sources of funding for the scoping review. Describe the role of the funders of the scoping review.	

JBI = Joanna Briggs Institute; PRISMA-ScR = Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews.

* Where *sources of evidence* (see second footnote) are compiled from, such as bibliographic databases, social media platforms, and Web sites.

† A more inclusive/heterogeneous term used to account for the different types of evidence or data sources (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy documents) that may be eligible in a scoping review as opposed to only studies. This is not to be confused with *information sources* (see first footnote).

‡ The frameworks by Arksey and O'Malley (6) and Levac and colleagues (7) and the JBI guidance (4, 5) refer to the process of data extraction in a scoping review as data charting.

§ The process of systematically examining research evidence to assess its validity, results, and relevance before using it to inform a decision. This term is used for items 12 and 19 instead of "risk of bias" (which is more applicable to systematic reviews of interventions) to include and acknowledge the various sources of evidence that may be used in a scoping review (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy document).