

Tina Fátima Macedo Jardim

*Consequências dos comportamentos suicidários
dos jovens nas suas famílias*



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2018

Tina Fátima Macedo Jardim (nº50504)

*Consequências dos comportamentos suicidários dos
jovens nas suas famílias*

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação efetuada sob a orientação de: Professora Doutora Marta Brás



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2018

*Consequências dos comportamentos suicidários dos
jovens nas suas famílias*

Declaração de autoria do trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Tina Jardim

Copyright © 2018, Tina Fátima Macedo Jardim

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

Em memória da minha querida Avó (1945-2011)

Quero agradecer-te por teres sido como uma mãe para mim. Obrigada pelo teu amor, educação, pelos teus valores, pela tua genuinidade, e pelos nossos momentos. Obrigada pela força que sempre me deste e que ainda me dás, e pelas boas memórias que guardo em mim. Sempre foste e serás uma inspiração para mim. Resta uma saudade inexplicável, e uma gratidão incalculável pela possibilidade de te ter tido na minha vida.

Agradecimentos

Quero agradecer, em primeiro lugar, à professora doutora Marta Brás, pela sua orientação, pelo seu apoio e investimento durante a realização desta dissertação. Importa agradecer a sua compreensão, paciência, exigência, disponibilidade e partilha de conhecimentos durante todo este percurso. Obrigada por nunca me deixar desistir, por apaziguar a minha ansiedade e os meus medos e, em especial, por acreditar em mim.

Quero agradecer aos meus pais pelo apoio incondicional. Agradeço-vos por toda a força, dedicação e amor que me transmitiram, especialmente nos meus momentos de insegurança. Não consigo colocar por palavras a tremenda gratidão e sorte que tenho em vos ter. A vocês, devo-vos tudo. Obrigada por tudo!

Quero agradecer ao meu irmão, pelo seu amor, pelas suas palavras e pelos nossos momentos. Obrigada por me inspirares em ser uma pessoa melhor e a lutar pelos meus sonhos e objetivos de vida.

Agradeço a toda a minha família e amigos pelo vosso apoio, carinho e por todos os momentos e palavras que foram marcantes neste percurso. Um obrigado especial à minha prima Lisa Marie, por todo o amor, força e pelas nossas conversas que me enchiam sempre de coragem para continuar.

Quero agradecer ao meu namorado pela sua paciência e compreensão, pelo seu amparo e presença em todos os momentos, e pelas suas palavras de força e de amor. Obrigada por veres o melhor que há em mim, mesmo quando eu própria não o conseguia ver. Obrigada por acreditares em mim e nas minhas capacidades. Obrigada por tudo!

Quero agradecer aos Psicólogos do Centro de Saúde de Tavira, em especial à Dra. Isabel Lacerda, ao Dr. Virgílio Baltasar e ao Dr. Luís Abobeira por todo o vosso apoio,

dedicação e disponibilidade. Um obrigado muito especial pela vossa ajuda em todo este percurso.

Agradeço à minha querida amiga, Mónica Inácio, por todos os momentos vivenciados ao longo destes anos e palavras de força e de coragem. Obrigada por me fazeres acreditar que sou capaz e por nunca me deixares desistir.

Agradeço ao meu padrinho universitário, Tiago Martins, pelas suas palavras sábias, pelo seu amparo, apoio e força. Obrigada por todos os momentos vividos, pelas partilhas e pela tua presença na minha vida. Estar-te-ei sempre muito agradecida por tudo.

Quero agradecer à Beatriz e à Andreia, por todo o apoio, carinho e pelos momentos partilhados. Obrigada pelas vossas palavras de coragem e de força.

Quero agradecer a todos que participaram e que contribuíram, de forma direta ou indireta, para o meu crescimento pessoal e profissional, e para que fosse possível realizar mais uma etapa na minha vida profissional.

A todos, muito obrigada!!

“Faz o melhor que possas

De todas as formas que possas

Em todos os lugares que possas

Em todas as ocasiões que possas

A todas as pessoas quantas possas

Durante todo o tempo que possas.”

John Wesley

Resumo

Os comportamentos autolesivos (CAL) e as tentativas de suicídio (TS) nos jovens são um grave problema a nível mundial e também em Portugal. Estes comportamentos dos jovens podem ter um grave impacto nos seus familiares, contudo, são poucos os estudos empíricos publicados sobre este problema.

O presente estudo apresenta os seguintes objetivos gerais: analisar as consequências dos CAL ou TS dos jovens nas suas famílias e comparar as características das famílias de jovens com e sem CAL ou TS.

Participaram no total 107 familiares, dos quais 27 são familiares de jovens com CAL ou TS e os restantes 80 são familiares de jovens sem CAL ou TS. Foram analisadas as reações emocionais, os efeitos nas diferentes dimensões da vida e as dificuldades vivenciadas pela família após um CAL ou TS do seu familiar, e também a sintomatologia depressiva, ansiogénica, os níveis de stresse, a satisfação com o suporte social e a emoção expressa nos familiares do jovem ou jovem-adulto com e sem CAL ou TS.

Os resultados relativamente aos familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS demonstram que as reações emocionais mais sentidas são a preocupação e tristeza; os principais efeitos nas suas vidas são o aumento dos níveis de ansiedade na família e da interferência na qualidade da saúde mental; as dificuldades mais sentidas são o não saber avaliar o risco do jovem familiar repetir o comportamento e o sentir falta de uma equipa de profissionais que os apoiassem. Os familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS sentem mais stresse e maior emoção expressa, como esperado, mas também maior satisfação com a intimidade e as atividades sociais, do que os familiares de jovens sem CAL ou TS.

Estes resultados comprovam que os familiares são extremamente afetados pelo CAL ou TS dos seus jovens ou jovens-adultos. Estes vivenciam graves consequências e apresentam necessidades específicas. Neste sentido, realçamos a importância de existirem intervenções psicológicas especializadas e adequadas para que estes familiares consigam superar a situação difícil que se encontram.

Palavras-chave: Comportamentos suicidários, Consequências, Familiares, Jovens.

Abstract

Self-injurious behaviors and suicide attempts among young people are a serious problem worldwide and also in Portugal. These behaviors of young people can have a serious impact on their relatives, however, there aren't many published empirical studies about this problem.

The present study has the following general objectives: to analyze the consequences of self-injurious behaviors or suicide attempts of the young in their families and to compare the characteristics of the families of young people with and without self-injurious behaviors or suicide attempts.

A total of 107 relatives participated, of which 27 are family members of young people with self-injurious behaviors or suicide attempts, and the remaining 80 are family members of young people without these behaviors. We analyzed the emotional reactions, the effects on the different dimensions of life and the difficulties experienced by the family after a self-injurious behavior or suicide attempt of the family member, as well as the depressive, anxiogenic symptoms, stress levels, satisfaction with social support and the emotion expressed in the families of young people with and without these behaviors.

The results of the relatives of young people with self-injurious behaviors or suicide attempts show that the most felt emotional reactions are worry and sadness; the main effects in their lives are increased levels of anxiety in the family and interference in the quality of mental health; the most experienced difficulties are not being able to assess the risk of the young family member repeating the behavior and the lack of a team of professionals to support them. Relatives of young people with self-injurious behaviors or suicide attempts experience, as expected, more stress and expressed emotion, but also greater satisfaction with intimacy and social activities than the relatives of young people without these behaviors.

These results prove that the family members are extremely affected with self-injurious behaviors or suicide attempts of their young family member. They experience serious consequences and have specific needs. In this sense, we emphasize the importance of having specialized and adequate psychological interventions, so that these family members can overcome the difficult situation that they are living.

Keywords: Suicide behavior, Consequences, Family, Young.

Índice

1. Introdução.....	1
2. Enquadramento Teórico	3
2.1. Suicídio e Processo Suicidário: dados epidemiológicos e terminologias	3
2.2. Fatores de risco e de proteção dos comportamentos suicidários	4
2.3. Teorias associadas às famílias de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS e ao seu ambiente familiar	6
2.4. As consequências dos CAL ou TS dos jovens ou jovens-adultos nos seus familiares: reações emocionais, efeitos nas suas vidas e as dificuldades	7
2.5. As consequências dos CAL ou TS dos jovens ou jovens-adultos nos seus familiares: ansiedade, depressão e stresse, suporte social e emoção expressa	15
2.6. A família de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS	19
3. Objetivos	22
4. Metodologia	23
4.1. Participantes.....	23
4.2. Tipo de estudo.....	24
4.3. Instrumentos.....	24
4.3.1. Questionário da Experiência da Tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo de um familiar – Versão para pais e familiares (QETSALF-6).....	24
4.3.2. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	26
4.3.3. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21).....	27
4.3.4. <i>Family Attitude Scale</i> (FAS).....	28
4.3.5. Questionário de dados sociodemográfico.....	29
4.4. Procedimento de recolha de dados.....	29
4.5. Procedimento de tratamento de dados	31
5. Resultados	34
5.1. Caracterização dos participantes – Familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS.....	34

5.2.	Caracterização dos jovens ou jovens-adultos e dos CAL ou das TS	36
5.3.	Reações emocionais dos familiares na sequência dos CAL ou TS dos jovens ou jovens-adultos	38
5.4.	Efeito do(s) CAL ou TS dos jovens ou jovens-adultos nos seus familiares	42
5.5.	Dificuldades vivenciadas pelos familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS.....	47
5.6.	Reações emocionais, Efeitos nas diferentes dimensões da vida e Dificuldades dos familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS, em função de variáveis sociodemográficas e da história clínica	52
5.7.	Níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse, de Satisfação com o Suporte Social e Emoção expressa nos familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS	64
5.8.	Relação entre as Reações emocionais, os Efeitos em diferentes dimensões de vida e as Dificuldades com a Satisfação com o Suporte Social, os níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse e a Emoção expressa nos familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS	69
5.9.	Caracterização dos participantes – Familiares de jovens ou jovens-adultos sem CAL ou TS.....	72
5.10.	Níveis de Ansiedade, Depressão, Stresse, de Satisfação com o Suporte Social e Emoção expressa nos familiares de jovens ou jovens-adultos com e sem CAL ou TS.....	74
6.	Discussão.....	76
7.	Conclusões	96
8.	Referências Bibliográficas	102
9.	Anexos.....	107

Índice de Tabelas

Tabela 1 Características sociodemográficas dos familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS.....	34
Tabela 2 Características dos jovens ou jovens-adultos e dos CAL ou das TS	36
Tabela 3 Reações emocionais dos familiares no seguimento dos CAL ou TS dos jovens ou jovens-adultos.....	39
Tabela 4 Efeitos que o(s) CAL ou TS dos jovens ou jovens-adultos têm nas diferentes dimensões da vida dos seus familiares	43
Tabela 5 Dificuldades vivenciadas pelos familiares após a descoberta dos CAL ou TS dos seus jovens ou jovens-adultos	47
Tabela 6 Reações emocionais, Efeitos nas diferentes dimensões da vida e Dificuldades dos familiares, em função do grau de parentesco: Pais e Outros familiares	52
Tabela 7 Reações emocionais, Efeitos nas diferentes dimensões da vida e Dificuldades dos familiares, em função dos familiares coabitarem ou não com o jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS.....	54
Tabela 8 Reações emocionais, Efeitos nas diferentes dimensões da vida e Dificuldades dos familiares, em função dos familiares coabitarem ou não com o pai/mãe do jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS	56
Tabela 9 Reações emocionais, Efeitos nas diferentes dimensões da vida e Dificuldades dos familiares, em função do jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS ter ou não acompanhamento psicológico/psiquiátrico.....	59
Tabela 10 Reações emocionais, Efeitos nas diferentes dimensões da vida e Dificuldades dos familiares, em função da história familiar de CAL.....	61
Tabela 11 Reações emocionais, Efeitos nas diferentes dimensões da vida e Dificuldades dos familiares, em função da história familiar de TS	62

Tabela 12 Níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse, de Satisfação com o Suporte Social e da Emoção expressa dos familiares, em função dos mesmos coabitarem ou não com o pai/mãe do jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS.....	65
Tabela 13 Níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse, de Satisfação com o Suporte Social e da Emoção expressa dos familiares, em função de ser ou não a primeira vez que aconteceu uma situação de CAL ou TS do jovem ou jovem-adulto na família	66
Tabela 14 Níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse, de Satisfação com o Suporte Social e da Emoção expressa dos familiares, em função da história familiar de suicídio consumado.....	67
Tabela 15 Análise das correlações entre as categorias/subcategorias e os níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse, a Satisfação com o Suporte Social e a Emoção Expressa	69
Tabela 16 Características sociodemográficas dos familiares de jovens ou jovens-adultos sem CAL ou TS	72
Tabela 17 Níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse, de Satisfação com o Suporte Social e Emoção expressa nos familiares de jovens ou jovens-adultos com e sem CAL ou TS	74

Índice de Anexos

Anexo A. Questionário de Dados Sociodemográficos	108
Anexo B. Questionário da Experiência da Tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo de um familiar - versão para pais e familiares (QETSALF-6).....	110
Anexo C. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS - 21) - Versão para familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS	122
Anexo D. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS - 21) - Versão para familiares de jovens ou jovens-adultos sem CAL ou TS	124
Anexo E. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	126
Anexo F. Family Attitude Scale (FAS)	128
Anexo G. Declaração de Consentimento Informado.....	130

1. Introdução

O suicídio consiste num grave e trágico problema que tem um grande impacto a nível mundial na saúde pública (Buus, Caspersen, Hansen, Stenager, & Fleischer, 2014). O suicídio também é uma questão alarmante a nível Europeu, pois em 2012 correspondeu à segunda causa de morte nos jovens-adultos com idades entre os 15 e os 29 anos (OMS, 2014), e em Portugal, onde aproximadamente 1132 pessoas cometeram suicídio no ano de 2015 (INE, 2017).

Existe um risco crescente ao longo do processo suicidário (isto é, inclui a ideação suicida, os comportamentos autolesivos (CAL) e as tentativas de suicídio (TS)) e o suicídio, verificando-se que o processo suicidário representa um forte preditor ou uma fase prévia ao suicídio consumado (DGS, 2013; Nordentoft, 2011; Waldvogel, Rueter, & Oberg, 2008).

Quando um jovem ou jovem-adulto realiza um CAL ou uma TS, estes comportamentos não afetam somente o próprio que os realiza, mas também as pessoas que estão ao seu redor, nomeadamente, a sua família mais próxima (Buus et al., 2014). Apesar da evidência de uma elevada prevalência de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS, e de que as suas famílias podem ficar extremamente afetadas e vivenciam a situação como um momento traumático, verifica-se que existem poucos estudos que se focaram nas famílias de jovens ou jovens-adultos com estes comportamentos, mais especificamente, no impacto que estes comportamentos têm nestas famílias (especialmente nos familiares mais próximos) (Buus et al., 2014). Em Portugal é extremamente necessário a realização de estudos e o desenvolvimento de mais conhecimento neste âmbito, pois existe apenas um estudo publicado (Trinco, Santos, & Barbosa, 2017) realizado sobre o impacto das CAL dos jovens nas suas famílias, contudo

o estudo ocorre num contexto específico, onde os jovens estavam internados no serviço de urgência.

O facto de existirem poucos estudos sobre as consequências que os CAL ou as TS dos jovens ou jovens-adultos têm nas suas famílias afeta as famílias e também aos jovens em questão, no sentido em que existe uma grande escassez de informação e, por sua vez, uma grande necessidade de obter mais conhecimento neste âmbito, como forma de contribuir para prevenções e intervenções mais eficazes (Buus et al., 2014; Daly, 2005).

Com base no impacto que os CAL e as TS dos jovens ou jovens-adultos têm nas suas famílias e na existência de poucos estudos neste âmbito, esta investigação procura estudar um conjunto de consequências nestas famílias, nomeadamente as reações emocionais, os efeitos nas diferentes dimensões da vida dos familiares e as dificuldades vivenciadas pela família após a descoberta dos CAL ou TS do seu familiar. Pretendemos estudar também a sintomatologia depressiva, ansiogénica, os níveis de stresse, a satisfação com o suporte social e a emoção expressa nos familiares do jovem ou jovem-adulto após o CAL ou a TS, e realizar um estudo comparativo com familiares de jovens ou jovens-adultos sem CAL ou TS.

Face ao que foi referido, este estudo está organizado por vários capítulos. O primeiro capítulo consiste no enquadramento teórico, onde é apresentado uma revisão da literatura sobre o tema. De seguida, apresentamos os objetivos gerais e específicos, assim como os métodos, que incluem os participantes, o tipo de estudo, os instrumentos utilizados, os procedimentos de recolha e de tratamento dos dados. Os capítulos que se seguem são os resultados, a discussão e as conclusões que incluem, por sua vez, também as limitações, potencialidades e propostas para estudos futuros.

2. Enquadramento Teórico

2.1. Suicídio e Processo Suicidário: dados epidemiológicos e terminologias

A saúde pública, a um nível mundial, depara-se com um grave e trágico problema que consiste no suicídio (Buus et al., 2014). Aproximadamente oitocentas mil pessoas cometem suicídio anualmente. Em 2015, o suicídio foi considerado a segunda causa de morte a nível mundial, especificamente nas pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos (OMS, 2017a). Para além disto, existem estimativas de que por cada suicídio consumado, ocorrem pelo menos cerca de 20 tentativas de suicídio (OMS, 2017a).

A nível Europeu, no ano de 2012, o suicídio correspondeu à segunda causa principal de morte para os jovens-adultos com idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos (OMS, 2014) e, em 2015, a taxa de suicídio foi de 11,93 por cada 100 mil habitantes (OMS, 2017b). Em Portugal, segundo os últimos dados disponíveis, no ano de 2015, cerca de 1132 pessoas cometeram suicídio, sendo que 24% foram indivíduos do sexo feminino e 76% foram do sexo masculino (INE, 2017).

Um aspeto preocupante consiste na dificuldade de realizar uma estimativa, que represente a verdadeira totalidade de pessoas que realizaram comportamentos autolesivos (CAL) ou tentativas de suicídio (TS), pois nem todos os casos são registados, alertando assim, para a possibilidade de uma realidade mais trágica comparativamente àquela que tem sido documentada (De Leo & Heller, 2004; DGS, 2013).

Para além dos números elevados que o suicídio apresenta, foi verificada a existência de um risco crescente ao longo do processo suicidário (Buus et al., 2014). O processo suicidário inclui a ideação suicida, os CAL e as TS (Buus et al., 2014). O conceito de ideação suicida consiste num conjunto de pensamentos sobre o suicídio e é

encarado como um fator de risco, pois pode ser considerada como uma fase prévia aos CAL, TS ou ao suicídio consumado (Waldvogel et al., 2008).

Relativamente aos CAL, estes podem ser caracterizados pela intenção do sujeito magoar-se a si próprio e não pela intenção de cometer suicídio (DGS, 2013). As TS são entendidas como a realização de comportamentos com o intuito de serem prejudiciais para o próprio, existindo evidências da intenção suicida, contudo, o seu resultado não é fatal por diversos motivos alheios ao sujeito (DGS, 2013). As TS representam um forte preditor para a concretização de um suicídio futuro (Nordentoft, 2011). Os CAL e as TS, embora não-fatais, são ambos considerados comportamentos suicidários.

2.2. Fatores de risco e de proteção dos comportamentos suicidários

Com base nos estudos que se focaram em perceber quais seriam os fatores de risco (isto é, fatores individuais, educacionais, sociais e acontecimentos de vida) que influenciam as pessoas a cometer um CAL, uma TS ou um suicídio consumado, foi possível perceber uma relação nomeadamente com a psicopatologia (Borowsky, Resnick, Ireland, & Blum, 1999; Hughes et al., 2015), o abuso físico e sexual (Borowsky et al., 1999; Hughes et al., 2015), o stresse (Im, Oh, & Suk, 2017), a orientação sexual (Borowsky et al., 1999), os baixos resultados académicos (Borowsky et al., 1999; Lewis, Johnson, Cohen, Garcia, & Velez, 1988), dificuldades para resolver os problemas (Hughes et al., 2015), a solidão e o isolamento (Sinclair & Green, 2005), a desesperança (Sinclair & Green, 2005; Webb, 2002), a impulsividade (Renaud, Berlim, McGirr, Tousignant, & Turecki, 2008), a baixa autoestima (McGee & Williams, 2000), falta de apoio social (Dubow, Kausch, Blum, Reed, & Bush, 1989), entre outros.

Ainda no âmbito dos fatores de risco, para complementar os fatores referidos anteriormente, falta mencionar um fator extremamente importante: a família. A família

foi evidenciada como um fator de risco ou de proteção, através de investigações como por exemplo de Borowsky, Resnick, Ireland e Blum (1999) e Randell, Wang, Herting e Eggert (2006). A família torna-se um fator de risco quando existe por exemplo: falta de apoio (Borowsky et al., 1999; Dubow et al., 1989); preocupação sobre a situação económica (Borowsky et al., 1999); violência (Randell, Wang, Herting, & Eggert, 2006); desentendimentos constantes (Borowsky et al., 1999; Randell et al., 2006); comunicação pobre (Webb, 2002); pais divorciados e/ou com comportamentos abusivos de substâncias (Borowsky et al., 1999); comportamentos suicidários – consistem num ato onde o sujeito causa uma lesão em si próprio, independentemente do grau de intenção de cometer suicídio (Ramôa et al., 2017) – em outros membros da família (Borowsky et al., 1999); funcionamento familiar pobre (Webb, 2002) e ambiente familiar com níveis altos de Emoção Expressa (isto é, atitudes críticas, hostis, inflexíveis, intrusivas dos familiares sobre os jovens) (Hooley & Gotlib, 2000).

Borowsky, Ireland e Resnick (2001) argumentaram a importância que o papel dos fatores de risco e de proteção têm sobre o comportamento suicidário, principalmente os fatores de proteção, que são capazes de reduzir ou moderar os fatores de risco (Borowsky, Ireland, & Resnick, 2001). Estudos observaram que níveis altos de autoestima, o apoio social e familiar são fatores protetores contra os comportamentos suicidários (Borowsky et al., 1999; McGee & Williams, 2000), assim como, a harmonia familiar, pais disponíveis para conversar sobre os problemas e uma boa comunicação familiar (Borowsky et al., 1999; Randell et al., 2006).

2.3. Teorias associadas às famílias de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS e ao seu ambiente familiar

Para além de poderem ser fatores de risco ou de proteção em relação aos comportamentos suicidários, as famílias também sofrem com o impacto da ocorrência desde tipo de comportamentos nos seus membros, sobretudo os jovens ou jovens-adultos (Buus et al., 2014). Com base numa pesquisa mais focalizada no impacto que os comportamentos suicidários dos jovens ou jovens-adultos têm nas suas famílias e no seu ambiente familiar, foi possível evidenciar duas teorias: *The Attachment Theory*, de Bowlby (1980) e *Family Coercion Theory*, de Patterson (1982) (Wagner, Aiken, Mullaley, & Tobin, 2000).

Na teoria de Bowlby (1980), os jovens realizam uma TS com o intuito de criar um efeito ou resposta nos seus pais/cuidadores. Bowlby (1980) defendeu que os jovens realizam uma TS como forma de castigar os seus pais, ou para manifestar a sua profunda dor, angústia e frustração. Os jovens através do seu comportamento suicidário pretendem criar um conjunto de emoções nos pais, tais como aumentar os seus níveis de ansiedade, preocupação, atenção, afeto e reduzir os conflitos e o comportamento hostil (Wagner et al., 2000).

A teoria de Patterson (1982) pretendeu explicar as TS em famílias de crianças antissociais e esclarecer o comportamento dos pais com os seus filhos antissociais que desempenham comportamentos aversivos. Patterson (1982) verificou que as crianças manifestavam comportamentos aversivos para chamar a atenção dos pais. Observou que, os comportamentos das crianças têm uma influência negativa nos comportamentos dos pais, isto é, os pais manifestam comportamentos mais agressivos a nível físico e psicológico. Assim sendo, os pais em resposta aos comportamentos aversivos dos filhos, reagem tendo comportamentos que são reforçados negativamente pelos comportamentos

dos filhos, criando um ciclo vicioso. Este ciclo vicioso pode ter como consequência a realização de comportamentos suicidários por parte do jovem (Wagner et al., 2000).

Os estudos de Wagner, Aiken, Mullaley e Tobin (2000) e de Greene-Palmer e colaboradores (2015) obtiveram conclusões que suportam ambas as teorias acima mencionadas. Neste sentido, relativamente à teoria de Bowlby (1980), em ambos os estudos, os pais sentiram um aumento das emoções positivas e o desejo de recriar a ligação com o seu familiar. Na teoria de Patterson (1982), os pais sentiram um aumento das emoções positivas e houve uma diminuição da raiva sentida pelas mães um dia após a TS (Greene-Palmer et al., 2015; Wagner et al., 2000). Contudo, não foi possível provar que as TS diminuem os sentimentos de hostilidade nos pais (Wagner et al., 2000). Com base nestas teorias podemos perceber que, os jovens ou jovens-adultos realizam comportamentos suicidários com o intuito de desenvolver atitudes, sentimentos e comportamentos específicos nos seus familiares e como forma de provocar uma mudança na sua família e ambiente familiar (Greene-Palmer et al., 2015; Wagner et al., 2000).

2.4. As consequências dos CAL ou TS dos jovens ou jovens-adultos nos seus familiares: reações emocionais, efeitos nas suas vidas e as dificuldades

De acordo com a literatura, os comportamentos suicidários dos jovens ou jovens-adultos são vivenciados pelas suas famílias como uma experiência traumática de grande sofrimento, e as reações emocionais consequentes do comportamento suicidário na família são intensas e extremas (Buus et al., 2014; Byrne et al., 2008; Oldershaw, Richards, Simic, & Schmidt, 2008).

Após a descoberta dos comportamentos suicidários do jovem ou jovem-adulto, surge na sua família, em especial nos pais, diversas reações emocionais como o choque (Hughes et al., 2015), sentimentos de medo extremo, impotência e de preocupação relativamente ao futuro e bem-estar do jovem familiar, à repetição dos comportamentos suicidários e ao agravamento dos mesmos, conduzindo ao suicídio (Daly, 2005; Raphael, Clarke, & Kumar, 2005). Os pais, sentem-se culpados e sentem que falharam em desempenhar o papel de pais e em proteger e promover o bem-estar dos seus familiares (Kelada, Whitlock, Hasking, & Melvin, 2016; McDonald, O'Brien, & Jackson 2007; Raphael et al., 2005). Os pais questionam-se sobre o “porquê” da realização dos comportamentos suicidários (Trinco et al., 2017), e como não conseguiram observar algum tipo de sinal no comportamento do mesmo (McDonald et al., 2007), acreditam que fizeram ou disseram algo de errado ao seu familiar e duvidam das suas capacidades como pais (Daly, 2005; Raphael et al., 2005).

Estudos indicam que os pais se sentiram confusos (Whitlock, Lloyd-Richardson, & Fisseha, 2018), impotentes e sem controlo devido à sua incapacidade de estabilizar a situação (Ferrey et al., 2015; Lindgren, Astrom, & Graneheim, 2010), e geralmente isolam-se a um nível geral (isto é, isolamento da família, companheiro(a), amigos e conhecidos) (Byrne et al., 2008; Daly, 2005; Ferrey et al., 2016; McDonald et al., 2007). Este isolamento ocorre e é reforçado devido a alguns aspetos como: a crença de que estão sozinhos nesta situação (Daly, 2005); o estigma associado aos comportamentos suicidários (Byrne et al., 2008; Ferrey et al., 2016); a falta de compreensão e de conhecimento das outras pessoas e dos profissionais de saúde (Buus et al., 2014); o sentimento de vergonha (Buus et al., 2014; McDonald et al., 2007); o facto de não querer preocupar os outros (McDonald et al., 2007) e o desejo de manter toda a situação privada (Ferrey et al., 2016). Estudos referem que os pais sentiram vergonha pela própria situação

em si (isto é, ter um familiar com comportamentos suicidários), mas também pelo facto de que os próprios não conseguiram perceber o que realmente estava a acontecer com o seu jovem familiar e proporcionar ajuda o mais rápido possível, e/ou evitar os comportamentos suicidários (Buus et al., 2014; Ferrey et al., 2016). Contudo, houve pais que se recusaram em sentir vergonha sobre o comportamento do seu familiar (Ferrey et al., 2016).

Estudos verificaram que os pais, após a descoberta dos comportamentos suicidários do seu familiar, sentiram um estado de pânico e de horror, juntamente com um estado de alarme e de vigilância constante como forma de evitar futuros incidentes (Buus et al., 2014). Após a descoberta, estudos indicam que os pais ficaram surpresos, não estavam preparados para encarar a situação (Ferrey et al., 2015), e que se sentem responsáveis pelo sucedido (Hughes et al., 2015). Estudos observaram que os pais ficaram zangados com os próprios e com o familiar que realizou os comportamentos suicidários (Kelada et al., 2016), pelo facto de este ter sido capaz de realizar os comportamentos suicidários (Byrne et al., 2008) e porque o mesmo colocou a família numa situação muito difícil de vivenciar e de superar (Asare-Doku, Osafo, & Akotia, 2017). Sentimentos como tristeza e frustração também foram visíveis nos pais (Greene-Palmer et al., 2015), assim como a perda da realidade, desorientação e a dificuldade em conseguir acreditar no que estava a acontecer com o seu familiar (Hughes et al., 2015; Trinco et al., 2017).

No estudo de Buus, Caspersen, Hansen, Stenager e Fleischer (2014) houve pais que relataram que não sentiam esperança em relação à situação do seu familiar, e que a vivência da intensa pressão psicológica que a situação acarreta, fez com que os pais ponderassem suicidar-se por não aguentarem a situação do seu familiar (Buus et al., 2014). Outros estudos evidenciaram que os pais manifestaram um choro fácil e frequente

juntamente com sentimentos de desespero (Oldershaw et al., 2008) e de luto pela perda da infância do seu familiar (Kelada et al., 2016).

De acordo com a literatura, os comportamentos suicidários de um familiar provocam na família, em especial nos pais, vários efeitos positivos e negativos nas suas vidas (Kelada et al., 2016; Oldershaw et al., 2008).

Estudos apontam que, após a descoberta dos comportamentos suicidários do familiar, os pais conseguiram desenvolver uma relação com o seu familiar mais forte e unida (Kelada et al., 2016; Oldershaw et al., 2008; Whitlock et al., 2018). Contudo, houve casos onde os pais relataram que a sua relação com o seu familiar ficou mais distante (Kelada et al., 2016; Whitlock et al., 2018). No estudo de Daly (2005), observaram que as mães sentem uma dor extremamente intensa após a descoberta dos comportamentos suicidários do seu filho, que fez com que estas desenvolvessem uma distância a nível emocional, com o intuito de se defender e se preservar de toda a situação que estão a vivenciar (Daly, 2005).

Byrne e colaboradores (2008) verificaram que, apesar de existir uma grande quebra na confiança e na relação entre pais e o jovem, os pais sentiram que queriam reconstruir a sua relação e melhorá-la (Byrne et al., 2008). Estudos observaram que os pais expressaram o desejo de serem mais eficazes para os seus filhos, e que, para esse efeito, os pais desenvolveram um conjunto de estratégias como procurar informação e aprender como prevenir e/ou intervir nos comportamentos suicidários, tentar partilhar as suas informações com outros pais, ajudando-se mutuamente (Byrne et al., 2008; Hughes et al., 2015), aprender a comunicar com os seus familiares, evitar sentir culpa ou culpar o seu familiar pelos comportamentos suicidários (Ferrey et al., 2016) e criar uma interação entre pais e familiar positiva e mais calorosa (Rissanen, Kylma, & Laukkanen, 2008).

Os pais perceberam que um passo importante para reconstruir e melhorar a sua relação com o seu familiar seria através da comunicação. Desta forma, tentaram trabalhar e fortalecer a sua comunicação de forma a que o seu familiar pudesse se expressar de forma mais adequada e positiva, e conseguisse transmitir abertamente o que sentiam e pensavam (Byrne et al., 2008). Os pais tentaram não falar tanto dos seus próprios problemas, e tentaram comunicar de forma mais calma, focando-se mais no seu familiar e mostrar o seu apoio, sem o julgar, de forma a perceber um pouco melhor toda a situação (Kelada et al., 2016).

Estudos verificaram que os pais alteraram também o seu papel parental, estando mais atentos, ansiosos e com receio que os comportamentos aconteçam novamente (Oldershaw et al., 2008). Os pais tornaram-se mais vigilantes, porque sentiam que não conseguiam confiar no seu familiar, e estavam constantemente preocupados com o mesmo e o seu bem-estar (Buus et al., 2014; Kelada et al., 2016). Nos estudos de Daly (2005) e de McDonald, O'Brien e Jackson (2007), as mães tornaram-se muito cuidadosas, desconfiadas e hesitantes em desempenhar o seu papel de mãe, exibindo comportamentos de verificação, devido ao medo extremo de novas recaídas (Daly, 2005; McDonald et al., 2007). Estes comportamentos causavam nas mães uma grande exaustão emocional (McDonald et al., 2007). Contudo, houve pais que defenderam que tornar-se mais controladores e vigilantes não seria a melhor estratégia a adotar com o seu familiar (Ferrey et al. 2016), e que decidiram alterar o seu estilo de vida e tentaram criar um estilo de vida saudável, equilibrado com coisas positivas e divertidas (Kelada et al., 2016).

Outros efeitos observados foram que os pais alteraram o seu comportamento e as regras da casa permitindo e aceitando situações que antes não eram permitidas, devido ao seu receio de que o conflito ou o confronto com as regras pudesse desencadear outros comportamentos suicidários no seu familiar. Com esta situação percebemos que houve

uma mudança na dinâmica de poder (Kelada et al., 2016), onde os pais sentiam que eram manipulados pelo familiar, devido ao sentimento de fazer ou dizer algo de errado (Buus et al., 2014). Outras alterações que os pais realizaram foram a nível do seu trabalho, onde os pais reduziram nas horas de trabalho ou despediram-se para possuir mais tempo livre com o seu familiar, tendo como consequência negativa a nível financeiro (Ferrey et al., 2016; McDonald et al., 2007).

Alguns efeitos foram visíveis também na relação entre os pais, onde ambos manifestaram diferentes pontos de vista e estratégias a utilizar na sua família, e estas diferenças por vezes geraram conflitos e desentendimentos entre os pais (Buus et al., 2014; Ferrey et al., 2016). Outros efeitos surgiram sobre os irmãos do familiar que realizou os comportamentos suicidários. Estas situações tiveram um grande impacto nos irmãos, pois estes sentiram-se responsáveis, stressados e preocupados com o estigma na escola (Ferrey et al., 2016). Os pais ficaram tão focados no familiar com os comportamentos suicidários que os irmãos ficaram em segundo plano (Byrne et al., 2008). Com base nos estudos, foi possível evidenciar ainda que a sociedade (e.g., amigos e vizinhos) apresentou duas atitudes perante esta situação, isto é, evitaram a família e o familiar que realizou os comportamentos suicidários (Lindgren et al., 2010), ou suportaram a família e o familiar (Ferrey et al., 2016).

Os pais referiram que os comportamentos suicidários do familiar prejudicaram a sua saúde a nível físico, mas em especial a nível psicológico (Kelada et al., 2016). Referiram que tiveram insónias e que se sentiam mais cansados do que o normal, com perda de apetite e de peso, náuseas e sentiram palpitações no peito após a descoberta dos comportamentos suicidários (Kelada et al., 2016). Os pais tiveram de encontrar soluções ou formas para lidar com o stresse, ansiedade e com outros eventuais problemas de saúde

mental, como por exemplo, tomar antidepressivos, pedir para serem acompanhados por um psicológico (Ferrey et al., 2016).

Com base na literatura pudemos perceber que as famílias com jovens com comportamentos suicidários vivenciam, para além das consequências acima referidas, um conjunto de dificuldades no decorrer de todo o processo. Foi possível evidenciar que a família, em especial os pais, sentiram dificuldades em aceitar os comportamentos suicidários do seu familiar (Oldershaw et al., 2008; Trinco, et al., 2017). Sentiram dificuldades em ajudar o seu familiar após a descoberta dos comportamentos suicidários (Buus et al., 2014) e em apresentar uma abordagem positiva e adequada ao seu familiar (Kelada et al., 2016). Os pais tiveram dificuldades em perceber os comportamentos suicidários e o que estava a acontecer com o seu familiar, em reagir e em encarar a situação do seu familiar (McDonald et al., 2007; Oldershaw et al., 2008).

Os pais manifestaram, em vários estudos, dificuldades em prevenir e reagir a outros possíveis comportamentos suicidários do seu familiar (Raphael et al., 2005). Esta dificuldade ocorre e/ou acentua-se devido à falta de informação e de apoio apropriado disponibilizado por parte dos profissionais de saúde (Lindgren et al, 2010; Raphael et al., 2005) e por parte das escolas (Byrne et al., 2008). Os pais sentiram a necessidade de ter suporte dos profissionais de saúde não somente no momento de quando ocorre o comportamento suicidário, mas também em momentos futuros (Raphael et al., 2005). Verificou-se também a dificuldade dos pais em lidar e comunicar com os profissionais de saúde, no sentido em que, os pais sentiram que foram colocados de parte no tratamento do seu familiar e que não foram informados sobre o estado geral do seu familiar ou sobre quaisquer alterações e progressos (Kelada et al., 2016; Lindgren et al., 2010).

Estudos verificaram que os pais sentiram dificuldades em situações específicas com os seus familiares, como por exemplo, quando estes manifestavam raiva ou distância

emocional. Em situações como estas, os pais tentavam conversar com os seus familiares, contudo, estava sempre presente o receio de que aquela situação fosse precipitar os comportamentos suicidários (Kelada et al., 2016). Com base no estudo de Kelada, Whitlock, Hasking e Melvin (2016) percebeu-se que os pais sentiram dificuldades em comunicar com o seu familiar. Outras dificuldades sentidas pelos pais foram a nível financeiro devido aos gastos que a situação acarreta (e.g., pagamento de consultas para o familiar e para os próprios pais e as deslocações associadas) (Ferrey et al., 2016) e devido ao facto de, em alguns casos os pais deixaram de trabalhar, ou trabalharam menos horas por não se sentirem aptos nem capazes de desempenhar o seu trabalho, e também por quererem estar mais tempo com o seu familiar (Ferrey et al., 2016; Raphael et al., 2005).

Os pais sentem dificuldades em educar e estabelecer regras e limites nos seus familiares após a descoberta dos comportamentos suicidários (Byrne et al., 2008; Oldershaw et al., 2008). Para além disso, evidenciaram dificuldades em equilibrar o tempo, a educação e atender às necessidades dos restantes membros da família (e.g., irmãos), pois os pais focaram-se maioritariamente no familiar com comportamentos suicidários, tendo como consequência o aumento da pressão, do fardo e do stresse parental (Daly, 2005; Ferrey et al., 2016; Oldershaw et al., 2008). Dificuldades entre os pais e em manter o seu casamento também foram manifestadas. Estudos indicam que o comportamento suicidário do familiar tem um impacto na relação entre os pais, pois vivenciam uma situação extremamente stressante (Ferrey et al., 2016) onde existem desentendimentos e segredos entre os pais associados ao seu familiar ou tomadas de decisões sem ambos os pais concordarem ou terem conhecimento (Raphael et al., 2005).

2.5. As consequências dos CAL ou TS dos jovens ou jovens-adultos nos seus familiares: ansiedade, depressão e stresse, suporte social e emoção expressa

São inúmeras as consequências que podem surgir na família após a descoberta dos comportamentos suicidários do familiar e podem afetar diferentes áreas como por exemplo a nível da ansiedade, depressão e stresse; a nível do suporte social e a nível da emoção expressa no ambiente familiar. Apesar de não terem sido encontrados muitos estudos que abrangem estas consequências, os estudos existentes reforçam o seu impacto nas famílias e a sua importância (Ferrey et al., 2016).

Estudos verificaram que os familiares, especialmente os pais, após a descoberta dos comportamentos suicidários do seu familiar, manifestaram níveis elevados de stresse (Ferrey et al., 2016; Kelada et al., 2016; Raphael et al., 2005; Whitlock et al., 2018), ansiedade (Ferrey et al., 2016; Kelada et al., 2016; Hughes et al., 2015; Raphael et al., 2005) e depressão (Ferrey et al., 2016; Hughes et al., 2015; Raphael et al., 2005), onde sentiram a necessidade de recorrer a antidepressivos e/ou de pedir acompanhamento psicológico (Ferrey et al., 2016). Para além destes efeitos, estudos evidenciaram pais que perderam peso, sofreram ataques de pânico, sentiram dores no peito, um sofrimento intenso e uma exaustão física (Ferrey et al., 2016) e emocional (McDonald et al., 2007). Segundo Hughes e colaboradores (2015), os pais sentiram-se destruídos interiormente e sentiram uma tristeza profunda (Hughes et al., 2015).

De acordo com os estudos de Greene-Palmer e colaboradores (2015) e de Wagner e colaboradores (2000), entre o antes do familiar realizar comportamentos suicidários e o após a descoberta dos comportamentos suicidários do familiar, os pais apresentaram níveis mais elevados de ansiedade e de tristeza após a descoberta dos comportamentos suicidários (Greene-Palmer et al., 2015; Wagner et al., 2000).

Quando existe na família um familiar que realizou comportamentos suicidários, o processo de pedir e receber suporte de outras pessoas (e.g., de outros membros da família, amigos, profissionais de saúde) pode ser difícil e complexo, devido a várias razões como por exemplo, as outras pessoas podem não compreender a situação e o jovem familiar e evitam a família; proporcionam um apoio inadequado; ou porque os próprios pais não conseguem pedir ajuda e falar com outras pessoas devido ao sentimento de vergonha e o medo do estigma (Asare-Doku et al., 2017).

A fase após a descoberta dos comportamentos suicidários é extremamente difícil e pode causar problemas, conflitos, dificuldades e segredos entre os pais, colocando o casamento sobre grande pressão e em risco (Ferrey et al., 2016; Raphael et al., 2005). Os pais relataram que foi um grande desafio lidar com toda a situação da melhor forma (Buus et al., 2014).

Esteve presente nos pais o receio e a preocupação de que os restantes membros da família fossem julgar e exagerar a situação, zangar-se ou culpar alguém pelo sucedido (Daly, 2005; Ferrey et al., 2016). Estes receios causavam e reforçavam o isolamento dos pais e o desejo de que toda a situação fosse privada (isto é, não desabafaram nem explicaram a situação a ninguém) (Byrne et al., 2008; Daly, 2005; Ferrey et al., 2016). No estudo de Ferrey e colaboradores (2016), verificou-se casos onde os pais não sentiram o suporte dos restantes membros da família e que, pelo contrário, foram culpados pelos comportamentos suicidários do seu familiar. No entanto, os autores observaram também casos de pais que relataram que sentiram o suporte dos restantes membros da família e que a situação onde se encontravam tornou a família mais unida (Ferrey et al., 2016). Ainda no estudo anterior, perceberam que, por exemplo, os avós do familiar que realizou os comportamentos suicidários manifestaram duas atitudes relativamente ao sucedido nomeadamente, poderiam piorar a situação ao relembrar problemas nas relações

familiares já existentes e não dar suporte à família, ou estavam determinados em ajudar e apoiar a família (Ferrey et al., 2016).

O estudo de Asare-Doku, Osafo e Akotia (2017) verificou que os pais tiveram suporte social de amigos e de familiares (incluindo irmãos do familiar em questão), e que estes estavam dispostos a ajudar a lidar com a situação (Asare-Doku et al., 2017). Contudo, no estudo de Lindgren, Astrom e Graneheim (2010), os amigos e vizinhos tentavam evitar a família e o familiar que realizou os comportamentos suicidários (Lindgren et al., 2010). E segundo Morgan e colaboradores (2013), os pais relataram que tinham um baixo suporte social (Morgan et al., 2013). Com base no estudo de Trinco, Santos e Barbosa (2017), os pais manifestaram uma grande insatisfação com o suporte, ajuda e informação proporcionados pelos profissionais de saúde, fazendo com que os seus níveis de angústia e de desespero aumentassem (Trinco et al., 2017).

Os amigos podem ser fundamentais em proporcionar suporte, especialmente amigos que já vivenciaram ou que estão a passar por uma situação semelhante. Os pais sentiram que pertencer a um grupo de apoio com pessoas em situações semelhantes, onde pudessem se expressar e onde toda a troca de informações era confidencial foi algo positivo e poderia dar o apoio que necessitavam (Ferrey et al., 2016). A participação dos pais nestes grupos onde existe a partilha de informação e a compreensão da situação em si e dos sentimentos pode ser muito vantajoso e positivo para os pais continuarem nesta fase difícil (Ferrey et al., 2015).

Com o intuito de uma melhor compreensão e análise sobre o ambiente familiar, as investigações realizadas referiram que, o ambiente familiar pode ser caracterizado com base na avaliação do conceito da Emoção Expressa (Hooley & Parker, 2006). Um ambiente familiar com níveis altos de Emoção Expressa espelha pouco afeto, raiva, fardo, stresse, atitudes críticas, hostis, inflexíveis, intrusivas dos familiares próximos sobre os

jovens. Assim sendo, a Emoção Expressa pode ser encarada como uma medida que avalia a relação familiar, onde uma interação familiar negativa pode influenciar o aumento dos níveis de Emoção Expressa e vice-versa (Hooley & Gotlib, 2000; Kavanagh et al., 1997).

Estudos indicam que após a descoberta dos comportamentos suicidários do familiar, o ambiente familiar fica frágil e enfrenta as consequências associadas ao mesmo, contudo a família, em especial os pais, tentam reconstruir o ambiente familiar e as relações familiares de forma a torná-lo mais positivo (Ferrey et al., 2016; Kelada et al., 2016; Whitlock et al., 2018).

Com base na literatura, os pais tentaram melhorar a sua comunicação com o familiar, tentaram falar de forma mais calma com o intuito de perceber o seu familiar e a situação em que se encontram. Tentaram ouvir de forma genuína e não culpar nem julgar o seu familiar. Os pais vivenciaram mais momentos em família e com o seu familiar, oferecendo amor e suporte. Em alguns casos, os pais aperceberam-se que toda a situação com o seu familiar fez com que ficassem mais unidos, contudo outros pais relataram que esta situação fez com que houvesse uma quebra na relação pais-familiar e se tornaram mais distantes do familiar (Byrne et al., 2008; Kelada et al., 2016).

Os pais tornaram-se ativos com a situação do seu familiar no sentido em que procuraram informação e desenvolveram estratégias para ajudar e apoiar o seu familiar e a sua família neste processo (Hughes et al., 2015; Ferrey et al., 2016). Os pais adotaram estratégias diferentes, por exemplo, tornaram-se vigilantes, controladores e preocupados constantemente, alterando as suas rotinas e as regras da casa (Buus et al., 2014; Daly, 2005; Ferrey et al., 2016; Kelada et al., 2016; McDonald et al., 2007); perceberam que o controlo e vigilância excessivos não iria ajudar a situação do seu familiar, e que seria mais positivo e eficaz se transmitissem mais amor e suporte e se criassem juntos estratégias específicas de ajuda (Ferrey et al., 2016).

Segundo os estudos de Greene-Palmer e colaboradores (2015) e de Wagner e colaboradores (2000), quando os pais descobrem o comportamento suicidário do seu familiar sentem, paradoxalmente, um aumento das emoções positivas, um desejo de reconstruir a ligação com o seu familiar, e uma diminuição dos níveis de raiva sentidas pelas mães um dia após o comportamento suicidário (Greene-Palmer et al., 2015; Wagner et al., 2000). Contudo, não foi possível provar que os comportamentos suicidários diminuem os sentimentos de hostilidade nos pais (Wagner et al., 2000).

2.6. A família de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS

Com base na literatura existente foi possível observar que existiu um foco direcionado para aspetos como o suicídio consumado, os fatores de risco e de proteção das famílias em relação ao comportamento suicidário dos jovens, as características dos jovens que cometeram CAL/TS/suicídio, e a experiência dos pais que tiveram filhos vítimas de suicídio (e.g., Granboulan, Zivi, & Basquin, 1997; Maple, 2005; Séguin, Renaud, Lesage, Robert, & Turecki, 2011). No entanto, apesar de ter sido evidenciado uma alta prevalência de jovens com comportamentos suicidários e que as suas famílias podem ser extremamente afetadas, foram escassos os estudos que se focalizam nas consequências que estes comportamentos têm nas famílias (e.g., reações emocionais consequentes; efeitos nas diferentes dimensões da vida; dificuldades; desenvolvimento de sintomatologia depressiva, ansiosa e de stresse; problemas sociais e familiares) (Buus et al., 2014; Byrne et al., 2008; Hughes et al., 2015; McDonald et al., 2007; Raphael et al., 2006).

A insuficiência de estudos realizados sobre o impacto dos jovens que realizam comportamentos suicidários nas famílias pode ser encarado como um aspeto prejudicial a nível global, pois a família pode ter um papel imprescindível na prevenção e na

intervenção dos mesmos (Buus et al., 2014). Para além disto, melhorar e aprofundar o conhecimento sobre o impacto dos atos suicidas na família poderá ser benéfico para os profissionais de saúde, sobretudo para o desenvolvimento de intervenções mais específicas para as famílias (Buus et al., 2014; Daly, 2005).

Com o intuito de averiguar quais foram os estudos realizados em Portugal sobre o impacto que os CAL ou TS dos jovens têm sobre as suas famílias, foi possível confirmar que existe apenas um estudo realizado por Trinco e colaboradores (2017). Neste estudo, Trinco e colaboradores (2017) focaram-se nas necessidades e vivências dos pais de jovens com CAL e que ficaram internados no serviço de urgência, sendo assim, um estudo direcionado para um contexto mais específico. Para além do estudo referido anteriormente, está em desenvolvimento uma investigação mais ampla, a nível nacional, que pretende aumentar o conhecimento empírico sobre o impacto dos CAL e das TS dos jovens e jovens-adultos na sua família. Contudo, os resultados ainda são preliminares (Roths, Brás, Jardim, Silva, Santos, & Henriques, 2018; Roths, Henriques, Correia, Martins, & Brás, 2018).

Desta forma, os investigadores alertaram para o facto de existir poucos estudos sobre as famílias com filhos que realizaram CAL ou TS, e argumentaram que seria fundamental pesquisas futuras se focarem em aspetos como: o impacto que estes comportamentos provocam no seio familiar (Buus et al., 2014), a evolução das relações familiares (Greene-Palmer et al., 2015), a reação familiar (isto é, como os pais enfrentam e superam a situação) (Daly, 2005; McDonald et al., 2007; Wagner et al., 2000), os efeitos consequentes sobre a família (Morgan et al., 2013), a existência ou não de recursos comunitários para apoiar a família (Oldershaw et al., 2008), entre outros.

Neste contexto, foi possível evidenciar e realçar a importância que a família desempenha e o quanto são afetadas quando têm membros com CAL ou TS. Apostar em mais estudos é necessário e fundamental, principalmente em Portugal, para continuar a estudar as características específicas das famílias de jovens com CAL ou TS e que poderão ser diferentes nas famílias de jovens sem CAL ou TS, e para perceber qual é o impacto que estas situações acarretam na família. Realçamos a importância da realização de mais estudos neste âmbito, não só pelo facto de nos proporcionar uma visão mais completa, mas também possibilitará, *à posteriori*, desenvolver medidas preventivas e intervenções específicas e eficazes para estas famílias e para os jovens. Desta forma, poderá ser possível ajudar a contribuir para uma base de conhecimento mais completa e para a redução deste tipo de comportamentos ou das suas consequências. Face ao que foi referido, propomo-nos a desenvolver um estudo com duas amostras (isto é, familiares de jovens ou jovens-adultos com e sem CAL ou TS), onde pretendemos analisar as consequências dos CAL ou TS dos jovens ou jovens-adultos nas famílias e analisar e comparar as características das famílias de jovens ou jovens-adultos com e sem CAL ou TS.

3. Objetivos

A investigação nacional, na qual este estudo se integra, pretende aumentar o conhecimento empírico sobre o impacto dos comportamentos autolesivos (CAL) e das tentativas de suicídio (TS) dos jovens e jovens-adultos na sua família, com o intuito de proporcionar mais conhecimento para que sejam realizadas intervenções mais eficazes ao nível da família.

O presente estudo tem como objetivos gerais: (a) analisar as consequências dos CAL e TS dos jovens ou jovens-adultos nos seus familiares e (b) comparar as características das famílias de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS com as famílias de jovens ou jovens-adultos sem esses comportamentos.

Os objetivos específicos do estudo consistiram em: (a) caracterizar os antecedentes familiares suicidários dos jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS; (b) analisar as reações emocionais, os efeitos nas diferentes dimensões da vida (vida em geral, familiar, social, laboral e saúde) e as dificuldades dos familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS; (c) identificar se existem diferenças entre as reações emocionais, os efeitos e as dificuldades no impacto nas famílias em função das características sociodemográficas e da história clínica dos familiares e dos jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS; (d) analisar as variáveis psicológicas (isto é, sintomatologia depressiva e ansiogénica e níveis de stresse, satisfação com o suporte social e emoção expressa) em função das características sociodemográficas e da história clínica dos familiares dos jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS; (e) analisar a relação das reações emocionais, dos efeitos nas diferentes dimensões da vida e das dificuldades com as variáveis psicológicas nos familiares; (f) comparar as variáveis psicológicas nos dois grupos de famílias (isto é, famílias de jovens com CAL ou TS e famílias de jovens sem esses comportamentos).

4. Metodologia

Neste capítulo será realizada uma caracterização dos participantes, do tipo de estudo, os instrumentos utilizados, procedimentos de recolha e de análise de dados.

4.1. Participantes

Neste estudo recorreu-se a uma técnica de amostragem não-probabilística por conveniência, onde se obteve duas amostras (isto é, familiares de jovens ou jovens-adultos com e sem CAL ou TS) com um total de 107 participantes, de ambos os sexos.

Relativamente à amostra de familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS, o seu critério de inclusão foi o facto de serem familiares próximos (com idade igual ou superior a 18 anos) de um jovem ou jovem-adulto, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 10 e os 35 anos, que tenha realizado um comportamento autolesivo (CAL) e/ou uma tentativa de suicídio (TS). Esta amostra reuniu 27 participantes, dos quais 15 foram pais (e.g., mães e pais) e os restantes 12 participantes foram outros familiares (e.g., irmã, tios, primos, avós), com idades compreendidas entre os 18 e os 80 anos.

No que diz respeito à amostra de familiares de jovens ou jovens-adultos sem CAL ou TS foram recolhidos 80 participantes. Estes 80 participantes tinham idades compreendidas entre os 19 e os 63 anos, e respeitaram o critério de serem familiares (com idade igual ou superior a 18 anos) de um jovem ou jovem-adulto, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 10 e os 35 anos, que não tenha realizado um CAL nem uma TS.

4.2. Tipo de estudo

Este estudo consiste num estudo descritivo, exploratório, transversal e comparativo. Neste estudo procurou-se organizar, descrever, analisar e interpretar os dados obtidos, assim como, encontrar relações e realizar comparações entre as variáveis, avaliadas uma única vez em dois grupos, num determinado momento temporal (Pestana & Gageiro, 2008; Rodrigues, Pinho, & Oliveira, 2010).

4.3. Instrumentos

4.3.1. Questionário da Experiência da Tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo de um familiar – Versão para pais e familiares (QETSALF-6)

O Questionário da Experiência da tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo de um familiar - versão para pais e familiares (QETSALF-6) consiste num questionário de autopreenchimento, desenvolvido e em fase de validação para a população portuguesa por Rothes, Henriques, Santos e Brás (2016) com base na recolha de informação de uma revisão sistemática na área.

O QETSALF-6 é composto por questões de caracterização sociodemográfica, de caracterização da família e descrição do ato suicida, por subescalas avaliadas em escalas tipo *Likert*, e por questões abertas que ajudam a caracterizar os CAL ou as TS e a vivência da situação. As seis subescalas do QETSALF-6 consistem em: (1) *Explicações para a TS ou CAL*; (2) *Reações emocionais*; (3) *Comunicação*; (4) *Efeitos em diferentes dimensões de vida: geral, família, trabalho, saúde e social*; (5) *Ajuda, suporte e tratamento e contacto com profissionais e serviços de saúde* e (6) *Dificuldades*.

Neste estudo, as categorias que foram analisadas são as seguintes: (2) *Reações emocionais*, (4) *Efeitos nas diferentes dimensões da vida* e (6) *Dificuldades*. Para cada

categoria foram calculadas subcategorias através da média dos resultados dos seus respetivos itens. Em cada categoria foi calculado o alfa de *Cronbach*, onde as categorias que manifestaram o valor do alfa inferior a 0,70 (isto é, inferior a um valor aceitável devido por exemplo, ao número baixo de itens pertencentes à categoria ou ao tamanho reduzido da amostra), calculou-se também a Média da Correlação Inter-Item (MIC – *Mean-Inter-Item Correlation*).

Na categoria Reações emocionais foram criadas as seguintes subcategorias: sofrimento (itens 1, 2, 3, 4, 14, 36; $\alpha=0,66$; MIC=0,28); negação e choque (itens 5, 15; $\alpha=0,53$; MIC=0,36); ansiedade, preocupação e medo (itens 6, 7, 8, 9, 10, 24, 25, 29, 33; $\alpha=0,87$); zanga e frustração (itens 11, 12, 13, 26, 27, 28; $\alpha=0,68$; MIC=0,24); culpa e sentimento de falha (itens 16, 17, 18, 19, 32; $\alpha=0,75$); aceitação (itens 20, 21; $\alpha=0,72$); vergonha (itens 22, 37; $\alpha=0,05$; MIC=0,03) e perturbação mental (itens 23; 30, 31, 34, 35; $\alpha=0,80$).

A categoria Efeitos nas diferentes dimensões da vida dos familiares abrange as seguintes subcategorias: efeitos na vida em geral (itens 1, 11, 15; $\alpha=0,75$); efeitos negativos na família (itens 2, 4, 5, 6, 7, 12, 13, 16, 20, 24, 25; $\alpha=0,83$); efeitos positivos na família (itens 21, 22, 23; $\alpha=0,84$); efeitos na vida social (itens 3 e 9; $\alpha=0,88$); efeitos na vida profissional (itens 8, 10, 14; $\alpha=0,43$; MIC=0,35) e efeitos na saúde (itens 17, 18, 19, 26; $\alpha=0,88$).

A categoria Dificuldades inclui as subcategorias: ajuda/suporte (itens 1, 2, 3, 4, 11; $\alpha=0,51$; MIC=0,24); proatividade/envolvimento na ajuda/prevenção (itens 5, 6, 7, 10, 14, 16, 17; $\alpha=0,81$); dificuldades emocionais/relacionais/comunicacionais (itens 8, 9, 12, 13, 15, 18, 22; $\alpha=0,87$) e rotina quotidiana e gestão familiar (itens 19, 20, 21, 23, 24; $\alpha=0,80$).

4.3.2. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) consiste numa escala de autopreenchimento, desenvolvida por Pais-Ribeiro (1999).

Tem como objetivo medir a satisfação com o suporte social existente para a saúde, bem-estar, mal-estar e qualidade de vida. A ESSS contém 15 itens avaliados em escalas tipo *Likert* com cinco posições: A (*Concordo totalmente*), B (*Concordo na maior parte*), C (*Não concordo, nem discordo*), D (*Discordo na maior parte*) e E (*Discordo totalmente*). A pontuação total da escala obtém-se através da soma dos valores dos itens e pode variar entre 0 e 75, onde uma pontuação mais elevada corresponde a uma maior satisfação com o suporte social. A ESSS permite obter uma pontuação da escala global e das suas quatro subescalas, nomeadamente (1) *Satisfação com os amigos* (itens 3, 12, 13, 14, 15), (2) *Satisfação com a intimidade* (itens 1, 4, 5, 6), (3) *Satisfação com a família* (itens 9, 10, 11) e (4) *Satisfação com as atividades sociais* (itens 2, 7, 8). As quatro subescalas apresentam os seguintes valores de consistência interna: $\alpha=0,83$, $\alpha=0,74$, $\alpha=0,74$ e $\alpha=0,64$, respetivamente. Nesta escala é necessário inverter os seguintes itens: 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15 (Pais-Ribeiro, 1999).

A escala total apresenta uma consistência interna de 0,85, e explica 63,1% da variância total. Relativamente à validade discriminante, a subescala que melhor explica a satisfação com o suporte social é a dos amigos. Na validade concorrente, com exceção das medidas de acontecimentos de vida, a correlação entre o resultado da escala total e as medidas critério é superior do que as subescalas. Assim, a ESSS foi caracterizada como uma escala sensível e válida (Pais-Ribeiro, 1999).

Neste estudo, a escala total manifestou uma boa consistência interna, com um alfa de *Cronbach* de 0,80. As suas subescalas apresentam os seguintes valores de alfa de *Cronbach*: *Satisfação com os amigos* com $\alpha=0,74$, *Satisfação com a intimidade* com

$\alpha=0,57$ (MIC=0,25), *Satisfação com a família* $\alpha=0,85$, e *Satisfação com as atividades sociais* com $\alpha=0,74$.

4.3.3. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21)

A *Depression Anxiety Stress Scale (DASS)* é uma escala de autopreenchimento desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995) e que foi adaptada à língua portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004), tendo como designação: *Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse - EADS-21*. A sua adaptação teve como base uma amostra de 200 sujeitos (de 18 a 23 anos) (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004).

A EADS-21 tem como objetivo avaliar a ansiedade, depressão e stresse, e é composta por 21 itens e por três subescalas, nomeadamente, *Ansiedade*, *Depressão* e *Stresse*. Cada subescala contém sete itens – isto é, *Ansiedade* (2, 4, 7, 9, 15, 19, 20), *Depressão* (3, 5, 10, 13, 16, 17, 21) e *Stresse* (1, 6, 8, 11, 12, 14, 18) – e são avaliadas por escala tipo *Likert* de 4 pontos, de 0 (*Não se aplicou a mim*) a 3 (*Aplicou-se a mim a maior parte das vezes*). Assim, a EADS-21, através da soma dos valores dos itens, obtém três pontuações que podem variar entre 0 a 21, onde valores mais elevados correspondem a estados afetivos mais negativos (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004).

A consistência interna das subescalas foi de 0,85; 0,74; 0,81 para a de *Depressão*, *Ansiedade* e de *Stresse*, respetivamente. A validade convergente-discriminante apresenta uma contaminação entre os construtos, e as três subescalas avaliam construtos que são mais semelhantes, comparativamente aos diferentes. Existe uma sobreposição dos itens de *Ansiedade* e de *Stresse*. A correlação entre as escalas das versões de 21 e de 42 itens é alta, e foi igual entre cada escala e as restantes (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004).

Neste estudo, a escala total espelhou uma boa consistência interna com $\alpha=0,91$, assim como as suas subescalas, nomeadamente, depressão ($\alpha=0,79$), ansiedade ($\alpha=0,83$)

e stresse ($\alpha=0,81$). Um aspeto importante a referir consiste que para os familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS foi realizada uma alteração a nível da instrução da escala, adequando à especificidade da amostra, nomeadamente: “*Por favor, leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si na semana imediatamente após a tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo do seu familiar. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.*”. Desta forma, somente os familiares de jovens ou jovens-adultos sem CAL ou TS preencheram à versão original e sem alterações da escala.

4.3.4. Family Attitude Scale (FAS)

A *Family Attitude Scale* (FAS) consiste numa escala de autorrelato desenvolvida por Kavanagh e colaboradores (1997) com base num grupo de pais de estudantes e num grupo de 70 famílias com membros diagnosticados com Esquizofrenia (Kavanagh et al., 1997). O estudo relativamente às características psicométricas da versão portuguesa da escala foi efetuado por Fernandes (2014).

A FAS é composta por 30 itens avaliados em escala tipo *Likert* com cinco posições: 0 (*Nunca*), 1 (*Raramente*), 2 (*Alguns dias*), 3 (*A maioria dos dias*) e 4 (*Todos os dias*). Esta escala pode ser preenchida por qualquer membro da família, e tem como objetivo medir e avaliar a Emoção Expressa (Hooley & Parker, 2006; Kavanagh et al., 1997). Obtém-se a pontuação total da escala através da soma das pontuações dos itens, e os seus resultados podem variar entre 0 e 120, sendo que, as pontuações mais elevadas são indicadoras de níveis mais elevados de crítica, hostilidade, raiva, fardo ou stresse. Importa referir que é necessário inverter os seguintes itens: 1, 9, 12, 15, 16, 20, 21, 24,

28, 30. A FAS total apresenta uma elevada consistência interna ($\alpha=0,95$) (Kavanagh et al., 1997).

Nesta investigação baseamo-nos na adaptação preliminar da FAS realizada por Fernandes (2014). Segundo Fernandes (2014), a análise fatorial exploratória da FAS evidenciou apenas um único fator explicativo da variância da Emoção Expressa, considerando assim, uma medida unidimensional. A FAS obteve uma elevada consistência interna com um alfa de *Cronbach* de 0,95. Desta forma, Fernandes (2014) concluiu que a versão portuguesa da FAS demonstrou ser um instrumento fiável para as atitudes disfuncionais dos familiares de pessoas com doença mental e deficiência em Portugal (Fernandes, 2014).

Neste estudo, a escala total apresentou uma boa consistência interna com um $\alpha=0,89$.

4.3.5. Questionário de dados sociodemográfico

O questionário sociodemográfico é composto por questões sociodemográficas, como por exemplo: género, idade, profissão, situação profissional, habilitações académicas, estado civil e distrito.

4.4. Procedimento de recolha de dados

O presente estudo está integrado numa investigação que está a decorrer a nível nacional, em parceria com a Universidade do Porto – Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação (FPCEUP), a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESenfC), O Departamento de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Algarve e outras instituições hospitalares.

Para a realização desta investigação foi efetuado o pedido de autorização à Comissão de Ética da FPCE da Universidade do Porto e ao Centro Hospitalar e Universitário da Universidade de Coimbra, à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Algarve e também à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD), dos quais se obteve um parecer positivo.

O procedimento de recolha de dados realizou-se em formado digital e em papel, através de duas vias, nomeadamente as instituições de saúde e os contactos informais.

A recolha de dados dos familiares de jovens e de jovens-adultos com CAL ou TS realizou-se na Administração Regional de Saúde do Algarve (e.g., no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) – Sotavento, na Universidade do Porto e através de contactos informais. Para a recolha desta amostra ficou decidido que, como critério de inclusão, os participantes teriam de ser familiares (em especial, familiares próximos) de um jovem ou jovem-adulto que tenha realizado um CAL ou uma TS. Para a possibilidade de recolha da amostra no ACES – Sotavento ficou decidido juntamente com a equipa de psicólogos que exercem funções na instituição, que seriam os psicólogos com os casos de familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS, que iriam transmitir a informação do estudo e entregar um envelope com o protocolo e o consentimento informado, para que os próprios preenchessem em casa e depois numa futura consulta entregariam o envelope fechado e rubricado por cima do fecho. Neste sentido, foi realizada uma reunião com os psicólogos que tinham conhecimento de casos com as características que se integram no estudo, onde foi explicado o estudo de forma detalhada, o seu procedimento, os instrumentos e onde foi esclarecido qualquer dúvida. Este procedimento foi adotado devido ao facto de a amostra ser muito delicada e especial, e de difícil de acesso. Para além deste procedimento, sempre que o familiar preferisse responder ao protocolo por via digital e não em papel, seria encaminhado para a plataforma digital.

No que diz respeito à recolha de dados dos familiares de jovens ou jovens-adultos sem história de CAL ou TS foi realizada através do contacto direto com o familiar onde foi explicado o estudo e entregue um envelope com o protocolo e o consentimento informado ou possibilitado o acesso ao protocolo por via digital.

4.5. Procedimento de tratamento de dados

Os dados recolhidos foram organizados e tratados com base no programa de tratamento de dados e de análise estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS Statistics – Versão 24), onde foram selecionados um conjunto de técnicas estatísticas que nos permitiram estudar as características das amostras e alcançar os objetivos do estudo.

Começou-se por uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas da amostra, mais precisamente, uma análise sobre os familiares dos jovens ou jovens-adultos com e sem CAL ou TS, os jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS, as características dos CAL ou TS, assim como, a história familiar e clínica dos jovens. O tratamento destas variáveis foi realizado com base nas frequências e percentagens, médias, desvio-padrão e amplitude (Pestana & Gageiro, 2008).

Com o intuito de facilitar a leitura e interpretação dos resultados, as escalas de resposta *Likert* foram agrupadas em três grandes grupos em algumas análises das categorias e respetivas subcategorias. Neste sentido, para a categoria Reações emocionais criamos três grupos de resposta, nomeadamente o primeiro grupo que se refere à resposta 1 (*Não sinto de modo algum*), o segundo grupo que engloba as respostas 2 (*Sinto um pouco*) e 3 (*Sinto algo*) e um terceiro grupo que integra as respostas 4 (*Sinto*) e 5 (*Sinto muito*). Para a categoria Efeitos nas diferentes dimensões da vida dos familiares também foram criados 3 grupos de resposta, nomeadamente o primeiro grupo com a resposta 1

(*Não afetou nada*), o segundo grupo inclui as respostas 2 (*Afetou um pouco*) e 3 (*Afetou algo*) e o terceiro grupo abrange as respostas 4 (*Afetou*) e 5 (*Afetou muito*). Importa referir que para a categoria Efeitos nas diferentes dimensões da vida dos familiares, especificamente nos itens 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 e 26 tivemos que agrupar as escalas de resposta *Likert* da seguinte forma: o primeiro grupo integra as respostas 1 (*Discordo totalmente*) e 2 (*Discordo*), o segundo grupo refere-se à resposta 3 (*Concordo pouco*) e o terceiro grupo inclui as respostas 4 (*Concordo*) e 5 (*Concordo totalmente*). Para a categoria Dificuldades os três grupos de resposta criados foram: o primeiro grupo refere-se à resposta 1 (*Nada frequente*), o segundo grupo integra as respostas 2 (*Pouco frequente*) e 3 (*Algo frequente*) e o terceiro grupo abrange as respostas 4 (*Frequente*) e 5 (*Muito frequente*).

De seguida, realizou-se a análise da fidelidade dos instrumentos utilizados em ambos os estudos, de maneira a analisar a consistência interna das escalas e das categorias com base no cálculo do alfa *de Cronbach* e da Média da Correlação Inter-Itens (MIC). Segundo Pestana e Gageiro (2008), a consistência interna pode variar entre o zero e um, e podemos interpretar o valor do alfa tendo em conta a seguinte classificação: alfa inferior a 0,60 – consistência interna inadmissível; entre 0,60 e 0,70 – consistência interna fraca; entre 0,70 a 0,80 – consistência interna razoável; entre 0,80 a 0,90 – consistência interna boa; e superior a 0,90 – consistência interna muito boa (Pestana & Gageiro, 2008).

Procedemos com a utilização de testes não-paramétricos sempre que foi realizado um procedimento estatístico com a amostra de familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS, devido ao seu tamanho reduzido (isto é, número da amostra inferior a 30 participantes). Neste sentido, como teste alternativo ao teste paramétrico *t*, foi utilizado o teste não-paramétrico Mann-Whitney, com o objetivo de averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias das variáveis entre duas amostras

independentes e compará-las (Pestana & Gageiro, 2008). O cálculo do r de *Cohen* foi realizado através do *software Microsoft Excel 2013*.

Por fim, foi utilizado o coeficiente de correlação não-paramétrico, teste de *Spearman*, com o intuito de verificar as relações que existem entre as escalas e também entre as escalas e as categorias/subcategorias. De acordo com Pestana e Gageiro (2008), o coeficiente de correlação de *Spearman* (r_s) mede a intensidade entre as variáveis, e pode variar entre -1 e 1, onde quanto mais próximo do -1 ou do 1, maior é a relação entre as variáveis. Os autores acrescentam que quando a correlação de *Spearman* (r_s) apresenta um valor positivo, as variáveis variam na mesma direção (isto é, ambas as variáveis crescem ou diminuem), e quando a correlação apresenta um valor negativo significa que as variáveis variam em sentidos opostos (isto é, quando uma variável cresce, a outra diminui, e vice-versa). Foi utilizada a seguinte classificação para a análise dos valores das correlações: r_s abaixo de 0,20 – correlação muito baixa; entre os 0,20 e os 0,39 – correlação baixa; entre os 0,40 e os 0,69 – correlação moderada; entre os 0,70 e os 0,89 – correlação alta; e entre 0,90 e 1 – correlação muito alta (Pestana & Gageiro, 2008).

5. Resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos no estudo, tendo em conta os objetivos delineados. Desta forma, os resultados estão organizados e divididos por amostras (isto é, primeiro, os familiares de jovens ou jovens-adultos com comportamentos autolesivos (CAL) ou tentativas de suicídio (TS) e, de seguida, os familiares de jovens ou jovens-adultos sem CAL ou TS), com o intuito de melhorar a organização e leitura dos mesmos.

5.1. Caracterização dos participantes – Familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS

A caracterização sociodemográfica dos 27 participantes (isto é, familiares de jovens ou jovens – adultos com CAL ou TS) foi realizada com base nos seguintes fatores: género, idade, habilitações académicas, profissão e situação profissional, estado civil, distrito, se vive com o familiar com CAL ou TS e o seu grau parentesco. Esta informação está descrita na seguinte tabela (Tabela 1).

Tabela 1

Características sociodemográficas dos familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS

Caraterísticas Sociodemográficas		N (%)
Género	Feminino	18 (66,7)
	Masculino	9 (33,3)
Habilitações Académicas	1º Ciclo	3 (11,1)
	2º Ciclo	1 (3,7)
	3º Ciclo	4 (14,8)
	Ensino Secundário	9 (33,3)
	Ensino Superior	10 (37,0)
Profissão	Profissões das Forças Armadas	1 (3,7)

Caraterísticas Sociodemográficas	<i>N (%)</i>	
	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	7 (25,9)
	Técnicos e profissões de nível intermédio	3 (11,1)
	Pessoal Administrativo	4 (14,8)
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	3 (11,1)
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	1 (3,7)
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	3 (11,1)
	Trabalhadores não qualificados	5 (18,5)
Estado Civil	Solteiro	5 (18,5)
	Casado/União de facto	18 (66,7)
	Divorciado	3 (11,1)
	Viúvo	1 (3,7)
Situação Profissional	Empregado	22 (81,5)
	Desempregado	0
	Outro	5 (18,5)
Distrito	Faro	26 (96,3)
	Funchal	1 (3,7)
Vive com o familiar com CAL ou TS	Sim	14 (51,9)
	Não	13 (48,1)
Grau de parentesco	Mãe	9 (33,3)
	Pai	6 (22,2)
	Tio	1 (3,7)
	Tia	2 (7,4)
	Prima	3 (11,1)
	Primo	1 (3,7)
	Irmã	1 (3,7)
	Avó	2 (7,4)
	Avô	2 (7,4)

Nota. N=27; % - Percentagem;

Com base nos resultados obtidos, num total de 27 participantes, 18 (66,7%) são do sexo feminino e 9 (33,3%) do sexo masculino, tendo idades compreendidas entre os 18 e os 80 anos ($M=47,26$; $DP=15,25$).

Relativamente às habilitações académicas, a maioria dos familiares têm o ensino superior ($N=10$; 37,0%), e uma minoria referiu ter o 2º ciclo ($N=1$; 3,7%). A maioria dos familiares estão empregados ($N=22$; 81,5%) e os restantes familiares ($N=5$; 18,5%) encontram-se em outra situação profissional (e.g., aposentado). No que diz respeito às profissões, grande parte dos familiares são especialistas das atividades intelectuais e científicas ($N=7$; 25,9%).

A maioria dos participantes estão casados ($N=18$; 66,7%) e vivem no distrito de Faro ($N=26$; 96,3%). Quatorze (51,9%) familiares vivem com o jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS. Relativamente ao grau de parentesco, a maioria dos familiares são mães ($N=9$; 33,3%), de seguida, pais – sexo masculino ($N=6$; 22,2%), primas ($N=3$; 11,1%), e por fim, com o mesmo número de participantes, segue-se dois avós, avôs e tias (7,4%), e uma irmã, primo e tio (3,7%).

5.2. Caracterização dos jovens ou jovens-adultos e dos CAL ou das TS

De acordo com a recolha de dados, foi possível reunir um conjunto de informações sobre os jovens ou jovens-adultos que realizaram o(s) CAL ou a(s) TS, assim como, a descrição desses comportamentos, que estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2

Características dos jovens ou jovens-adultos e dos CAL ou das TS

Características		N (%)
Género	Feminino	23 (85,2)
	Masculino	4 (14,8)

Características		N (%)
Habilitações Académicas	2º Ciclo	3 (11,1)
	3º Ciclo	6 (22,2)
	Ensino Secundário	18 (66,7)
Profissão	Técnicos e profissões de nível intermédio	2 (7,4)
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	4 (14,8)
	Trabalhadores não-qualificados	1 (3,7)
	Estudante	19 (70,4)
	Sem resposta	1 (3,7)
	Estado Civil	Solteiro
	Casado/União de facto	2 (7,4)
	Divorciado/Separado	2 (7,4)
Método	Intoxicação medicamentosa	16 (59,3)
	Tentativa de enforcamento	2 (7,4)
	Cortes na pele com objeto cortante	9 (33,3)
Diagnóstico Psicopatológico	Sim	11 (40,7)
	Não	16 (59,3)
Acompanhamento Psiquiátrico	Sim	15 (55,6)
	Não	12 (44,4)
Acompanhamento Psicológico	Sim	24 (88,9)
	Não	3 (11,1)
Primeira vez que aconteceu	Sim	16 (59,3)
	Não	11 (40,7)
História familiar de CAL	Sim	8 (29,6)
	Não	19 (70,4)
História familiar de TS	Sim	8 (29,6)
	Não	19 (70,4)
História familiar de suicídio	Sim	6 (22,2)
	Não	21 (77,8)

Nota. N=27; % - Percentagem;

Os jovens ou jovens-adultos são maioritariamente do sexo feminino ($N=23$; 85,2%) e têm idades compreendidas entre os 12 e os 35 anos ($M=19,44$; $DP=6,12$). A

maioria dos jovens ou jovens-adultos estão solteiros ($N=23$; 85,2%), são estudantes ($N=19$; 70,4%) e, relativamente às suas habilitações académicas, têm o ensino secundário ($N=18$; 66,7%).

Em relação aos CAL ou as TS dos jovens ou jovens-adultos, a intoxicação medicamentosa consiste no método mais utilizado ($N=16$; 59,3%), seguidamente dos cortes na pele com objeto cortante ($N=9$; 33,3%) e a tentativa de enforcamento ($N=2$; 7,4%).

No que diz respeito à história clínica pessoal, 11 (40,7%) jovens ou jovens-adultos têm um diagnóstico psicopatológico, 15 (55,6%) jovens ou jovens-adultos têm ou tiveram acompanhamento psiquiátrico e 24 (88,9%) jovens ou jovens-adultos têm ou tiveram acompanhamento psicológico. Para a maioria dos jovens ($N=16$; 59,3%) foi a primeira vez que tiveram estes comportamentos suicidários.

Relativamente à história clínica familiar, os participantes constataram a existência de casos de CAL ($N=8$; 29,6%), TS ($N=8$; 29,6%) e de suicídio consumado ($N=6$; 22,2%) na família – isto é, familiares como tio, avó, avô ou bisavó.

5.3. Reações emocionais dos familiares na sequência dos CAL ou TS dos jovens ou jovens-adultos

Os familiares podem manifestar diversas reações emocionais após a descoberta dos CAL ou TS dos jovens ou jovens-adultos, e na Tabela 3 serão apresentadas as reações emocionais descritas pelos familiares que participaram neste estudo.

Tabela 3

Reações emocionais dos familiares no seguimento dos CAL ou TS dos jovens ou jovens-adultos

Subcategorias (Alfa de Cronbach ou MIC; Média; Desvio-Padrão)	Itens	(1) Não sinto de modo algum (N; %)	(2) Sinto um pouco e (3) Sinto algo (N; %)	(4) Sinto e (5) Sinto muito (N; %)	M (DP)	Amplitude (min. – máx.)
Sofrimento ($\alpha=0,66$); MIC=0,28; M=3,53; DP=0,78)	1. Dor/Sofrimento.	0	5 (18,5)	22 (81,5)	4,30 (0,87)	2 – 5
	2. Tristeza.	0	5 (18,5)	22 (81,5)	4,33 (0,96)	2 – 5
	3. Desespero.	2 (7,4)	9 (33,3)	16 (59,2)	3,81 (1,30)	1 – 5
	4. Desgosto.	2 (7,4)	9 (33,3)	16 (59,2)	3,52 (1,28)	1 – 5
	14. Desilusão.	9 (33,3)	6 (22,2)	12 (44,4)	2,93 (1,62)	1 – 5
	36. Choro fácil.	13 (48,1)	7 (25,9)	7 (25,9)	2,30 (1,54)	1 – 5
Negação e choque ($\alpha=0,53$; MIC= 0,36; M=3,61; DP= 1,14)	5. Não acreditar no que aconteceu.	4 (14,8)	5 (18,5)	18 (66,6)	3,63 (1,42)	1 – 5
	15. Choque.	3 (11,1)	5 (18,5)	19 (70,3)	3,59 (1,34)	1 – 5
Ansiedade, preocupação e medo ($\alpha=0,87$; M=3,93; DP= 0,82)	6. Angústia.	1 (3,7)	5 (18,5)	16 (59,2)	4,00 (1,00)	1 – 5
	7. Medo.	1 (3,7)	8 (29,6)	18 (66,6)	3,74 (1,09)	1 – 5
	8. Insegurança.	2 (7,4)	6 (22,2)	19 (70,3)	3,78 (1,25)	1 – 5
	9. Preocupação.	1 (3,7)	2 (7,4)	24 (88,9)	4,41 (0,93)	1 – 5
	10. Ansiedade.	4 (14,8)	3 (11,1)	20 (74,1)	3,67 (1,33)	1 – 5
	24. Medo que o (a) meu (minha) familiar volte a repetir.	1 (3,7)	5 (18,5)	21 (77,8)	4,19 (1,15)	1 – 5
	25. Medo que o (a) meu (minha) familiar morra por suicídio.	3 (11,1)	4 (14,8)	20 (74,1)	4,07 (1,33)	1 – 5
	29. Aflição.	6 (22,2)	6 (22,2)	15 (55,5)	3,30 (1,51)	1 – 5
	33. Ficar em alerta.	1 (3,7)	4 (14,8)	22 (81,4)	4,22 (0,97)	1 – 5
	Zanga e frustração	11. Frustração.	3 (11,1)	9 (33,3)	15 (55,5)	3,33 (1,30)

Subcategorias (Alfa de Cronbach ou MIC; Média; Desvio-Padrão)	Itens	(1) Não sinto de modo algum (N; %)	(2) Sinto um pouco e (3) Sinto algo (N; %)	(4) Sinto e (5) Sinto muito (N; %)	M (DP)	Amplitude (min. – máx.)
$(\alpha=0,68$; MIC= $0,24$; $M=2,23$; $DP=0,80$)	12. Raiva e irritação.	10 (37,0)	10 (37,0)	7 (25,9)	2,52 (1,37)	1 – 5
	13. Zanga.	11 (40,7)	7 (25,9)	9 (33,3)	2,52 (1,60)	1 – 5
	26. Zanga dirigida ao seu (sua) familiar.	16 (59,3)	7 (25,9)	4 (14,8)	1,96 (1,40)	1 – 5
	27. Zanga dirigida a outros elementos da família.	19 (70,4)	6 (22,2)	2 (7,4)	1,63 (1,12)	1 – 5
	28. Zanga dirigida aos serviços de saúde ou outros serviços.	22 (81,5)	4 (14,8)	1 (3,7)	1,41 (0,97)	1 – 5
Culpa e sentimento de falha ($\alpha=0,75$; $M=3,08$; $DP=$ $1,06$)	16. Culpa.	8 (29,6)	7 (25,9)	12 (44,4)	2,89 (1,60)	1 – 5
	17. Responsabilidade.	4 (14,8)	9 (33,3)	14 (51,9)	3,37 (1,50)	1 – 5
	18. Impotência.	4 (14,8)	3 (11,1)	20 (74,0)	3,89 (1,45)	1 – 5
	19. Fracasso ou sentimento de falha.	9 (33,3)	6 (22,2)	12 (44,4)	2,93 (1,66)	1 – 5
	32. Colocar em causa as minhas competências familiares.	9 (33,3)	13 (48,1)	5 (18,5)	2,33 (1,21)	1 – 5
Aceitação ($\alpha=$ $0,72$; $M=1,96$; $DP=0,95$)	20. Aceitação.	9 (33,3)	13 (48,1)	5 (18,5)	2,30 (1,20)	1 – 5
	21. Resignação.	16 (59,3)	9 (33,3)	2 (7,4)	1,63 (0,93)	1 – 4
Vergonha ($\alpha=$ $0,05$; MIC= $0,03$; $M=1,96$; $DP=0,89$)	22. Vergonha.	13 (48,1)	10 (37,0)	4 (14,8)	2,00 (1,21)	1 – 5
	37. Medo do estigma.	14 (51,9)	9 (33,3)	4 (14,8)	1,93 (1,27)	1 – 5
Perturbação Mental ($\alpha=$ $0,80$; $M=2,55$; $DP=1,05$)	23. Perturbação.	6 (22,2)	8 (29,6)	13 (48,1)	3,22 (1,45)	1 – 5
	30. A enlouquecer.	17 (63,0)	8 (29,6)	2 (7,4)	1,78 (1,22)	1 – 5
	31. Sob pressão.	8 (29,6)	7 (25,9)	12 (44,4)	2,93 (1,54)	1 – 5
	34. Não conseguir dormir.	8 (29,6)	13 (48,1)	6 (22,2)	2,48 (1,34)	1 – 5
	35. Desorientação.	11 (40,7)	9 (33,3)	7 (25,9)	2,33 (1,44)	1 – 5

Nota. N=27; MIC= Média de correlação inter-item (MIC, Mean-inter-item correlation); % = percentagem; M= Média; DP= Desvio-Padrão; Min= Mínimo; Máx= Máximo.

Na Tabela 3, observou-se que na subcategoria Sofrimento, as reações emocionais que os familiares referiram sentir com mais frequência foram dor/sofrimento e tristeza com a mesma percentagem de resposta (81,5%). Cerca de 48,1% dos familiares relataram que não choraram facilmente após o(s) CAL ou TS do jovem ou jovem-adulto. Na subcategoria Negação e choque, a maioria dos familiares ficaram em choque (70,3%) e não acreditaram no que aconteceu com o jovem ou jovem-adulto (66,6%).

Na subcategoria Ansiedade, preocupação e medo, as reações emocionais que mais foram sentidas pelos familiares, manifestando uma elevada percentagem de resposta são: preocupação com 88,9%, ficar em alerta com 81,4%, medo que o(a) familiar volte a repetir o seu comportamento com 77,8%, ansiedade e medo que o(a) familiar morra por suicídio com a mesma percentagem (74,1%). Na subcategoria Zanga e frustração, a maioria dos familiares referiram sentir frustração (55,5%). Contudo, grande parte dos familiares relatou não sentir zanga dirigida ao seu(sua) familiar (59,3%), ou a outros elementos da família (70,4%), nem aos serviços de saúde ou outros serviços (81,5%).

A maioria dos familiares após o(s) CAL ou TS do jovem ou jovem-adulto sentiram impotência (74,0%), responsabilidade (51,9%), culpa (44,4%), um sentimento de falha ou fracasso (44,4%), e colocaram em causa as suas competências familiares (48,1%). Uma grande parte dos familiares responderam não sentir medo do estigma (51,9%), vergonha (48,1%), nem resignação (59,3%).

Na subcategoria Perturbação mental, os familiares responderam que se sentiram perturbados (48,1%), sob pressão (44,4%) e que não conseguiam dormir (48,1%). No entanto, uma maioria dos familiares respondeu que não se sentiam a enlouquecer (63,0%).

Podemos observar que as reações emocionais mais sentidas e que obtiveram uma maior média entre os familiares foram: Preocupação ($M=4,41$; $DP=0,93$), Tristeza ($M=4,33$; $DP=0,96$) e Dor/sofrimento ($M=4,30$; $DP=0,87$). Por outro lado, as reações emocionais menos sentidas e com as médias mais baixas relatadas entre os familiares foram: zanga dirigida aos serviços de saúde ou outros serviços ($M=1,41$; $DP=0,97$), zanga dirigida a outros elementos da família ($M=1,63$; $DP=1,12$) e, com o mesmo valor médio, a resignação ($DP=0,93$).

Relativamente às subcategorias podemos observar que a subcategoria Ansiedade, preocupação e medo apresenta a média mais elevada ($M=3,93$; $DP=0,82$), e as duas subcategorias com as médias mais baixas são Aceitação e Vergonha com o mesmo valor médio de 1,96 ($DP=0,95$; $DP=0,89$, respetivamente), em comparação às restantes subcategorias.

5.4. Efeito do(s) CAL ou TS dos jovens ou jovens-adultos nos seus familiares

Seguidamente serão evidenciados na Tabela 4 os efeitos que o(s) CAL ou TS dos jovens ou jovens-adultos têm nas diferentes dimensões da vida dos seus familiares, nomeadamente, vida em geral, efeitos negativos e positivos na família, vida social, vida profissional e na saúde.

Tabela 4

Efeitos que o(s) CAL ou a(s) TS dos jovens ou jovens-adultos têm nas diferentes dimensões da vida dos seus familiares

Subcategorias (Alfa de Cronbach ou MIC; Média; Desvio- Padrão)	Itens	(1) Não afetou nada (N; %)	(2) Afetou um pouco e (3) Afetou algo (N; %)	(4) Afetou e (5) Afetou muito (N; %)	M (DP)	Amplitude (min. – máx.)
Vida em geral ($\alpha=0,75$; $M=2,29$; $DP=0,88$)	1. Afetou a minha vida em geral.**	4 (15,4)	15 (57,7)	7 (26,9)	2,85 (1,16)	1 – 5
	11. Afetou a minha vida quotidiana.**	8 (30,8)	14 (53,8)	4 (15,3)	2,38 (1,17)	1 – 5
	15. Prejudicou as minhas relações em geral.*	15 (55,6)	11 (40,7)	1 (3,7)	1,70 (0,91)	1 – 4
Efeitos negativos na família ($\alpha=0,83$; $M=1,86$; $DP=0,65$)	2. Afetou a minha vida familiar.**	6 (23,1)	12 (46,1)	8 (30,8)	2,92 (1,41)	1 – 5
	4. Afetou a relação com o (a) meu (minha) companheiro(a).**	16 (61,5)	8 (30,8)	2 (7,7)	1,62 (0,94)	1 – 4
	5. Afetou a relação com o (a) meu (minha) familiar.*	12 (44,4)	12 (44,4)	3 (11,1)	1,85 (0,99)	1 – 4
	6. Afetou a relação com os (as) meus (minhas) filhos/ pais.**	19 (73,1)	4 (15,4)	3 (11,5)	1,58 (1,07)	1 – 4
	7. Afetou a minha relação com familiares próximos.**	19 (73,1)	5 (19,2)	2 (7,7)	1,50 (0,95)	1 – 4
	12. Afetou as finanças familiares (ex. pagamento de consultas).-**	12 (46,2)	10 (38,5)	4 (15,4)	2,08 (1,29)	1 – 5
	13. Afetou os irmãos.*	11 (40,7)	11 (40,7)	5 (18,5)	2,30 (1,33)	1 – 5
	16. Prejudicou as minhas relações familiares.*	16 (59,3)	10 (37,0)	1 (3,7)	1,67 (0,92)	1 – 4
	20. Piorou a minha vida de casal.**	22 (84,6)	2 (7,7)	2 (7,7)	1,69 (0,93)	1 – 4

Subcategorias (Alfa de <i>Cronbach</i> ou MIC; Média; Desvio- Padrão)	Itens	(1) Não afetou nada (N; %)	(2) Afetou um pouco e (3) Afetou algo (N; %)	(4) Afetou e (5) Afetou muito (N; %)	M (DP)	Amplitude (min. – máx.)
Efeitos positivos na família ($\alpha=0,84$; $M=2,56$; $DP=0,97$)	24. Criou pressão/mal-estar na minha relação de casal.**	19 (73,0)	5 (19,2)	2 (7,7)	1,81 (1,02)	1 – 4
	25. A relação com o (a) meu (minha) familiar piorou.**	22 (84,6)	4 (15,4)	0	1,58 (0,76)	1 – 3
	21. Fortaleceu as relações familiares.**	14 (53,8)	8 (30,8)	4 (15,4)	2,31 (1,19)	1 – 5
	22. Fez com que a relação com o (a) meu (minha) familiar se tornasse mais próxima. **	13 (50,0)	6 (23,1)	7 (26,9)	2,65 (1,02)	1 – 4
	23. Fez com que a família ficasse mais unida. **	12 (46,2)	6 (23,1)	8 (30,7)	2,73 (1,15)	1 – 5
Vida social ($\alpha=0,88$; $M=1,56$; $DP=0,93$)	3. Afetou a minha vida social.**	15 (57,7)	9 (34,6)	1 (7,6)	1,77 (1,11)	1 – 5
	9. Afetou as minhas relações com os amigos.**	21 (80,8)	3 (11,5)	2 (7,6)	1,35 (0,85)	1 – 4
Vida profissional ($\alpha=0,43$; MIC=0,35; $M=1,47$; $DP=0,53$)	8. Afetou as minhas relações com os colegas de trabalho/escola.**	22 (84,6)	3 (11,5)	1 (3,8)	1,23 (0,65)	1 – 4
	10. Afetou as relações com os meus superiores hierárquicos no trabalho. **	22 (85,6)	3 (11,5)	1 (3,8)	1,19 (0,49)	1 – 3
	14. Prejudicou o meu trabalho/escola.*	12 (44,4)	12 (44,4)	3 (11,1)	2,07 (1,11)	1 – 4
Saúde ($\alpha=0,88$; $M=2,43$; $DP=0,96$)	17. Prejudicou a minha saúde mental.**	8 (30,8)	16 (61,6)	2 (7,6)	2,12 (1,03)	1 – 5
	18. Prejudicou a minha saúde física.**	14 (53,8)	10 (38,4)	2 (7,6)	1,77 (1,07)	1 – 5

Subcategorias (Alfa de <i>Cronbach</i> ou MIC; Média; Desvio- Padrão)	Itens	(1) Não afetou nada (N; %)	(2) Afetou um pouco e (3) Afetou algo (N; %)	(4) Afetou e (5) Afetou muito (N; %)	M (DP)	Amplitude (min. – máx.)
	19. Alterou a minha rotina de sono (ex. não conseguir adormecer ou acordar a meio da noite). **	10 (38,4)	10 (38,4)	6 (23,1)	2,62 (1,20)	1 – 5
	26. Aumentou os níveis de ansiedade na família. **	5 (19,2)	10 (38,4)	11 (42,3)	3,23 (1,14)	1 – 5

Nota. *N=27; **N=26; MIC= Média de correlação inter-item (MIC, *Mean-inter-item correlation*); % = percentagem; M= Média; DP= Desvio-Padrão; Min= Mínimo; Máx= Máximo; Os itens 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 e 26 estão agrupados da seguinte forma: o primeiro grupo integra as respostas 1 (*Discordo totalmente*) e 2 (*Discordo*), o segundo grupo refere-se à resposta 3 (*Concordo pouco*) e o terceiro grupo inclui as respostas 4 (*Concordo*) e 5 (*Concordo totalmente*)

Com base na Tabela 4, podemos observar que na subcategoria Vida em geral, a maioria dos familiares sentiu que o CAL ou TS do jovem ou jovem-adulto afetou as suas vidas em geral (57,7%) e o seu quotidiano (53,8%). Contudo, com uma percentagem de 55,6%, os familiares responderam que as suas relações em geral não foram prejudicadas.

Em relação à subescala Efeitos negativos na família, podemos verificar que uma maioria dos familiares respondeu que o CAL ou TS do jovem ou jovem-adulto afetou a sua vida familiar (46,1%), contudo, não afetou a relação com o(a) seu(sua) companheiro(a) (61,5%) nem com familiares próximos (73,1%). Uma grande percentagem dos familiares respondeu que a relação com o(a) seu(sua) familiar não piorou (84,6%). Com a mesma percentagem de resposta (40,7%), um grupo de familiares respondeu que a situação de CAL ou TS do jovem ou jovem-adulto não afetou os irmãos, e outro grupo de familiares respondeu que os irmãos foram afetados.

Na subcategoria Efeitos positivos na família, a maioria dos familiares discorda que a situação do jovem ou jovem-adulto fortaleceu as relações familiares (53,8%), fez com que a relação com o(a) familiar ficasse mais próxima (50,0%) e que a família ficou mais unida (46,2%).

Relativamente à subcategoria Vida social, a maioria dos familiares respondeu que as suas relações com os amigos não foram afetadas pelo CAL ou TS do jovem ou jovem-adulto (80,8%). Na subcategoria Vida profissional, grande parte dos familiares relatou que as suas relações com os seus superiores (85,6%) e com os seus colegas de trabalho/escola (84,6%) não foram afetadas. No entanto, com a mesma percentagem de resposta (44,4%), alguns familiares responderam que a situação vivenciada não prejudicou o seu trabalho/escola, enquanto outros familiares responderam que o seu trabalho/escola foi prejudicado.

Na subcategoria Saúde, a maioria dos familiares sentiu que após o CAL ou TS do jovem ou jovem-adulto, a sua saúde mental foi prejudicada (61,6%) e que os níveis de ansiedade na família aumentaram (42,3%).

Podemos verificar que os efeitos nas diferentes dimensões da vida dos familiares do jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS mais sentidos e com as médias mais elevadas foram: Aumentou os níveis de ansiedade na família ($M=3,23$; $DP=1,14$), Afetou a minha vida familiar ($M=2,92$; $DP=1,41$) e Afetou a minha vida em geral ($M=2,85$; $DP=1,16$). Contudo, os efeitos nas diferentes dimensões da vida dos familiares do jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS menos sentidos e com as médias mais baixas foram: Afetou as relações com os meus superiores hierárquicos no trabalho ($M=1,19$; $DP=0,49$) e Afetou as minhas relações com os colegas de trabalho/escola ($M=1,23$; $DP=0,65$).

De acordo com as respostas dos familiares, podemos constatar que a subcategoria Efeitos positivos na família apresenta a média mais elevada ($M=2,56$; $DP=0,97$) e a subcategoria Vida profissional tem a média mais baixa ($M=1,47$; $DP=0,53$), em comparação com as restantes subcategorias.

5.5. Dificuldades vivenciadas pelos familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS

Após a descoberta dos CAL ou TS dos jovens ou jovens-adultos os seus familiares vivenciam um conjunto vasto de dificuldades. Na seguinte tabela (Tabela 5) será possível averiguar as dificuldades sentidas pelos familiares que participaram neste estudo.

Tabela 5

Dificuldades vivenciadas pelos familiares após a descoberta dos CAL ou TS dos seus jovens ou jovens-adultos

Subcategorias (Alfa de Cronbach ou MIC; Média; Desvio-Padrão)	Itens	(1) Nada frequent e (N; %)	(2) Pouco frequente e (3) Algo frequente (N; %)	(4) Frequent e (5) Muito frequente (N; %)	M (DP)	Amplitude (min. – máx.)
Ajuda/suporte ($\alpha=0,51$; MIC=0,24; M=2,40; DP=0,69)	1. Sinto dificuldade em procurar ajuda dos meus familiares.	5 (55,6)	3 (33,3)	1 (11,1)	1,67 (1,00)	1 – 4
	2. Sinto dificuldade em procurar ajuda de amigos.	4 (44,4)	4 (44,4)	1 (11,1)	1,78 (0,97)	1 – 4
	3. Sinto dificuldade em procurar ajuda de profissionais de saúde.	2 (22,2)	4 (44,4)	3 (33,3)	2,67 (1,23)	1 – 4
	4. Não conheço recursos de ajuda – livros, internet, outros.	2 (22,2)	4 (44,4)	3 (33,3)	2,78 (1,39)	1 – 5

Subcategorias (Alfa de Cronbach ou MIC; Média; Desvio-Padrão)	Itens	(1) Nada frequent e (N; %)	(2) Pouco frequente e (3) Algo frequente (N; %)	(4) Frequente e (5) Muito frequente (N; %)	M (DP)	Amplitude (min. – máx.)
Proatividade/ envolvimento na ajuda/ prevenção ($\alpha=0,81$; $M=2,67$; $DP=0,69$)	11. Sinto falta de uma equipa/ de alguém/ de profissionais que me apoiem.	0	6 (66,7)	3 (33,3)	3,11 (1,27)	2 – 5
	5. Tenho dificuldades em reconhecer sinais de alarme.	2 (22,2)	4 (44,4)	3 (33,3)	2,89 (1,36)	1 – 5
	6. Não sei avaliar o risco do(a) meu(minha) familiar voltar a repetir o comportamento.	0	5 (55,6)	4 (44,4)	3,33 (0,71)	2 – 4
	7. Falta-me informação sobre como os pais/ familiares devem lidar com estes casos.	0	8 (88,9)	1 (11,1)	2,78 (0,67)	2 – 4
	10. Tenho dificuldade em gerir a vigilância que devo fazer ou não sobre o(a) meu(minha) familiar.	2 (22,2)	6 (66,7)	1 (11,1)	2,00 (0,87)	1 – 4
	14. Faltam-me orientações específicas do que devo ou não fazer.	0	6 (66,7)	3 (33,3)	3,00 (1,12)	2 – 5
	16. Sinto dificuldade em saber quando o(a) devo encaminhar para um profissional de saúde.	1 (11,1)	7 (77,8)	1 (11,1)	2,44 (1,13)	1 – 5
	17. Tenho dificuldade em garantir um ambiente seguro e protegido de meios letais.	2 (22,2)	6 (66,7)	1 (11,1)	2,22 (0,97)	1 – 4

Subcategorias (Alfa de Cronbach ou MIC; Média; Desvio-Padrão)	Itens	(1) Nada frequent e (N; %)	(2) Pouco frequente e (3) Algo frequente (N; %)	(4) Frequente e (5) Muito frequente (N; %)	M (DP)	Amplitude (min. – máx.)
Dificuldades emocionais/ relacionais/ comunicacionais ($\alpha=0,87$; $M=2,41$; $DP=0,71$)	8. Sinto medo que o(a) meu(minha) familiar volte a ter um comportamento suicidário/ autolesivo.	0	4 (44,4)	5 (55,6)	3,44 (0,73)	2 – 4
	9. Sinto dificuldade em aceitar o que o(a) meu (minha) familiar fez.	6 (66,7)	2 (22,2)	1 (11,1)	1,78 (1,20)	1 – 4
	12. Tenho dificuldades em perceber as emoções do(a) meu(minha) familiar.	0	7 (77,8)	2 (22,2)	2,89 (0,78)	2 – 4
	13. Sinto dificuldades em entender o(a) meu(minha) familiar.	2 (22,2)	6 (66,7)	1 (11,1)	2,22 (0,97)	1 – 4
	15. Não sei como dialogar sobre o tema com o(a) meu (minha) familiar.	2 (22,2)	5 (55,6)	2 (22,2)	2,44 (1,13)	1 – 4
	18. Sinto-me desamparado (a) perante o que aconteceu.	4 (44,4)	4 (44,4)	1 (11,1)	2,00 (1,12)	1 – 4
	22. Sinto-me angustiado(a) com o que aconteceu.	1 (11,1)	8 (89,9)	0	2,11 (0,60)	1 – 3
Rotina quotidiana e gestão familiar ($\alpha=0,80$; $M=1,89$; $DP=0,74$)	19. Sinto dificuldades na gestão da rotina/ atividade diária.	5 (55,6)	3 (33,3)	1 (11,1)	1,78 (1,09)	1 – 4
	20. Tenho dificuldades em envolvê-lo(a) em atividades positivas (ex. desporto).	2 (22,2)	4 (44,4)	3 (33,3)	2,44 (1,24)	1 – 4
	21. Penso no que aconteceu quando não quero.	1 (11,1)	7 (77,8)	1 (11,1)	2,33 (1,12)	1 – 5

Subcategorias (Alfa de Cronbach ou MIC; Média; Desvio-Padrão)	Itens	(1) Nada frequent e (N; %)	(2) Pouco frequent e (3) Algo frequent (N; %)	(4) Frequent e (5) Muito frequent (N; %)	M (DP)	Amplitude (min. – máx.)
	23. Sinto dificuldades em lidar com o(s) meu(s) outro(s) filho(s), ou, com o(s) irmão(s) do(a) meu(minha) familiar.	5 (55,6)	4 (44,4)	0	1,56 (0,73)	1 – 3
	24. Tenho dificuldades económicas relacionadas com o acompanhamento médico/psicológico.	7 (77,8)	2 (22,2)	0	1,33 (0,71)	1 – 3

Nota. N=9; MIC= Média de correlação inter-item (MIC, *Mean-inter-item correlation*); % = percentagem; M= Média; DP= Desvio-Padrão; Min= Mínimo; Máx= Máximo.

Com base na Tabela 5, na subcategoria Ajuda/suporte, os familiares relataram que sentiram falta de uma equipa/de alguém/de profissionais que os apoiassem (66,7%), contudo, não sentiram dificuldades em procurar ajuda dos seus familiares (55,6%).

Na subcategoria Proatividade/envolvimento na ajuda/prevenção, a maioria dos familiares responderam que não tinham informação sobre como os pais/familiares devem lidar com estes casos (88,9%), e sentiram dificuldade em saber quando devem encaminhar o(a) jovem ou jovem-adulto para um profissional de saúde (77,8%). Com uma percentagem de resposta de 66,7%, os familiares relataram que tiveram dificuldade em garantir um ambiente seguro e protegido de meios letais, não tiveram orientações específicas do que devem ou não fazer, e tiveram dificuldade em gerir a vigilância que devem fazer ou não sobre o(a) familiar.

Na subcategoria Dificuldades emocionais/relacionais/comunicacionais, uma grande maioria dos familiares relatou que se sentiram angustiados (89,9%), com

dificuldades em perceber as emoções do(a) familiar (77,8%) e em entender o(a) familiar (66,7%). Contudo, 66,7% dos familiares responderam que não sentiram dificuldade em aceitar o que o(a) familiar fez.

Por fim, na subcategoria Rotina quotidiana e gestão familiar, uma percentagem de 77,8% dos familiares relatou que pensam no que aconteceu quando não querem, e que não tiveram dificuldades económicas relacionadas com o acompanhamento médico/psicológico.

Podemos observar que as dificuldades frequentemente sentidas e com as médias mais elevadas entre os familiares foram: Sinto medo que o(a) meu(minha) familiar volte a ter um comportamento suicidário/autolesivo ($M=3,44$; $DP=0,73$) e Não sei avaliar o risco do(a) meu(minha) familiar voltar a repetir o comportamento ($M=3,33$; $DP=0,71$). No entanto, as dificuldades menos frequentemente sentidas e com as médias mais baixas relatadas entre os familiares foram: Tenho dificuldades económicas relacionadas com o acompanhamento médico/psicológico ($M=1,33$; $DP=0,71$) e Sinto dificuldades em lidar com o(s) meu(s) outro(s) filho(s), ou, com o(s) irmão(s) do(a) meu(minha) familiar ($M=1,56$; $DP=0,73$).

Em relação às subcategorias podemos verificar que a subcategoria Proatividade, envolvimento na ajuda e prevenção apresenta a média mais elevada ($M=2,67$; $DP=0,69$) e a subcategoria Rotina quotidiana e gestão familiar tem a média mais baixa ($M=1,89$; $DP=0,74$), comparativamente às restantes subcategorias.

5.6. Reações emocionais, Efeitos nas diferentes dimensões da vida e Dificuldades dos familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS, em função de variáveis sociodemográficas e da história clínica

Serão apresentados, de seguida, os resultados das categorias Reações emocionais, Efeitos nas diferentes dimensões da vida e Dificuldades dos familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS em função de um conjunto de condições, como por exemplo: grau parentesco: pais e outros familiares; coabitar ou não com o jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS; familiares que coabitam ou não com o pai/mãe do jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS; familiares terem ou não como habilitações académicas o ensino superior; jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS ter ou não acompanhamento psicológico/psiquiátrico; história familiar de CAL e da história familiar de TS.

As categorias acima mencionadas também foram analisadas em função das seguintes condições: género do familiar e do jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS; jovem ou jovem-adulto ter ou não um diagnóstico psicopatológico/psiquiátrico; método utilizado pelo jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS; se foi a primeira vez que ocorreu um CAL ou uma TS e a história familiar de suicídio. Contudo, não foi possível observar diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 6

Reações emocionais, Efeitos nas diferentes dimensões da vida e Dificuldades dos familiares, em função do grau de parentesco: Pais e Outros familiares

Categorias	Subcategorias	Pais		Outros Familiares		<i>r</i> de Cohen	<i>U</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Reações emocionais	1. Sofrimento.	3.59	0.76	3.46	0.84	- 0.13	76.00	0.493
	2. Negação e choque.	3,97	0,90	3,17	1,29	- 0,35	53,00	0,067
	3. Ansiedade, preocupação e medo.	4,19	0,71	3,60	0,87	- 0,32	56,50	0,100

Categorias	Subcategorias	Pais		Outros Familiares		<i>r</i> de Cohen	<i>U</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Efeitos nas diferentes dimensões da vida	4. Zanga e frustração.	2,27	0,72	2,18	0,91	- 0,11	78,00	0,556
	5. Culpa e sentimento de falha.	3,52	0,83	2,53	1,09	- 0,53	34,00	0,006
	6. Aceitação.	2,00	0,87	1,92	1,08	- 0,09	80,50	0,636
	7. Vergonha.	1,97	0,97	1,96	0,81	- 0,01	88,50	0,940
	8. Perturbação mental.	3,00	1,02	1,98	0,81	- 0,48	39,50	0,013
	1. Vida em geral.	2,38	0,98	2,18	0,75	- 0,09	74,00	0,655
	2. Efeitos negativos na família.	1,99	0,69	1,69	0,58	- 0,20	62,50	0,297
	3. Efeitos positivos na família.	3,07	0,84	1,88	0,70	- 0,63	21,50	0,001
Dificuldades	4. Vida social.	1,67	0,96	1,41	0,92	- 0,24	61,50	0,224
	5. Vida profissional.	1,51	0,55	1,42	0,52	- 0,09	74,50	0,662
	6. Saúde.	2,80	0,92	1,93	0,79	- 0,42	41,50	0,033
	1. Ajuda/suporte.	2,35	0,60	2,44	0,82	- 0,04	9,50	0,901
	2. Proatividade, envolvimento na ajuda, prevenção.	2,36	0,30	2,91	0,84	- 0,38	5,50	0,260
	3. Dificuldades emocionais, relacionais, comunicacionais.	2,21	0,53	2,57	0,86	- 0,25	7,00	0,455
	4. Rotina quotidiana e gestão familiar.	2,15	0,57	1,68	0,86	- 0,42	5,00	0,209

Nota. *N*(Reações emocionais e Efeitos-Pais)=15; *N*(Reações emocionais-Outros familiares)=12; *N*(Efeitos-Outros familiares)=11; *N*(Dificuldades-Pais)=4; *N*(Dificuldades-Outros familiares)=5; *M*= Média; *DP*= Desvio-Padrão; *U*= Teste Mann-Whitney; $p < 0,05$

Na Tabela 6, de uma forma geral, podemos afirmar que as médias do grupo dos pais são em quase todas as subcategorias superior às médias do grupo dos outros familiares, exceto nas seguintes subcategorias: Ajuda/suporte; Proatividade, envolvimento na ajuda e prevenção; e Dificuldades emocionais, relacionais, comunicacionais.

Podemos observar diferenças estatisticamente significativas nas Reações emocionais nas subcategorias Culpa e sentimento de falha ($U=34,00$; $\rho=0,006$) e Perturbação mental ($U= 39,50$; $\rho=0,013$). Neste sentido, verifica-se que os pais dos jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS têm uma maior tendência em ter reações emocionais relacionadas com culpa e sentimentos de falha ($M=3,52$; $DP=0,83$) e com a perturbação mental ($M=3,00$; $DP=1,02$), comparativamente aos outros familiares ($M=2,53$; $DP=1,09$; $M=1,98$; $DP=0,81$) em ambas as subcategorias, respetivamente.

Foi possível evidenciar diferenças estatisticamente significativas nos Efeitos em diferentes dimensões da vida dos familiares consoante o grau parentesco, nomeadamente nos Efeitos positivos na família ($U=21,50$; $\rho=0,001$) e Efeitos na saúde ($U=41,50$; $\rho=0,033$). Os pais, em comparação com os outros familiares, têm uma perceção maior dos efeitos positivos dos CAL ou TS dos seus jovens ou jovens-adultos ($M=3,07$; $DP=0,84$) e também dos efeitos a nível da saúde ($M=2,80$; $DP=0,92$).

Não foi possível verificar diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subcategorias das Dificuldades.

Tabela 7

Reações emocionais, Efeitos nas diferentes dimensões da vida e Dificuldades dos familiares, em função dos familiares coabitarem ou não com o jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS

Categorias	Subcategorias	Coabitar		Não-Coabitar		<i>r</i> de Cohen	<i>U</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Reações emocionais	1. Sofrimento	3,60	0,74	3,46	0,85	- 0,12	78,50	0,543
	2. Negação e choque	3,79	0,89	3,42	1,37	- 0,09	81,00	0,623
	3. Ansiedade, preocupação e medo.	4,13	0,68	3,72	0,94	- 0,26	63,00	0,171
	4. Zanga e frustração.	2,18	0,68	2,28	0,93	- 0,04	86,50	0,826

Categorias	Subcategorias	Coabitar		Não-Coabitar		<i>r</i> de Cohen	<i>U</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Efeitos nas diferentes dimensões da vida	5. Culpa e sentimento de falha.	3,29	0,73	2,86	1,32	- 0,26	63,00	0,172
	6. Aceitação.	2,29	1,09	1,62	0,65	- 0,31	58,50	0,107
	7. Vergonha.	2,14	1,01	1,77	0,73	- 0,17	73,00	0,372
	8. Perturbação mental.	2,87	1,06	2,20	0,95	- 0,30	59,00	0,119
	1. Vida em geral.	2,64	0,92	1,89	0,66	- 0,44	41,00	0,025
	2. Efeitos negativos na família.	2,05	0,68	1,65	0,58	- 0,29	55,00	0,134
	3. Efeitos positivos na família.	2,88	0,71	2,19	1,13	- 0,41	44,00	0,038
	4. Vida social.	1,64	0,99	1,46	0,89	- 0,15	70,50	0,439
	5. Vida profissional.	1,57	0,51	1,36	0,54	- 0,24	61,00	0,213
	6. Saúde.	2,66	1,06	2,17	0,79	- 0,21	63,00	0,278
Dificuldades	1. Ajuda/suporte.	2,23	0,50	2,73	1,01	- 0,22	6,50	0,513
	2. Proatividade, envolvimento na ajuda, prevenção.	2,38	0,23	3,24	1,00	- 0,40	4,50	0,235
	3. Dificuldades emocionais, relacionais, comunicacionais.	2,10	0,45	3,05	0,79	- 0,61	2,00	0,066
	4. Rotina quotidiana e gestão familiar.	1,90	0,59	1,87	1,16	- 0,27	6,00	0,427

Nota. *N*(Reações emocionais e Efeitos-Coabitar)=14; *N*(Reações emocionais-Não-coabitar)= 13; *N*(Efeitos-Não-coabitar)=12; *N*(Dificuldades-Coabitar)=6; *N*(Dificuldades-Não-coabitar)=3; *M*= Média; *DP*= Desvio-Padrão; *U*= Teste Mann-Whitney; $\rho < 0,05$

A nível global, de acordo com a Tabela 7, podemos afirmar que os valores médios são mais elevados nos familiares que coabitam com os jovens ou jovens-adultos que realizaram CAL ou TS comparativamente aos valores médios dos familiares que não coabitam, exceto nas seguintes subcategorias: Zanga e frustração; Ajuda/suporte; Proatividade, envolvimento na ajuda, prevenção e Dificuldades emocionais, relacionais, comunicacionais.

Podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas nos Efeitos nas diferentes dimensões da vida dos familiares, nomeadamente na Vida em geral ($U=41,00$; $\rho=0,025$) e nos Efeitos positivos na família ($U=44,00$; $\rho=0,038$). Desta forma, estas diferenças significativas sugerem que os familiares que coabitam com os jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS têm uma maior perceção dos efeitos desta situação na sua vida em geral ($M=2,64$; $DP=0,92$) e também a nível dos efeitos positivos na família ($M=2,88$; $DP=0,71$) conseqüentes à mesma, do que os familiares que não coabitam com os jovens ou jovens-adultos ($M=1,89$; $DP=0,66$; $M=2,19$; $DP=1,13$, respetivamente).

Não foi possível verificar diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subcategorias Reações emocionais nem das Dificuldades.

Tabela 8

Reações emocionais, Efeitos nas diferentes dimensões da vida e Dificuldades dos familiares, em função dos familiares coabitarem ou não com o pai/mãe do jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS

Categorias	Subcategorias	Coabitar com pai/mãe		Não-Coabitar com pai/mãe		<i>r</i> de Cohen	<i>U</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Reações emocionais	1. Sofrimento.	3,83	0,62	3,94	0,74	- 0,10	18,50	0,717
	2. Negação e choque.	3,86	1,07	4,33	0,93	- 0,28	14,00	0,305
	3. Ansiedade, preocupação e medo.	4,38	0,42	4,46	0,81	- 0,16	17,00	0,561
	4. Zanga e frustração.	2,26	0,71	2,56	0,66	- 0,18	16,50	0,516
	5. Culpa e sentimento de falha.	3,57	0,87	3,57	1,27	- 0,04	20,00	0,886
	6. Aceitação.	2,00	0,91	1,67	0,82	- 0,21	16,00	0,459
	7. Vergonha.	2,36	1,14	1,75	0,76	- 0,26	14,50	0,344
	8. Perturbação mental.	3,49	0,99	2,80	0,95	- 0,34	12,50	0,221
	1. Vida em geral.	2,67	1,00	1,89	0,62	- 0,53	8,00	0,055

Categorias	Subcategorias	Coabitar com pai/mãe		Não-Coabitar com pai/mãe		<i>r</i> de Cohen	<i>U</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Efeitos nas diferentes dimensões da vida	2. Efeitos negativos na família.	2,44	0,51	1,41	0,27	- 0,79	1,00	0,004
	3. Efeitos positivos na família.	3,14	0,81	2,83	1,24	- 0,20	16,00	0,471
	4. Vida social.	1,86	1,28	1,25	0,42	- 0,26	15,00	0,348
	5. Vida profissional.	1,62	0,65	1,28	0,44	- 0,31	13,50	0,258
	6. Saúde.	3,18	0,92	2,50	0,96	- 0,36	12,00	0,195

Nota. $N(\text{Reações emocionais e Efeitos-Coabitar com pai/mãe})=7$; $N(\text{Reações emocionais e Efeitos-Não-coabitar com pai/mãe})=6$; *M*= Média; *DP*= Desvio-Padrão; *U*= Teste Mann-Whitney; $\rho < 0,05$

Na Tabela 8, a um nível global, podemos observar que na categoria Reações emocionais, os familiares que não-coabitam com o pai/mãe do jovem ou jovem-adulto que realizou CAL ou TS têm médias mais elevadas comparativamente aos familiares que coabitam com o pai/mãe do jovem ou jovem-adulto, exceto nas subcategorias Aceitação, Vergonha e Perturbação mental. Na categoria Efeitos em diferentes dimensões da vida, os familiares que coabitam com o pai/mãe do jovem ou jovem-adulto que realizou CAL ou TS têm médias superiores em todas as subcategorias, em comparação com os familiares que não-coabitam com o pai/mãe do jovem ou jovem-adulto.

Podemos evidenciar diferenças estatisticamente significativas unicamente nos Efeitos nas diferentes dimensões da vida dos familiares, mais especificamente na Vida em geral ($U=8,00$; $\rho=0,055$) e nos Efeitos negativos na família ($U=1,00$; $\rho=0,004$). Os familiares que coabitam com o pai/mãe dos jovens ou jovens-adultos que realizaram CAL ou TS têm uma maior tendência a apresentar efeitos negativos nas suas vidas em geral ($M=2,67$; $DP=1,00$) e efeitos negativos na família ($M=2,44$; $DP=0,51$), comparativamente aos familiares que não-coabitam com o pai/mãe destes jovens ou jovens-adultos ($M=1,89$; $DP=0,62$; $M=1,41$; $DP=0,27$, respetivamente).

Relativamente às subcategorias das Dificuldades vivenciadas pelos familiares que participaram neste estudo, não foi possível obter nenhuma resposta em função dos familiares que coabitam ou não com o pai/mãe do jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS, pelo facto de o N da amostra nestas variáveis ser demasiado pequeno.

De seguida, analisou-se as Reações emocionais, os Efeitos nas diferentes dimensões da vida e Dificuldades dos familiares em função dos familiares terem ou não como habilitações académicas o ensino superior. Podemos constatar que na categoria Reações emocionais os familiares com formação básica e secundária apresentam médias superiores em todas as subcategorias em comparação com os familiares com formação superior. Nesta categoria, encontramos diferenças estatisticamente significativas unicamente na subcategoria Zanga e frustração ($U=43,00$; $p=0,034$), em que os familiares com formação básica e secundária têm mais tendências em sentir reações emocionais de zanga e frustração ($M=2,48$; $DP=0,73$) após o(s) CAL ou TS do seu jovem ou jovem-adulto, comparativamente aos familiares com formação superior ($M=1,80$; $DP=0,75$).

Evidenciamos que na categoria Efeitos nas diferentes dimensões da vida, onde os familiares com formação superior têm médias mais elevadas em todas as subcategorias, mas não estatisticamente significativas. Na categoria das Dificuldades, apesar de não se verificar diferenças estatisticamente significativas, os familiares com formação superior têm médias mais elevadas em todas as subcategorias, comparativamente aos familiares com formação básica e secundária, com exceção da subcategoria Rotina quotidiana e gestão familiar.

Tabela 9

Reações emocionais, Efeitos nas diferentes dimensões da vida e Dificuldades dos familiares, em função do jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS ter ou não acompanhamento psicológico/psiquiátrico

Categorias	Subcategorias	Com acompanhamento		Sem acompanhamento		<i>r</i> de Cohen	<i>U</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Reações emocionais	1. Sofrimento.	3,56	0,82	3,28	0,26	- 0,14	26,50	0,462
	2. Negação e choque.	3,60	1,15	3,67	1,26	- 0,02	35,00	0,938
	3. Ansiedade, preocupação e medo.	4,02	0,81	3,19	0,53	- 0,37	11,00	0,052
	4. Zanga e frustração.	2,27	0,78	1,89	1,02	- 0,13	27,00	0,485
	5. Culpa e sentimento de falha.	3,12	1,05	2,80	1,31	- 0,12	28,00	0,535
	6. Aceitação.	2,00	0,98	1,67	0,76	- 0,09	30,00	0,636
	7. Vergonha.	2,00	0,91	1,67	0,76	- 0,11	28,50	0,554
	8. Perturbação mental.	2,68	1,01	1,47	0,81	- 0,37	11,00	0,053
Efeitos nas diferentes dimensões da vida	1. Vida em geral.	2,32	0,89	2,11	0,96	- 0,06	31,00	0,776
	2. Efeitos negativos na família.	1,92	0,68	1,45	0,18	- 0,20	22,00	0,314
	3. Efeitos positivos na família.	2,70	0,94	1,56	0,69	- 0,39	10,00	0,047
	4. Vida social.	1,57	0,98	1,50	0,50	- 0,11	28,50	0,591
	5. Vida profissional.	1,49	0,55	1,33	0,33	- 0,06	31,00	0,768
	6. Saúde.	2,55	0,95	1,50	0,25	- 0,36	12,00	0,070

Nota. *N*(Reações emocionais-Com acompanhamento)=24; *N*(Reações emocionais e Efeitos-Sem acompanhamento)=3; *N*(Efeitos-Com acompanhamento)=23; *M*= Média; *DP*= Desvio-Padrão; *U*= Teste Mann-Whitney; $\rho < 0,05$

De uma forma geral, podemos observar na Tabela 9 que na categoria Reações emocionais, as médias dos familiares dos jovens ou jovens-adultos que têm ou tiveram acompanhamento psicológico/psiquiátrico são na sua maioria superiores às médias dos familiares de jovens ou jovens-adultos que não têm ou nunca tiveram acompanhamento,

exceto na subcategoria Negação e choque. Na categoria Efeitos nas diferentes dimensões da vida, os familiares dos jovens ou jovens-adultos que têm ou tiveram acompanhamento psicológico/psiquiátrico têm médias superiores em todas as suas subcategorias em comparação aos familiares dos jovens ou jovens-adultos que não tiveram nem têm acompanhamento.

Verificamos diferenças estatisticamente significativas nas seguintes subcategorias: Ansiedade, preocupação e medo ($U=11,00$; $\rho=0,052$); Perturbação mental ($U=11,00$; $\rho=0,053$) e Efeitos positivos na família ($U=10,00$; $\rho=0,047$). De acordo com os resultados, os familiares dos jovens ou jovens-adultos que têm ou que já tiveram um acompanhamento psicológico/psiquiátrico são mais propensos em apresentar reações emocionais de ansiedade, preocupação e de medo ($M=4,02$; $DP=0,81$) e de perturbação mental (e.g., desorientação, não conseguir dormir, sentir-se a enlouquecer ou sob pressão) ($M=2,68$; $DP=1,01$) comparativamente aos familiares de jovens ou jovens-adultos que não têm ou nunca tiveram acompanhamento psicológico/psiquiátrico. Verificou-se ainda que os familiares dos jovens ou jovens-adultos que têm ou que já tiveram acompanhamento psicológico/psiquiátrico apresentam mais efeitos positivos na família ($M=2,70$; $DP=0,94$).

Relativamente à categoria Dificuldades, não foi possível calcular a existência de diferenças em função do jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS ter ou não acompanhamento psicológico/psiquiátrico, pelo facto de o N da amostra nestas variáveis, mais especificamente na variável *Não ter acompanhamento psicológico/psiquiátrico* ser apenas de um indivíduo.

Tabela 10

Reações emocionais, Efeitos nas diferentes dimensões da vida e Dificuldades dos familiares, em função da história familiar de CAL

Categorias	Subcategorias	Com história familiar de CAL		Sem história familiar de CAL		<i>r</i> de Cohen	<i>U</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Reações emocionais	1. Sofrimento.	3,77	0,90	3,43	0,73	- 0,26	51,00	0,183
	2. Negação e choque.	3,69	1,25	3,58	1,12	- 0,08	68,00	0,667
	3. Ansiedade, preocupação e medo.	4,08	1,00	3,87	0,76	- 0,11	65,00	0,556
	4. Zanga e frustração.	2,71	0,92	2,03	0,67	- 0,41	36,00	0,033
	5. Culpa e sentimento de falha.	3,40	1,27	2,95	0,96	- 0,23	54,00	0,240
	6. Aceitação.	2,13	0,52	1,89	1,09	- 0,25	52,50	0,202
	7. Vergonha.	2,63	0,88	1,68	0,75	- 0,50	28,50	0,010
	8. Perturbação mental.	3,03	1,23	2,35	0,92	- 0,27	50,00	0,166
Efeitos nas diferentes dimensões da vida	1. Vida em geral.	2,17	1,18	2,35	0,75	- 0,19	54,50	0,324
	2. Efeitos negativos na família.	2,15	0,84	1,74	0,53	- 0,22	51,50	0,253
	3. Efeitos positivos na família.	2,67	0,87	2,52	1,04	- 0,08	65,00	0,695
	4. Vida social.	1,88	1,48	1,42	0,55	- 0,01	71,50	0,975
	5. Vida profissional.	1,54	0,73	1,44	0,43	- 0,02	70,00	0,907
	6. Saúde.	2,75	1,21	2,29	0,82	- 0,18	55,50	0,357

Nota. *N*(Reações emocionais e Efeitos-Com história familiar de CAL)=8; *N*(Reações emocionais-Sem história familiar de CAL)=19; *N*(Efeitos-Sem história familiar de CAL)=18; *M*= Média; *DP*= Desvio-Padrão; *U*= Teste Mann-Whitney; $\rho < 0,05$

Segundo a Tabela 10 é possível analisar que a maioria das subcategorias apresenta médias mais elevadas para os familiares com história familiar de CAL em comparação com os familiares sem história familiar de CAL, com exceção da subcategoria Vida em geral.

Podemos observar diferenças estatisticamente significativas nas Reações emocionais Zanga e frustração ($U=36,00$; $\rho=0,033$) e Vergonha ($U=28,50$; $\rho=0,010$), sugerindo que, os familiares que têm história familiar de CAL têm maior tendência para manifestar reações emocionais de zanga e frustração ($M=2,71$; $DP=0,92$) e de vergonha ($M=2,63$; $DP=0,88$), do que os familiares sem história de CAL na família.

Relativamente à categoria Dificuldades, não foi possível calcular a existência de diferenças em função da história familiar de CAL, pelo facto de o N da amostra nestas variáveis, mais especificamente na condição *Com história familiar de CAL* ser apenas de um indivíduo.

Tabela 11

Reações emocionais, Efeitos nas diferentes dimensões da vida e Dificuldades dos familiares, em função da história familiar de TS

Categorias	Subcategorias	Com história familiar de TS		Sem história familiar de TS		r de Cohen	U	p
		M	DP	M	DP			
Reações emocionais	1. Sofrimento.	3,63	1,00	3,49	0,70	-0,11	65,50	0,576
	2. Negação e choque.	3,69	1,25	3,58	1,12	-0,08	68,00	0,667
	3. Ansiedade, preocupação e medo.	4,08	1,00	3,87	0,76	-0,11	65,00	0,556
	4. Zanga e frustração.	2,50	1,06	2,11	0,66	-0,25	52,00	0,200
	5. Culpa e sentimento de falha.	3,23	1,44	3,02	0,89	-0,11	65,50	0,575
	6. Aceitação.	2,00	0,54	1,95	1,09	-0,16	61,50	0,416
	7. Vergonha.	2,50	1,04	1,74	0,73	-0,37	41,00	0,057
	8. Perturbação mental.	2,90	1,33	2,40	0,91	-0,18	58,50	0,351
Efeitos nas diferentes dimensões da vida	1. Vida em geral.	2,19	1,27	2,33	0,73	-0,17	51,50	0,379
	2. Efeitos negativos na família.	2,14	0,90	1,76	0,53	-0,17	51,50	0,384
	3. Efeitos positivos na família.	2,62	0,93	2,54	1,01	-0,02	64,50	0,907

Categorias	Subcategorias	Com história familiar de TS		Sem história familiar de TS		<i>r</i> de Cohen	<i>U</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Dificuldades	4. Vida social.	1,93	1,59	1,42	0,53	-0,04	63,50	0,821
	5. Vida profissional.	1,57	0,79	1,44	0,42	-0,02	65,00	0,927
	6. Saúde.	2,82	1,29	2,29	0,80	-0,21	48,50	0,283
	1. Ajuda/suporte.	3,20	0,85	2,17	0,48	-0,59	1,00	0,075
	2. Proatividade, envolvimento na ajuda, prevenção.	3,71	0,81	2,37	0,22	-0,70	0,00	0,036
	3. Dificuldades emocionais, relacionais, comunicacionais.	3,50	0,10	2,10	0,41	-0,69	0,00	0,037
	4. Rotina quotidiana e gestão familiar.	2,20	1,41	1,80	0,60	-0,05	6,50	0,881

Nota. *N*(Reações emocionais-Com história familiar de TS)=8; *N*(Reações emocionais e Efeitos-Sem história familiar de TS)=19; *N*(Efeitos-Com história familiar de TS)=7; *N*(Dificuldades-Com história familiar de TS)=2; *N*(Dificuldades-Sem história familiar de TS)=7; *M*= Média; *DP*= Desvio-Padrão; *U*= Teste Mann-Whitney; $\rho < 0,05$

Com base na Tabela 11 é possível constatar que na maioria das subcategorias, com exceção da subcategoria Vida em geral, os familiares com história de TS nas suas famílias têm médias superiores em comparação aos familiares sem história familiar de TS.

Podemos confirmar que existem diferenças estatisticamente significativas nas seguintes subcategorias: Vergonha ($U=41,00$; $\rho=0,057$); Proatividade, envolvimento na ajuda, prevenção ($U=0,00$; $\rho=0,036$); e Dificuldades emocionais, relacionais e comunicacionais ($U=0,00$; $\rho=0,037$). Estes resultados indicam que os familiares com história de TS na sua família são mais propensos de sentirem reações emocionais de vergonha ($M=2,50$; $DP=1,04$), dificuldades na proatividade, no envolvimento e prevenção ($M=3,71$; $DP=0,81$), e dificuldades emocionais, relacionais e comunicacionais ($M=3,50$; $DP=0,10$), em comparação aos familiares que não têm história de TS na sua família. Relativamente à categoria de Efeitos nas diferentes

dimensões da vida dos familiares, não verificamos diferenças estatisticamente significativas.

5.7. Níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse, de Satisfação com o Suporte Social e Emoção expressa nos familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS

Serão apresentados os resultados relativamente à sintomatologia ansiosa, depressiva e de stresse, à satisfação com o suporte social e à emoção expressa, e o seu impacto nos familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS, em função de um conjunto de condições, nomeadamente familiares coabitarem ou não com o pai/mãe do jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS, ser a primeira vez que aconteceu uma situação de CAL ou TS do jovem ou jovem-adulto na família e história familiar de suicídio consumado.

Os níveis de ansiedade, depressão e stresse, de satisfação com o suporte social e de emoção expressa também foram analisados em função das seguintes condições: género do familiar e do jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS; grau parentesco; situação profissional do familiar; jovem ou jovem-adulto ter ou não um diagnóstico psicopatológico/psiquiátrico; familiares coabitarem ou não com o jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS; história familiar de CAL e história familiar de TS. Contudo, não foi possível observar diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 12

Níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse, de Satisfação com o Suporte Social e da Emoção expressa dos familiares, em função dos mesmos coabitarem ou não com o pai/mãe do jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS

Escala e Subescalas	Coabitar com pai/mãe		Não-Coabitar com pai/mãe		<i>r</i> de Cohen	<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
EADS – 21 (Total)	17,86	8,75	8,17	5,71	-0,58	6,50	0,038
1. Ansiedade.	4,00	2,38	1,67	2,07	-0,48	9,00	0,083
2. Depressão.	5,86	3,63	1,17	1,47	-0,69	4,00	0,013
3. Stresse.	8,00	3,83	5,33	3,27	-0,38	11,50	0,171
ESSS (Total)	2,95	0,47	3,60	0,44	-0,62	5,50	0,026
1. Satisfação com os amigos.	3,26	0,70	3,73	0,73	-0,36	12,00	0,194
2. Satisfação com a intimidade.	2,75	0,92	3,46	0,56	-0,50	8,50	0,069
3. Satisfação com a família.	3,57	0,60	4,11	0,62	-0,35	12,50	0,208
4. Satisfação com as atividades sociais.	2,10	0,94	3,06	0,85	-0,52	8,00	0,061

Nota. *N* (EADS-21 e ESSS-Coabitar com pai/mãe)=7; *N* (EADS-21 e ESSS-Não-coabitar com pai/mãe)=6; *M*= Média; *DP*= Desvio-Padrão; *U*= Teste Mann-Whitney; $\rho < 0,05$

Com base na análise da Tabela 12 podemos constatar que os familiares que coabitam com o pai/mãe do jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS apresentam médias superiores para nível total de Ansiedade, Depressão e Stresse e respetivas subescalas. Observou-se diferenças estatisticamente significativas a nível total de Ansiedade, Depressão e Stresse ($U=6,50$; $\rho=0,038$) e na subescala Depressão ($U=4,00$; $\rho=0,013$). Neste sentido, podemos sugerir que os familiares que coabitam com o pai/mãe do jovem ou jovem-adulto que realizou o(s) CAL ou a(s) TS vivenciam níveis mais elevados de sintomatologia de uma forma global ($M=17,86$; $DP=8,75$) e especificamente a nível depressivo ($M=5,86$; $DP=3,63$).

Verificou-se que os familiares que não-coabitam com o pai/mãe do jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS apresentam médias mais elevadas a nível total da

Satisfação com o Suporte Social e as suas subescalas, comparativamente aos familiares que coabitam com o pai/mãe do jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS. Evidenciou-se diferenças estatisticamente significativas para a escala total ($U=5,50$; $\rho=0,026$), indicando que os familiares que não-coabitam com o pai/mãe do jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS têm tendência para manifestar uma maior satisfação com o suporte social a nível global ($M=3,60$; $DP=0,44$), em comparação com os familiares que coabitam com o jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS ($M=2,95$; $DP=0,47$).

Relativamente aos níveis de emoção expressa, não foi possível obter respostas dos familiares que participaram no estudo em função dos mesmos (familiares) coabitarem ou não com o pai/mãe do jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS, pelo facto de o N da amostra em ambas as variáveis ser demasiado pequeno.

Tabela 13

Níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse, de Satisfação com o Suporte Social e da Emoção expressa dos familiares, em função de ser ou não a primeira vez que aconteceu uma situação de CAL ou TS do jovem ou jovem-adulto na família

Escala e Subescalas	Sim		Não		r de Cohen	U	p
	M	DP	M	DP			
EADS – 21 (Total)	12,31	8,39	9,82	9,28	- 0,18	69,50	0,360
1. Ansiedade.	2,50	2,73	2,00	2,32	- 0,09	78,50	0,629
2. Depressão.	3,75	3,84	3,09	3,05	- 0,03	85,00	0,881
3. Stresse.	6,06	3,30	4,73	4,32	- 0,22	64,50	0,244
ESSS (Total)	2,83	0,57	2,59	0,59	- 0,16	71,50	0,415
1. Satisfação com os amigos.	2,88	0,73	2,75	0,68	- 0,11	77,00	0,584
2. Satisfação com a intimidade.	2,98	0,77	2,34	0,93	- 0,38	48,50	0,050
3. Satisfação com a família.	2,94	0,74	2,94	0,93	- 0,00	87,50	0,980
4. Satisfação com as atividades sociais.	2,44	1,13	2,30	0,88	- 0,11	77,00	0,584
FAS (Total)	24,20	14,57	31,71	11,98	- 0,19	13,50	0,514

Nota. $N(\text{EADS-21 e ESSS-Sim})=16$; $N(\text{EADS-21 e ESSS-Não})=11$; $N(\text{FAS-Sim})=5$; $N(\text{FAS-Não})=7$; M = Média; DP = Desvio-Padrão; U = Teste Mann-Whitney; $\rho < 0,05$

Na Tabela 13 podemos averiguar que as médias são superiores para os familiares que relataram que foi a primeira vez que aconteceu uma situação de CAL ou TS do jovem ou jovem-adulto na família a nível total de Ansiedade, Depressão e Stresse e de Satisfação com o Suporte Social, e também para as suas respetivas subescalas, com exceção da subescala Satisfação com a família que obteve valores médios iguais.

Observou-se diferenças estatisticamente significativas unicamente na subescala Satisfação com a intimidade ($U=48,50$; $\rho=0,050$). Neste sentido, quando a situação de CAL ou TS do jovem ou jovem-adulto ocorre pela primeira vez, os familiares têm uma maior tendência para sentir níveis mais elevados de satisfação com a intimidade ($M=2,98$; $DP=0,77$).

A nível da emoção expressa, os familiares que relataram que não era a primeira vez que aconteceu uma situação de CAL ou TS do jovem ou jovem-adulto apresentaram uma média superior ($M=31,71$; $DP=11,98$) comparativamente aos familiares que relataram ser a primeira vez que aconteceu uma situação de CAL ou TS do jovem ou jovem-adulto ($M=24,20$; $DP=14,57$).

Tabela 14

Níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse, de Satisfação com o Suporte Social e da Emoção expressa dos familiares, em função da história familiar de suicídio consumado

Escala e Subescalas	Com história familiar de suicídio		Sem história familiar de suicídio		r de Cohen	U	p
	M	DP	M	DP			
EADS – 21 (Total)	6,50	2,81	12,67	9,33	- 0,25	40,50	0,189
1. Ansiedade.	0,83	1,60	2,71	2,63	- 0,34	34,00	0,082
2. Depressão.	2,17	1,94	3,86	3,77	- 0,14	51,00	0,479
3. Stresse.	3,50	1,64	6,10	3,97	- 0,28	38,00	0,143

Escala e Subescala	Com história familiar de suicídio		Sem história familiar de suicídio		<i>r</i> de Cohen	<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
ESSS (Total)	3,06	0,62	2,64	0,55	- 0,26	39,50	0,170
1. Satisfação com os amigos.	3,27	0,60	2,70	0,69	- 0,26	40,00	0,176
2. Satisfação com a intimidade.	2,54	0,89	2,77	0,90	- 0,12	52,00	0,518
3. Satisfação com a família.	3,33	0,63	2,83	0,83	- 0,23	43,00	0,234
4. Satisfação com as atividades sociais.	3,11	1,03	2,17	0,94	- 0,40	28,00	0,040

Nota. *N*(EADS-21 e ESSS-Com história familiar de suicídio)=6; *N*(EADS-21 e ESSS-Sem história familiar de suicídio)=21; *M*= Média; *DP*= Desvio-Padrão; *U*= Teste Mann-Whitney; $\rho < 0,05$

De acordo com a Tabela 14 podemos verificar que os familiares de jovens ou jovens-adultos que não têm história familiar de suicídio consumado apresentam médias mais elevadas a nível total de Ansiedade, Depressão e Stresse e nas suas subescalas, em comparação com os familiares de jovens ou jovens-adultos que têm história familiar de suicídio consumado. Por outro lado, podemos constatar que os familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS com história familiar de suicídio consumado têm médias mais elevadas a nível total de Satisfação com o Suporte Social, com exceção da subescala Satisfação com a Intimidade.

Tendo em conta os resultados observou-se que existem diferenças estatisticamente significativas unicamente na subescala Satisfação com as atividades sociais ($U=28,00$; $\rho=0,040$). Neste sentido, os familiares dos jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS e que têm história familiar de suicídio consumado apresentam níveis mais elevados de satisfação com as atividades sociais ($M=3,11$; $DP=1,03$), em comparação com os familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS que não têm história familiar de suicídio consumado ($M=2,17$; $DP=0,94$).

Relativamente aos níveis de emoção expressa, não foi possível calcular a existência de diferenças significativas em função da história familiar de suicídio consumado, pelo facto de o *N* da amostra nestas variáveis, mais especificamente na variável *Com história familiar de suicídio* ser apenas de um indivíduo.

5.8. Relação entre as Reações emocionais, os Efeitos em diferentes dimensões de vida e as Dificuldades com a Satisfação com o Suporte Social, os níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse e a Emoção expressa nos familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS

Serão apresentados, de seguida, a análise realizada para averiguar a relação entre as Reações emocionais, os Efeitos nas diferentes dimensões da vida e as Dificuldades dos familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS com a Satisfação com o suporte social, os níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse e a Emoção expressa.

Tabela 15

Análise das correlações entre as categorias/subcategorias e os níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse, a Satisfação com o Suporte Social e a Emoção Expressa

Categorias/ Subcategorias	EADS – 21			ESSS			FAS (Total)	
	A	D	S	SA	SI	SF		SAS
Reações Emocionais								
1. Sofrimento.	0,50**	0,07	0,27	- 0,44*	- 0,32	- 0,12	- 0,28	0,67*
2. Negação e choque.	0,27	0,01	0,20	0,10	- 0,24	- 0,06	0,01	0,12
3. Ansiedade, preocupação e medo.	0,32	0,05	0,18	- 0,24	- 0,20	0,14	- 0,01	0,32
4. Zanga e frustração.	0,43*	0,26	0,17	- 0,30	- 0,36	- 0,21	- 0,03	0,44
5. Culpa e sentimento de falha.	0,44*	0,51**	0,50**	- 0,18	- 0,24	- 0,30	0,21	- 0,09
6. Aceitação	- 0,12	0,20	- 0,04	0,19	- 0,14	0,20	0,19	0,29
7. Vergonha.	0,35	0,39*	0,18	- 0,43*	- 0,32	- 0,11	- 0,14	0,41

Categorias/ Subcategorias	EADS – 21				ESSS			FAS (Total)
	A	D	S	SA	SI	SF	SAS	
8. Perturbação mental.	0,71**	0,41*	0,38	- 0,40*	- 0,34	- 0,23	- 0,15	0,23
Efeitos nas diferentes dimensões da vida								
1. Vida em geral.	0,30	0,09	0,25	- 0,28	- 0,32	0,16	- 0,58**	0,43
2. Efeitos negativos na família.	0,56**	0,64**	0,53**	- 0,57**	- 0,46*	- 0,41*	- 0,47*	0,10
3. Efeitos positivos na família.	0,24	0,16	0,33	0,05	0,10	- 0,02	0,09	0,15
4. Vida social.	0,40*	0,24	0,48*	- 0,36	- 0,13	- 0,05	- 0,39*	0,38
5. Vida profissional.	0,20	0,26	0,41*	- 0,31	- 0,32	- 0,11	- 0,38	0,47
6. Saúde.	0,67**	0,38	0,48*	- 0,46*	- 0,27	- 0,30	- 0,33	0,21
Dificuldades								
1. Ajuda/suporte.	0,40	0,07	0,39	- 0,36	0,15	- 0,35	- 0,17	- 0,01
2. Proatividade, envolvimento na ajuda, prevenção.	0,34	- 0,06	0,13	- 0,48	- 0,10	0,02	- 0,48	0,25
3. Dificuldades emocionais, relacionais, comunicacionais.	0,66	0,36	0,33	- 0,50	- 0,37	- 0,10	- 0,70*	0,39
4. Rotina quotidiana e gestão familiar.	0,51	0,71*	0,69*	- 0,49	- 0,07	- 0,78*	0,23	- 0,08

Nota. N (Reações Emocionais-EADS-21 e ESSS)=27; N (Reações Emocionais-FAS)=12; N (Efeitos em diferentes dimensões de vida-EADS-21 e ESSS)=26; N (Efeitos em diferentes dimensões de vida-FAS)=11; N(Dificuldades-EADSA-21, ESSS e FAS)=9; A=Ansiedade; D=Depressão; S=Stresse; SA=Satisfação com os amigos; SI=Satisfação com a intimidade; SF=Satisfação com a família; SAS=Satisfação com as atividades sociais; $\rho < 0,05^*$; $\rho < 0,01^{**}$

Com o objetivo de proporcionar uma leitura dos aspetos essenciais da Tabela 15, procedeu-se à interpretação dos valores estatisticamente significativos e com associações de magnitude mais elevadas.

A reação emocional Sofrimento juntamente com a Ansiedade têm uma relação positiva e de magnitude moderada ($r=0,50$; $\rho < 0,01$), o que indica que quanto maior for o

sofrimento sentido pelos familiares, mais elevados serão os seus níveis de ansiedade. A reação emocional Culpa e sentimento de falha apresenta uma relação positiva e de magnitude moderada com a Depressão e Stresse. A Reação emocional Perturbação mental apresenta uma relação positiva e de magnitude alta com a Ansiedade ($r=0,71$; $\rho<0,01$). A Reação emocional Sofrimento apresenta uma associação positiva e de magnitude moderada com a Emoção expressa ($r=0,67$; $\rho<0,05$).

Podemos observar associações positivas e de magnitude moderada entre os Efeitos negativos na família com a Ansiedade, Depressão e Stresse. Os efeitos na Saúde relacionam-se de forma positiva e com uma magnitude moderada com a Ansiedade, significando que quanto mais elevados forem os efeitos negativos na saúde dos familiares, maior serão os níveis de ansiedade. Os Efeitos na Vida em geral relacionam-se de forma negativa e com uma magnitude moderada com a Satisfação com as atividades sociais ($r=-0,58$; $\rho<0,01$). Os Efeitos negativos na família estão também associados de forma negativa e com uma magnitude moderada com a Satisfação com os amigos.

Relativamente às Dificuldades, foram observadas associações positivas e com uma magnitude alta e moderada entre as Dificuldades na Rotina quotidiana e gestão familiar com a Depressão e o Stresse, respetivamente. As Dificuldades emocionais, relacionais e comunicacionais relacionam-se de forma negativa e com uma magnitude alta com a Satisfação com as atividades sociais ($r=-0,70$; $\rho<0,05$). Por fim, observou-se uma associação negativa e de magnitude alta entre as Dificuldades na rotina quotidiana e gestão familiar com a Satisfação com a família.

5.9. Caracterização dos participantes – Familiares de jovens ou jovens-adultos sem CAL ou TS

A caracterização sociodemográfica dos restantes familiares que participaram neste estudo, isto é, 80 familiares de jovens ou jovens-adultos sem CAL ou TS, foi efetuada com base nos seguintes fatores: género, idade, habilitações académicas, profissão e situação profissional, estado civil, distrito. Esta informação está descrita na Tabela 16.

Tabela 16

Características sociodemográficas dos familiares de jovens ou jovens-adultos sem CAL ou TS

Características Sociodemográficas		N (%)
Género	Feminino	64 (80,0)
	Masculino	16 (20,0)
Habilitações Académicas	1º Ciclo	13 (16,3)
	2º Ciclo	15 (18,8)
	3º Ciclo	10 (12,5)
	Ensino Secundário	21 (26,3)
	Ensino Superior	21 (26,3)
Profissão	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	8 (10,0)
	Técnicos e profissões de nível intermédio	8 (10,0)
	Pessoal Administrativo	11 (13,8)
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	28 (35,0)
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	3 (3,8)
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	3 (3,8)
	Trabalhadores não-qualificados	14 (17,5)
	Estudante	5 (6,3)
Estado Civil	Solteiro	15 (18,8)
	Casado/União de facto	48 (60,0)
	Divorciado/Separado	10 (12,5)
	Viúvo	7 (8,8)

Características Sociodemográficas		<i>N (%)</i>
Estado Civil	Solteiro	15 (18,8)
	Casado/União de facto	48 (60,0)
	Divorciado/Separado	10 (12,5)
	Viúvo	7 (8,8)
Situação Profissional	Empregado	59 (73,8)
	Desempregado	15 (18,8)
	Outra	6 (7,5)
Distrito	Faro	6 (7,5)
	Funchal	69 (86,3)
	Lisboa	1 (1,3)
	Porto	1 (1,3)
	Santarém	3 (3,8)

Nota. *N*= 80; % - Percentagem

Na Tabela 16 verificou-se um total de 80 participantes com idades compreendidas entre os 19 e os 63 anos ($M=40,85$; $DP=11,06$), onde 64 (80,0%) dos participantes são do sexo feminino. Em relação às habilitações académicas, o mesmo número de participantes ($N=21$; 26,3%) tem o ensino secundário e o ensino superior e, em minoria, encontra-se o 3º ciclo com 10 (12,5%) participantes.

Relativamente à situação profissional, 59 (73,8%) familiares estão empregados e 15 (18,8%) familiares encontram-se desempregados. A maioria dos familiares ($N=28$; 35,0%) são trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores. Uma maioria dos familiares estão casados ($N=48$; 60,0%), e por fim, 69 dos participantes residem no distrito do Funchal (86,3%).

5.10. Níveis de Ansiedade, Depressão, Stresse, de Satisfação com o Suporte Social e Emoção expressa nos familiares de jovens ou jovens-adultos com e sem CAL ou TS

De seguida serão apresentados os níveis de ansiedade, depressão e stresse, de satisfação com o suporte social e de emoção expressa em função dos familiares de jovens ou jovens-adultos com e sem CAL ou TS.

Tabela 17

Níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse, de Satisfação com o Suporte Social e Emoção expressa nos familiares de jovens ou jovens-adultos com e sem CAL ou TS

Escala e Subescalas	Familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS		Familiares de jovens ou jovens-adultos sem CAL ou TS		<i>r</i> de Cohen	<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
EADS – 21 (Total)	11,30	8,68	12,01	9,15	- 0,04	1022,00	0,677
1. Ansiedade.	2,30	2,54	3,21	3,47	- 0,10	940,50	0,308
2. Depressão.	3,48	3,49	3,55	3,42	- 0,01	1063,00	0,902
3. Stresse.	5,52	3,73	5,25	3,49	- 0,03	1031,50	0,727
ESSS (Total)	2,73	0,58	2,72	0,65	- 0,02	1044,00	0,796
1. Satisfação com os amigos.	2,82	0,70	3,03	0,79	- 0,14	882,00	0,153
2. Satisfação com a intimidade.	2,72	0,88	2,62	0,87	- 0,05	1006,00	0,594
3. Satisfação com a família.	2,94	0,81	3,09	1,01	- 0,12	909,00	0,211
4. Satisfação com as atividades sociais.	2,38	1,02	1,97	1,22	- 0,16	847,50	0,094
FAS (Total)	28,58	13,06	21,16	14,65	-0,20	310,50	0,055

Nota. *N*(EADS–21 e ESSS-Familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS)=27; *N*(EADS–21 e ESSS-Familiares de jovens ou jovens-adultos sem CAL ou TS)=80; *N*(FAS-Familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS)=12; *N*(FAS-Familiares de jovens ou jovens-adultos sem CAL ou TS)=79; *M*=Media; *DP*= Desvio-Padrão; *Min*= Mínimo; *Máx*= Máximo; *U*= Teste Mann-Whitney; *p*<0,05

De acordo com a Tabela 17 é possível observar que os familiares de jovens ou jovens-adultos sem CAL ou TS têm médias superiores a nível total de Ansiedade, Depressão e Stresse (*M*=12,01; *DP*=9,15), e nas subescalas Ansiedade (*M*=3,21;

$DP=3,47$) e Depressão ($M=3,55$; $DP=3,42$), comparativamente aos familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS. Contudo, a subescala Stresse apresenta uma média mais elevada para os familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS ($M=5,52$; $DP=3,73$). Podemos constatar que ambos os tipos de familiares (isto é, de jovens ou jovens-adultos com e sem CAL ou TS) experienciam maiores níveis de stresse em comparação aos níveis de ansiedade e depressão.

Verificou-se que os familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS apresentam médias superiores a nível total da Satisfação com o Suporte Social ($M=2,73$; $DP=0,58$) e para as subescalas Satisfação com a Intimidade ($M=2,72$; $DP=0,88$) e Satisfação com as Atividades Sociais ($M=2,38$; $DP=1,02$), comparativamente aos familiares de jovens ou jovens-adultos sem CAL ou TS.

Evidenciamos diferenças estatisticamente significativas unicamente em relação à Emoção expressa ($U=310,50$; $\rho=0,055$), onde podemos constatar que os familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS têm maior tendência para vivenciar maiores níveis de emoção expressa ($M=28,58$; $DP=13,06$), comparativamente aos familiares e jovens ou jovens-adultos sem CAL ou TS ($M=21,16$; $DP=14,65$).

6. Discussão

Neste capítulo serão discutidos e refletidos os principais resultados obtidos neste estudo. A discussão dos resultados irá basear-se na informação proporcionada pelos estudos apresentados no enquadramento teórico e estará organizada com base na sequência dos objetivos e respetivos resultados.

Em relação às características sociodemográficas dos familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS, podemos verificar que a maioria dos participantes são do género feminino com idades entre os 18 e os 80 anos, têm maioritariamente o ensino superior e residem no distrito de Faro. A maioria dos participantes estão casados, empregados e são especialistas das atividades intelectuais e científicas. No que diz respeito às características sociodemográficas dos familiares de jovens ou jovens-adultos sem CAL ou TS, podemos constatar que a maioria dos participantes são do género feminino com idades compreendidas entre os 19 e os 63 anos, têm maioritariamente o ensino secundário e superior e residem na Ilha da Madeira. A maioria dos participantes estão casados, empregados e são trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores. De acordo com estes dados, podemos observar que as características das amostras são similares nos dois tipos de participantes. Com base numa análise global dos participantes, segundo vários estudos com familiares de jovens com CAL e TS, as suas amostras também são constituídas maioritariamente por mulheres (Kelada et al., 2017; Lindgren et al., 2010; Whitlock et al., 2017). Observamos que a maioria dos participantes têm o ensino secundário e superior, esta característica pode possivelmente indicar que estes familiares têm uma melhor perceção sobre a participação neste tipo de investigações, e por sua vez, outra receptividade e disposição para aceitar e participar neste estudo.

Tendo em conta a análise das características sociodemográficas dos jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS podemos verificar que a maioria dos jovens ou jovens-adultos são do género feminino e o método mais utilizado é a intoxicação medicamentosa, seguidamente dos cortes na pele com um objeto cortante. Esta informação coincide com os dados da DGS (2013), que referem que nas raparigas os comportamentos autolesivos são muito mais frequentes, em especial as intoxicações medicamentosas e as automutilações (DGS, 2013). Os familiares da maioria dos jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS referem que estes não têm um diagnóstico psicopatológico. Segundo a literatura, apesar de existir uma maior associação entre as elevadas taxas de perturbação mental nos casos de CAL, TS ou suicídio consumado, estes comportamentos também podem ocorrer em jovens ou jovens-adultos sem um quadro de perturbação mental (DGS, 2013). Contudo, estes dados também podem refletir o desconhecimento dos familiares acerca da existência ou não de diagnóstico, isto porque a maioria (88,9%) dos jovens ou jovens-adultos já teve ou tem acompanhamento psicológico, pelo que se supõe que terão alguns problemas de saúde psicológica. A maioria dos jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS não tem história familiar de CAL, TS ou de suicídio consumado, mais precisamente, 19 em 27 jovens ou jovens-adultos não têm história familiar de CAL nem de TS, e 21 em 27 jovens ou jovens-adultos não têm história familiar de suicídio consumado. Esta informação é semelhante ao estudo de Ferrey e colaboradores (2016), onde na sua amostra de 37 participantes familiares de jovens com comportamentos suicidários, apenas dois participantes relataram ter história familiar de comportamentos suicidários (Ferrey et al., 2016).

Em relação às reações emocionais sentidas pelos familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS, podemos analisar que as reações emocionais sentidas com mais frequência foram preocupação, tristeza e dor/sofrimento. Esta informação vai ao encontro

das conclusões dos estudos de Hughes e colaboradores (2015) e de Raphael, Clarke e Kumar (2005) que referem que os pais sentem um impacto que causa tristeza profunda, muito sofrimento e uma preocupação constante com o futuro do seu familiar (Hughes et al., 2015; Raphael et al., 2005). Para além destas reações, os familiares sentiram angústia, ansiedade e impotência sobre a situação do seu familiar, e o mesmo se verificou no estudo de Raphael e colaboradores (2005). Grande parte dos familiares respondeu que ficaram em choque, se sentiram responsáveis e com medo de que o seu familiar voltasse a repetir o CAL ou a TS, e que pudesse ser fatal, ficando em alerta. Estas reações vão ao encontro dos estudos empíricos, como por exemplo, o estudo de Buus e colaboradores (2014), que verificou que os pais ficaram surpresos e em estado de choque e sentiram uma grande incapacidade de estabilizar a situação do seu familiar. Acrescentaram ainda que, os pais se sentiram responsáveis pelo que estava a acontecer na sua família e com muito medo de ocorrer futuros incidentes com um desfecho mais grave, pelo que se tornaram extremamente vigilantes, cautelosos e num estado de alarme constante (Buus et al., 2014).

Os familiares referiram sentir sentimentos de falha e de culpa, assim como de insegurança e desespero. Estas reações estão em conformidade com os estudos de Daly (2005) e de Byrne e colaboradores (2008) que confirmam a presença de insegurança e desesperança, por parte dos pais e também o sentimento de culpa e de fracasso em desempenhar o seu papel parental. O comportamento do seu familiar tem um impacto destrutivo que faz com que os pais se questionem se de facto são ou não bons pais (Byrne et al., 2008; Daly, 2005).

A maioria dos familiares respondeu não sentir zanga dirigida ao jovem ou jovem-adulto, contudo, estudos observaram que os pais ficaram zangados com os próprios e com o familiar que realizou os comportamentos suicidários (Kelada et al., 2016), pelo facto de este ter sido capaz de realizar os comportamentos suicidários (Byrne et al., 2008) e porque

o mesmo colocou a família numa situação muito difícil de vivenciar e de superar (Asare-Doku et al., 2017). Podemos refletir que deve ser difícil para os familiares assumirem que ficaram zangados com o jovem ou jovem-adulto, quando este se encontra numa situação tão frágil e difícil. Outro aspeto a refletir é que nesta investigação, alguns dos questionários foram recolhidos presencialmente, e que pode existir a possibilidade de os familiares terem receio de serem mal julgados ou criticados pelo investigador. Acrescento ainda que, a nível da sociedade, não é esperado que os pais e familiares culpem ou fiquem zangados com o jovem familiar pelo seu comportamento suicidário (Buus et al., 2014).

A maioria dos familiares relatou que não sentiram zanga dirigida aos serviços de saúde ou outros serviços. No entanto, estes resultados são contraditórios aos estudos empíricos presentes na literatura, que concluem que os familiares ficam extremamente zangados e desiludidos com os serviços de saúde e com as respostas e/ou apoio proporcionados pelos mesmos (Lindgren et al., 2010; Raphael et al., 2005). Com base neste resultado, podemos ponderar que o facto de a maioria dos questionários terem sido recolhidos em instituições de saúde, na presença dos técnicos, pode ter condicionado este resultado. E provavelmente, os familiares poderiam sentir receio de qualquer tipo de represálias relacionadas com o futuro acompanhamento do seu jovem familiar.

Relataram também que não sentiram vergonha nem medo do estigma, contudo, estas respostas não vão ao encontro de alguns estudos, que concluíram que, estas reações estão presentes nas famílias e nos próprios jovens ou jovens-adultos, e costumam ter um grande impacto em algumas situações (e.g., pode impedir que seja realizado algum pedido de ajuda ou intervenção ou que não seja permitido falar sobre a situação) (Asare-Doku et al., 2017; Ferrey et al., 2016). Por sua vez, no estudo de Ferrey e colaboradores (2016), alguns pais recusaram-se em sentir vergonha sobre o comportamento do seu filho,

tentaram manter uma postura e pensamentos positivos sobre a situação que estavam a vivenciar (Ferrey et al., 2016).

No que diz respeito aos efeitos dos comportamentos suicidários dos jovens ou jovens-adultos, a maioria dos familiares respondeu que os níveis de ansiedade aumentaram na família e que a sua saúde mental foi prejudicada. Estes efeitos corroboram os resultados dos estudos de Ferrey e colaboradores (2016) e de Kelada e colaboradores (2016), que verificaram que a situação do jovem familiar tem um grande impacto a nível da sintomatologia ansiosa e de stresse, e também a nível da saúde mental dos familiares, em especial dos pais, que é afetada e que em alguns casos, os pais tiveram que solicitar acompanhamento psicológico (Ferrey et al., 2016; Kelada et al., 2016).

A maioria dos familiares respondeu que a sua vida em geral, familiar e quotidiana foi afetada. Estes resultados são congruentes com alguns estudos empíricos que relatam que, após o comportamento suicidário do jovem ou jovem-adulto, os familiares sentem efeitos devastadores e um impacto destrutivo nas suas vidas em geral, no seu quotidiano e na sua vida familiar (Buus et al., 2014; Daly, 2005; McDonald et al., 2007; Whitlock et al., 2018). Por outro lado, existem estudos onde se verificou que os efeitos também foram positivos nos familiares e no ambiente familiar, na sua vida em geral e quotidiana (Kelada et al., 2016; Oldershaw et al., 2008; Rissanen et al., 2008).

Os familiares discordam que o comportamento suicidário fez com que a família ficasse mais unida ou que tenha fortalecido as relações familiares. O mesmo se verificou para a relação com o jovem ou jovem-adulto. Estes resultados vão ao encontro de alguns estudos como o de Whitlock, Lloyd-Richardson e Fisseha (2018) que referem que houve casos onde os pais relataram que a sua relação com o seu familiar ficou mais distante; no estudo de Buus e colaboradores (2014), alguns pais sentiram que eram manipulados pelo familiar devido ao sentimento que os pais tinham de fazer ou dizer algo de errado; no

estudo de Ferrey e colaboradores (2016), em alguns casos existiu conflitos e desentendimentos entre os pais do jovem familiar; e no estudo de Byrne e colaboradores (2008), os pais ficaram tão focados no familiar com os comportamentos suicidários que os irmãos ficaram em segundo plano. No entanto, também existem estudos que defendem que, de facto, existe uma maior união entre a família e o jovem familiar (Byrne et al., 2008; Hughes et al., 2015).

Os familiares relataram que, após o comportamento suicidário do seu jovem ou jovem-adulto, não houve alterações na sua vida social, nem nas suas relações com amigos. Estes resultados são semelhantes ao estudo de Asare-Doku e colaboradores (2017), que verificou que não houve alterações a nível social e que os pais tiveram suporte social de amigos e de familiares (incluindo irmãos do familiar em questão) que estes estavam dispostos a ajudar a lidar com a situação (Asare-Doku et al., 2017). Contudo, alguns estudos observaram o contrário, isto é, foi evidenciado que houve alterações a nível social e nas relações com amigos (Lindgren et al., 2010; Morgan et al., 2013).

Os familiares responderam que a sua vida profissional foi prejudicada após o comportamento suicidário do seu jovem familiar, o que vai corroborar os estudos em que os familiares referem que tiveram que trabalhar menos horas ou pelo menos um dos pais teve que se despedir para conseguir ter mais tempo no seu dia-a-dia (Ferrey et al., 2016; McDonald et al., 2007).

Relativamente às dificuldades, a maioria dos familiares sentiu que não sabiam avaliar o risco do seu familiar repetir o comportamento, o que de certa forma pode ter influência com o medo extremo que sentem de que o seu familiar volte a realizar um CAL ou TS. A maioria dos familiares sente falta de uma equipa/de alguém/de profissionais que os apoiem, e esta informação está presente em vários estudos, onde os familiares sentem que estão sozinhos a enfrentar a situação do seu familiar e/ou quando recorrem a ajuda de

profissionais de saúde sentem que não recebem o apoio apropriado e que em alguns casos são ignorados ou colocados de parte (Lindgren et al, 2010; Raphael et al., 2005). Os familiares sentem falta de orientações específicas sobre o que devem ou não fazer, sobre como devem lidar com estes casos e sobre como garantir um ambiente seguro e protegido de meios letais. Sentem dificuldades em reconhecer sinais de alarme e em perceber quando é que devem encaminhar o seu familiar para um profissional de saúde. Estes resultados são similares aos estudos que concluíram que os familiares sentiram dificuldade em ajudar o seu familiar, em perceber os comportamentos suicidários e o que estava a acontecer com o seu familiar, em reagir e em encarar a situação do seu familiar, assim como, em prevenir outros possíveis comportamentos suicidários do seu familiar (Buus et al., 2014; McDonald et al., 2007; Oldershaw et al., 2008; Raphael et al., 2005). Os familiares sentiram também dificuldade em dialogar sobre o tema com o seu familiar, e segundo o estudo de Kelada e colaboradores (2016), o mesmo se verificou, ou seja, os pais sentiram dificuldades em comunicar com o seu familiar (Kelada et al., 2016).

Algumas dificuldades menos sentidas pelos familiares foram a nível económico relacionado com o pagamento médico/psicológico, em lidar com o(s) outro(s) filho(s), ou, com o(s) irmão(s) do seu familiar e na gestão da rotina/atividade diária. Contudo, estes resultados divergem de alguns estudos que indicam que os familiares sentiram dificuldades a nível financeiro devido aos gastos que a situação do seu jovem familiar acarreta, e devido ao facto de, em alguns casos, os pais deixaram de trabalhar ou trabalharem menos horas (Ferrey et al., 2016; Raphael et al, 2005). Esta divergência também se pode dever ao facto de estes jovens ou jovens-adultos estarem maioritariamente a ser acompanhados no Serviço Nacional de Saúde, que em Portugal é tendencialmente gratuito, e os outros estudos sobre o tema serem internacionais, onde os sistemas de saúde são diferentes e geralmente muito dispendiosos. Segundo a literatura,

os familiares sentem dificuldades em equilibrar o tempo, a educação e atender às necessidades dos restantes membros da família, pois os pais focaram-se maioritariamente no familiar com comportamentos suicidários, tendo como consequência o aumento da pressão, do fardo e do stresse parental (Daly, 2005; Ferrey et al., 2016; Oldershaw et al., 2008).

Alguns familiares relataram ainda que não sentiram muitas dificuldades em procurar a ajuda dos seus familiares. Segundo a literatura, estudos como os de Byrne e colaboradores (2008) e de Ferrey e colaboradores (2016) indicam que os pais não procuraram ajuda nos familiares e isolaram-se, na maioria dos casos, devido ao estigma de ter um filho com comportamentos suicidários e o receio do que os outros familiares possam pensar e/ou os culparem pela situação do seu filho (Byrne et al., 2008; Ferrey et al., 2016). No entanto, no estudo de Asare-Doku e colaboradores (2017) e de Ferrey e colaboradores (2016) relatam que, após os restantes familiares terem conhecimento da situação, foram extremamente carinhosos e estavam prontos a ajudar e apoiar não somente os pais, mas também o jovem (Asare-Doku et al. 2017; Ferrey et al., 2016).

Posteriormente, foram comparados as reações emocionais, os efeitos e as dificuldades dos familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS em função de várias condições. Verificamos diferenças significativas nas reações emocionais, mais especificamente, os pais dos jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS têm uma maior tendência para ter reações emocionais relacionadas com culpa e sentimentos de falha e com a perturbação mental, comparativamente aos outros familiares. Estes resultados vão ao encontro de alguns estudos na literatura que referem que os pais sentiram um enorme sentimento de culpa pela situação do seu filho e que sentiram que falharam em desempenhar o seu papel de cuidador (Daly, 2005; Ferrey et al., 2016; McDonald et al., 2007). O estudo de Ferrey e colaboradores (2016) observou que os outros familiares

sentiram várias reações emocionais e manifestaram diversas atitudes perante a situação, no entanto, os pais sentiram e viveram a situação com mais intensidade e maior impacto (Ferrey et al., 2016). Estudos verificaram que os pais também sentiram vários sinais de perturbação mental (e.g., choro fácil, dificuldade em dormir, desorientação, sentir-se sob pressão) ao tentar lidar e superar a situação (Kelada et al., 2017; Oldershaw et al., 2008).

Foi possível evidenciar diferenças significativas nos efeitos positivos na família e efeitos na saúde consoante o grau parentesco, isto é, os pais, em comparação com os outros familiares, têm uma perceção maior dos efeitos positivos dos CAL ou TS dos seus jovens ou jovens-adultos e também dos efeitos a nível da saúde. Com base nestes resultados podemos refletir que, os pais após o CAL ou a TS do seu filho, tentam agir e melhorar diversos aspetos na sua família e ambiente familiar, como por exemplo desenvolver uma relação familiar mais forte e unida, melhorar a comunicação, aprender estratégias positivas e que se adequam ao caso, ficando assim com a perceção que a situação também teve efeitos positivos (Byrne et al., 2008; Kelada et al., 2016; Oldershaw et al., 2008; Whitlock et al., 2018). Em relação aos efeitos a nível da saúde, são maioritariamente os pais que sentem efeitos nessa área (Ferrey et al., 2016; Kelada et al., 2017; Oldershaw et al., 2008). Normalmente são os pais que têm uma maior perceção destes efeitos, pois para além de serem os mesmos que vivenciam esses efeitos com mais frequência e intensidade, em vários casos, a situação de CAL ou TS não é partilhada com outras pessoas, incluindo outros familiares (Asare-Doku et al., 2017; Daly, 2005; McDonald et al., 2007). Um comportamento suicidário de um jovem ou jovem-adulto é experienciado pelos seus familiares como uma situação extremamente traumática e destrutiva, que tem efeitos devastadores a vários níveis, incluindo a nível da saúde. Esta situação consegue influenciar e afetar a saúde dos familiares numa componente psicológica, mas naturalmente acaba por ter também consequências na componente física

dos mesmos (e.g., fadiga, dificuldade em dormir, perda de apetite, palpitações no peito após descobrir os comportamentos suicidários, náuseas e perda de peso) (Kelada et al., 2017).

Em relação aos familiares que coabitam com o jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS, verificamos diferenças significativas nos efeitos na vida em geral e efeitos positivos na família, sugerindo que, que os familiares que coabitam com estes jovens têm uma maior percepção dos efeitos na sua vida em geral e também a nível dos efeitos positivos na família. Estes resultados são congruentes com os estudos empíricos, em que os familiares que vivem com o jovem e que lidam com a sua situação constantemente têm uma percepção maior dos efeitos a nível geral (Buus et al., 2014; Ferrey et al., 2016). Os comportamentos suicidários são uma experiência extremamente traumática para os pais e familiares que, segundo os estudos de Greene-Palmer e colaboradores (2015) e de Wagner e colaboradores (2000), os pais sentem necessidade de um aumento das emoções positivas, um desejo de reconstruir a ligação com o seu familiar e os níveis de raiva sentidas pelas mães diminuem um dia após o comportamento suicidário (Greene-Palmer et al., 2015; Wagner et al., 2000).

Relativamente aos familiares que coabitam com o pai/mãe do jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS, observou-se diferenças significativas nos efeitos da vida em geral e nos efeitos negativos na família, indicando que estes familiares têm uma maior tendência a apresentar efeitos negativos nas suas vidas em geral e na família, comparativamente aos familiares que não-coabitam com o pai/mãe de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS. Com base nestes resultados podemos refletir que os familiares que vivem com o pai/mãe destes jovens têm uma vivência mais intensa e mais regular da situação e do controlo da mesma. Estes familiares ao coabitarem com o pai/mãe do jovem

também estão a vivenciar e a tentar superar a situação e o seu impacto destrutivo e, por consequência, podem ser afetados de forma negativa a nível geral e familiar (Byrne et al., 2008; Daly, 2005; Ferrey et al., 2016; Oldershaw et al., 2008).

Os familiares dos jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS com formação básica e secundária apresentam diferenças significativas nas reações emocionais zanga e frustração. Assim, os familiares com formação básica e secundária têm mais tendência a sentir zanga e frustração após o(s) CAL ou a(s) TS do seu jovem ou jovem-adulto, comparativamente aos familiares com formação superior. Com base nestes resultados, podemos refletir que os familiares com o ensino básico e secundário poderão ter menos perceção sobre a situação, e possivelmente, mais dificuldades em tentar compreender, refletir e reagir ao comportamento suicidário do jovem familiar. Um aspeto interessante a refletir é que as reações emocionais, os efeitos nas dimensões da vida e as dificuldades vivenciadas por estes familiares são diferentes, o que nos leva a questionar se não seria útil que o acompanhamento destes familiares, após os CAL ou TS dos jovens ou jovens-adultos, também ser diferenciado de acordo com as suas habilitações académicas.

Em relação aos familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS que têm/já tiveram ou nunca tiveram acompanhamento psicológico/psiquiátrico, verificamos diferenças significativas com as reações emocionais ansiedade, preocupação e medo e perturbação mental, e com os efeitos positivos na família. Desta forma, os familiares dos jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS que têm ou que já tiveram um acompanhamento psicológico/psiquiátrico são mais propensos a sentir reações emocionais de ansiedade, preocupação e de medo e de perturbação mental (e.g., desorientação, não conseguir dormir, sentir-se a enlouquecer ou sob pressão) comparativamente aos familiares de jovens ou jovens-adultos que não têm ou nunca

tiveram acompanhamento psicológico/psiquiátrico. Estes resultados devem-se provavelmente aos casos onde os familiares não reagem às primeiras suspeitas do comportamento suicidário do seu familiar, e só recorrem à ajuda profissional quando a situação do jovem ou jovem-adulto já está mais grave ou mais avançada, tendo também um maior impacto nos próprios pais e a nível do ambiente familiar (Oldershaw et al., 2008). Verificou-se ainda que os familiares dos jovens ou jovens-adultos que têm ou que já tiveram acompanhamento psicológico/psiquiátrico apresentam mais efeitos positivos na família. No estudo de Oldershaw e colaboradores (2008) os familiares relataram que é fundamental pedir ajuda profissional o mais rápido possível, e que toda a ajuda disponível é importante, quer para o jovem ou jovem-adulto, quer para os próprios. Realçam que a ajuda profissional pode ajudar a aceitar a situação que se encontram e proporcionar o cuidado adequado (Oldershaw et al., 2008). Segundo o estudo de Ferrey e colaboradores (2016), alguns pais sentiram a necessidade de ter um acompanhamento psicológico individual/grupo que pudesse ajudá-los a lidar e a superar a situação do seu familiar (Ferrey et al., 2016). O acompanhamento psicológico quer para os jovens ou jovens-adultos, quer para os seus familiares poderá ajudar a compreender, lidar e superar a situação de CAL ou TS e evidenciar resultados positivos a nível individual e familiar.

No que diz respeito aos familiares com história familiar de CAL registam diferenças significativas nas reações emocionais zanga e frustração e vergonha, sugerindo que, estes familiares têm maior tendência para manifestar reações emocionais de zanga e frustração e de vergonha, do que os familiares sem história de CAL na família. As reações zanga e frustração devem-se provavelmente ao facto de, após um CAL ou TS do jovem ou jovem-adulto, os familiares com história familiar de CAL não terem conseguido perceber e ajudar o jovem, e por estes, possivelmente, estarem a reviver a situação e terem outra perceção sobre este tipo de situações, sobre o seu impacto e os seus efeitos. Os

familiares de jovens ou jovens adultos com história de TS evidenciam diferenças significativas na reação emocional vergonha, nas dificuldades de proatividade, envolvimento na ajuda, prevenção e nas dificuldades emocionais, relacionais e comunicacionais. Estes resultados indicam que os familiares com história de TS na sua família são mais propensos de sentirem reações emocionais de vergonha, dificuldades na proatividade, no envolvimento e prevenção, e dificuldades emocionais, relacionais e comunicacionais em comparação com os familiares que não têm história de TS na sua família. Tendo em conta estes resultados, provavelmente sendo um comportamento repetido pode haver nos familiares algum desânimo e descrença na eficácia das estratégias de prevenção aplicadas, assim como, nos esforços emocionais, relacionais e comunicacionais realizados. A reação de vergonha (para a história familiar de CAL e de TS) pode estar associada ao facto de ser mais um caso na família e, por sua vez, a nível social poderá ser negativo e ter os seus impactos negativos (Lindgren et al., 2010). No estudo de Buus e colaboradores (2014), evidenciaram que quando o jovem ou jovem-adulto realiza novamente um comportamento suicidário, os seus familiares sentem desânimo pois tudo o que fizeram para tentar compreender, ajudar o seu familiar não resultou para prevenir futuros incidentes. Os familiares sentiram também falta de esperança e zanga em relação ao jovem, por este ter realizado mais um CAL ou TS e por ter corrompido o bem-estar de todos os membros da família novamente (Buus et al., 2014).

Foram comparados, posteriormente, os níveis de ansiedade, depressão, stresse, de satisfação com o suporte social e de emoção expressa dos familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS em função de várias condições. Verificou-se diferenças significativas nos familiares que coabitam com o pai/mãe do jovem ou jovem-adulto a nível total de sintomatologia de ansiedade, depressão e stresse e, mais especificamente,

ma subescala de depressão. Podemos sugerir que estes familiares vivenciam níveis mais elevados de sintomatologia de uma forma global e especificamente a nível depressivo. Estes resultados corroboram os estudos que observaram que os pais sentiram elevados níveis de ansiedade, depressão e stresse (Ferrey et al., 2016), e que esta sintomatologia pode ser sentida também pelos restantes familiares que vivem com o pai/mãe do jovem ou jovem-adulto (Daly, 2005; Ferrey et al., 2016). Verificou-se também que os familiares que não-coabitam com o pai/mãe do jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS têm tendência para manifestar uma maior satisfação com o suporte social a nível global, em comparação com os familiares que coabitam com o jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS. Este resultado ocorre provavelmente devido a estes familiares não serem afetados tão diretamente pelo comportamento suicidário do jovem ou jovem-adulto e/ou estarem mais dispostos e disponíveis a nível físico e mental para receber e procurar suporte social. O estudo de Ferrey e colaboradores (2016) e de Lindgren e colaboradores (2010) indicam que os vizinhos, amigos e familiares tentavam evitar e julgar os familiares do jovem ou jovem-adulto com CAL ou TS, daí os familiares destes jovens normalmente não estarem satisfeitos com o suporte social (Ferrey et al., 2016; Lindgren et al., 2010).

Os familiares de jovens ou jovens-adultos em que o CAL ou TS ocorreu pela primeira vez evidenciam diferenças significativas na satisfação com a intimidade, sugerindo que, quando a situação de CAL ou TS do jovem ou jovem-adulto ocorre pela primeira vez, os familiares têm uma maior tendência para sentir níveis mais elevados de satisfação com a intimidade. Este resultado contradiz os resultados dos estudos presentes na literatura, contudo, podemos refletir que, talvez pelo facto de grande parte dos questionários terem sido preenchidos na presença do investigador, que tenha sido mais constrangedor para a pessoa admitir a insatisfação com a intimidade. No entanto, os estudos de Ferrey e colaboradores (2016) e de Raphael e colaboradores (2005), que

concluíram que a fase após a descoberta dos comportamentos suicidários é extremamente difícil e pode causar problemas, conflitos, dificuldades e segredos entre os pais, colocando o casamento sob grande pressão e em risco (Ferrey et al., 2016; Raphael et al., 20005). Buus e colaboradores (2014) acrescentam ainda que, os pais relataram que foi um grande desafio para ambos para lidar com toda a situação da melhor forma (Buus et al., 2014).

Ainda no âmbito anterior, e apesar de não terem sido evidenciados valores significativos, pudemos observar que os familiares que relataram que não era a primeira vez que aconteceu uma situação de CAL ou TS do jovem ou jovem-adulto apresentaram uma média mais elevada a nível da emoção expressa comparativamente aos familiares que relataram ser a primeira vez que aconteceu uma situação de CAL ou TS do jovem ou jovem-adulto. Este resultado é congruente com os estudos empíricos e a informação disponível na literatura, pois níveis mais elevados de emoção expressa representam um ambiente familiar pouco afetivo, stressante, inflexível, repleto de reações negativas e de atitudes críticas e hostis dos familiares próximos sobre os jovens ou jovens-adultos (Hooley & Gotlib, 2000; Kavanagh et al., 1997). Estudos revelam que, após os CAL ou TS do jovem ou jovem-adulto, existe uma tendência para que a emoção expressa diminua nas famílias como forma de superar a situação e prevenir futuros incidentes (Byrne et al., 2008; Hughes et al., 2015; Ferrey et al., 2016; Kelada et al., 2016; Whitlock et al., 2018), contudo, se os níveis de emoção expressa se mantiverem, existe a possibilidade dos comportamentos suicidários se manterem.

Consoante a existência ou não de história familiar de suicídio, os familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS, registaram diferenças significativas na Satisfação com as atividades sociais. Assim, os familiares que têm história familiar de suicídio consumado apresentam níveis mais elevados de satisfação com as atividades sociais, em comparação com os familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS

que não têm história familiar de suicídio consumado. Provavelmente estes resultados são consequência destes familiares terem vivenciado uma situação traumática e terem uma melhor percepção do impacto e das consequências negativas da mesma, por isso, procuram uma maior satisfação nas atividades sociais, como forma de tentar aproveitar os seus efeitos positivos e benefícios (Whitlock et al., 2018).

Posteriormente, realizou-se uma análise das correlações entre as reações emocionais, efeitos nas dimensões da vida e dificuldades com os níveis de ansiedade, depressão, stresse, satisfação com o suporte social e emoção expressa nos familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS. De acordo com os resultados, verificou-se que quanto mais os familiares sentirem sofrimento, perturbação mental e efeitos negativos a nível da saúde, após a situação de CAL ou TS, maior serão os seus níveis de ansiedade. Estes resultados vão ao encontro de estudos referidos anteriormente, onde os pais se deparam com uma situação traumática e inesperada, observam e sentem o sofrimento do seu jovem familiar e o impacto destrutivo que o seu comportamento suicidário tem sobre a família. Neste sentido, estas reações costumam afetar os familiares a nível físico e em especial, a nível psicológico/emocional, estando interligadas à sintomatologia ansiosa (Kelada et al., 2016).

Foi possível observar que quanto mais elevado for o sentimento de culpa e de falha dos familiares, maior serão os seus níveis de sintomatologia depressiva e de stresse. Este resultado é congruente com a informação de estudos anteriores, onde os familiares sentem uma culpa profunda e um sentimento de falha em desempenhar o seu papel de pais e em proteger e promover o bem-estar dos seus filhos, onde, normalmente, estas reações emocionais têm um impacto tão negativo que podem afetar os níveis de depressão e de stresse (Ferrey et al., 2016; Raphael et al., 2005).

Verificou-se que quanto mais os familiares sentirem sofrimento, maior será a emoção expressa experienciada na família. Este resultado pode ocorrer provavelmente pelo facto de os familiares quando estão a sentir um sofrimento constante e profundo, não conseguem sentir-se capazes ou disponíveis a nível mental para melhorar ou alterar o ambiente familiar. Estudos revelam que depois de um comportamento suicidário na família, o ambiente familiar fica frágil e enfrenta as consequências associadas mesmo, e que, em alguns casos, os familiares tentam reconstruir o ambiente familiar e as relações familiares (Kelada et al., 2016; Whitlock et al., 2018), contudo esse processo de reconstrução pode ser afetado caso os familiares não se sintam capazes para tal.

Foi possível verificar que quanto maior forem os efeitos negativos na família, mais elevados serão os níveis de sintomatologia ansiosa, depressiva e de stresse sentidos pelos familiares. Este resultado vai ao encontro dos estudos já referidos anteriormente, onde alguns casos de pais que ao vivenciarem a situação de CAL ou TS juntamente com os seus efeitos negativos na família, sentiram-se extremamente ansiosos, depressivos e stressados (Daly, 2005; Ferrey et al., 2016; Raphael et al., 2005). Verificamos também que quanto mais efeitos negativos surgirem na família, menores serão os níveis de satisfação com os amigos. Estes resultados devem-se possivelmente ao impacto que o comportamento suicidário do jovem ou jovem-adulto tem sobre a família e as suas consequências que conseguem abranger a família nuclear, a família mais alargada, assim como amigos e vizinhos. Neste sentido, quando os familiares estão a vivenciar efeitos negativos na sua família, estes podem não conseguir pedir ajuda e falar com os seus amigos, podem tentar evitar estar com os seus amigos e manter a situação do seu familiar entre a família, e podem também se sentir incompreendidos por parte desses amigos, afetando de certa forma a satisfação com os amigos (Asare-Doku et al., 2017; Ferrey et al., 2016; McDonald et al., 2007). Estudos indicam que o suporte que os amigos

proporcionam aos familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS pode ser fundamental e muito positivo (Ferrey et al., 2016; Whitlock et al., 2018), contudo, existem casos em que o suporte dos amigos não acontece e até mesmo as amizades podem perder-se (Ferrey et al., 2016).

Observou-se que quanto mais efeitos negativos ocorrerem na vida em geral dos familiares, estes sentirão menos satisfação com as atividades sociais. Estes resultados devem-se possivelmente ao facto de os familiares estarem focados em tentar ultrapassar e melhorar a situação que estão a vivenciar e não conseguem obter satisfação com as atividades sociais. Para estes familiares, o seu jovem familiar torna-se a sua prioridade, assim como a promoção do seu bem-estar, e existem muitos casos onde os pais não conseguem tempo nem disposição para realizar atividades sociais, e muitas vezes negam as suas próprias necessidades (Buus et al., 2014; Daly, 2005; Oldershaw et al., 2008).

Podemos verificar que quanto mais dificuldades os familiares sentirem na sua rotina quotidiana e na gestão familiar, maiores serão os seus níveis de sintomatologia depressiva e de stresse e menor será a sua satisfação com a família. Estes resultados são similares aos de outros estudos que verificaram que, os familiares, após o comportamento suicidário do seu jovem ou jovem-adulto, sentiram a necessidade de alterar a sua rotina quotidiana e a gestão familiar (e.g., tornaram-se mais vigilantes, cuidadosos; realizaram comportamentos de verificação; criaram novas regras em casa; sentiram receio em manter as regras e limites que já existiam; deixaram o trabalho ou trabalharam menos horas; os familiares sentiram-se manipulados pelo jovem, etc.). Contudo, todo esse processo é extremamente difícil e causa uma exaustão física e emocional aos familiares, podendo afetar e contribuir para os níveis de depressão, stresse e para a baixa satisfação com a família (Buus et al., 2014; Byrne et al., 2008; Daly, 2005; McDonald et al., 2007).

Foi possível observar que quanto maior for as dificuldades emocionais, relacionais e comunicacionais sentidas pelos familiares, menor será a satisfação com as atividades sociais dos mesmos. Com base nestes resultados podemos refletir que possivelmente, após o comportamento suicidário do seu jovem familiar, os familiares tentam criar um melhor ambiente familiar e relações familiares positivas, focando-se no seu familiar e em formas de superar e prevenir outros incidentes (Hughes et al., 2015; Kelada et al., 2016). Desta forma, se os familiares estão a ter dificuldades a nível emocional, relacional e de comunicação, podem não estar disponíveis para realizar atividades sociais e obter satisfação das mesmas, e mesmo que os familiares queiram de facto realizar atividades sociais, pode se tornar difícil desligar ou desconstrair da situação que estão a vivenciar, pois em alguns casos, a preocupação, o medo e o pensamento sobre o jovem familiar é constante (Buus et al., 2014; McDonald, 2007; Oldershaw et al., 2008).

Relativamente aos familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS, estes manifestam diferenças significativas na emoção expressa, comparativamente aos familiares de jovens ou jovens-adultos sem CAL ou TS. Assim, podemos constatar que os familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS têm maior tendência para vivenciar maiores níveis de emoção expressa. Este resultado vai ao encontro de estudos que já foram referidos anteriormente, onde normalmente o ambiente familiar dos familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS é um ambiente com elevados níveis de emoção expressa, e até existem casos onde os jovens ou jovens-adultos realizam os CAL ou as TS como forma de diminuir a emoção expressa vivenciada na família e aumentar as emoções positivas (Greene-Palmer et al., 2015; Wagner et al., 2000).

Apesar de não ter sido verificado diferenças significativas, observou-se que os familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS apresentam médias superiores de satisfação com o suporte social na sua totalidade e nas subescalas satisfação com a

intimidade e satisfação com as atividades sociais, comparativamente aos familiares de jovens ou jovens-adultos sem CAL ou TS. Estes resultados ocorrem, possivelmente, porque após o CAL ou TS dos seus jovens ou jovens-adultos, estes familiares terão sido aconselhados a investir mais no suporte social, como forma de tentar aproveitar os seus efeitos positivos e beneficiar do mesmo. Segundo Whitlock e colaboradores (2018), o suporte social tem um papel importante para o bem-estar dos familiares e para a redução de emoções negativas (Whitlock et al., 2018). Verificou-se também que os familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS têm média mais elevada na subescala stresse e médias mais baixas na escala total de ansiedade, depressão e stresse e nas subescalas ansiedade e depressão, comparativamente aos familiares de jovens ou jovens-adultos sem CAL ou TS. Segundo o estudo de Whitlock e colaboradores (2018), os pais de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS têm uma maior tendência para sentir níveis de stresse mais elevados em comparação aos pais de jovens ou jovens-adultos em CAL ou TS. E os pais de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS tentam ser mais positivos, ter mais esperança de um futuro melhor, aprender competências e desenvolver outras perspetivas sobre a situação do seu familiar, do que vivenciarem a situação do seu familiar de forma negativa (Whitlock et al., 2018). Estes resultados podem estar associados ao facto de os pais, após o CAL ou TS dos jovens ou jovens-adultos, tentarem reconstruir o ambiente familiar e as relações familiares, aprendendo e desenvolvendo diferentes estratégias e outras atitudes sobre a situação (Ferrey et al., 2016; Kelada et al., 2016; Whitlock et al., 2018). Por outro lado, também não sabemos o que é que os pais dos outros jovens (sem CAL ou TS) poderão ter vivenciado na sua vida. Poderão ter vivido outros tipos de Acontecimentos negativos, que não foram controlados neste estudo, e que poderão contribuir para estes níveis superiores de sintomatologia. Neste sentido, poderá ser pertinente, em estudos futuros, colocar esta questão aos pais dos jovens sem CAL ou TS.

7. Conclusões

O presente estudo tem como finalidade analisar e compreender diversas consequências dos comportamentos autolesivos (CAL) ou das tentativas de suicídio (TS) dos jovens ou jovens-adultos nos seus familiares mais próximos. Procurou-se analisar os níveis de sintomatologia ansiosa, depressiva e de stresse, assim como, o papel da satisfação com o suporte social e da emoção expressa nos familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS, e realizamos também um estudo comparativo com familiares de jovens ou jovens-adultos sem CAL ou TS.

De acordo com os nossos resultados foi possível identificar que as principais reações emocionais sentidas pelos familiares de jovens ou jovens-adultos após um acontecimento de CAL ou TS foram: preocupação, tristeza, dor/sofrimento, angústia, desespero, impotência, ficar em alerta e medo que o jovem ou jovem-adulto volte a repetir o comportamento suicidário ou que morra por suicídio.

Os principais efeitos nas diferentes dimensões da vida que os familiares dos jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS sentiram foram que os níveis de ansiedade aumentaram na família, a saúde mental do familiar foi prejudicada, e que a sua vida em geral, familiar e quotidiana foi afetada.

Foi possível observar que as dificuldades mais sentidas pelos familiares de jovens ou jovens-adultos encontram-se a nível emocional/relacional/comunicacional, da proatividade/envolvimento na ajuda/prevenção e da ajuda/suporte, mais especificamente, sentiram medo que o jovem familiar voltasse a ter um CAL ou uma TS, não sabiam avaliar o risco do jovem familiar repetir o comportamento e sentiram falta de uma equipa/de alguém/de profissionais que os apoiassem.

No que diz respeito aos níveis de ansiedade, depressão e stresse, entre os familiares de jovens ou jovens-adultos com e sem CAL ou TS, verificamos que os familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS apresentaram somente os níveis de stresse mais elevados, em comparação com os familiares de jovens ou jovens-adultos sem CAL ou TS. Em relação à satisfação com o suporte social foi possível observar que os familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS obtiveram níveis mais elevados para a satisfação com a intimidade e com as atividades sociais, comparativamente aos familiares de jovens ou jovens-adultos sem CAL ou TS. Foi possível verificar que em relação à emoção expressa, os familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS manifestaram valores mais elevados de emoção expressa em comparação com os familiares de jovens ou jovens-adultos sem estes comportamentos.

Com base nos nossos resultados podemos refletir que, de facto, os comportamentos suicidários dos jovens ou jovens-adultos são uma experiência devastadora que tem um impacto significativo nos seus familiares, em especial, nos pais. Os pais e familiares próximos são afetados a vários níveis e, neste estudo, foi possível verificar o seu impacto negativo numa forma geral nas variáveis analisadas acima mencionada. Realçamos, tal como vários estudos (e.g., Buus et al., 2014; Byrne et al., 2008; Ferrey et al., 2016), a importância de também existir um foco na família destes jovens, no sentido em que estes têm necessidades específicas e sofrem diversas e graves consequências, e que se torna fundamental proporcionar uma intervenção psicológica especializada e adequada para superarem a situação difícil em que se encontram. Reforçamos a necessidade de desenvolver e/ou melhorar as intervenções e programas existentes para estes familiares, e torná-los mais direcionados e mais eficazes, assim como, melhorar e/ou adaptar os conhecimentos dos profissionais de saúde. Estas mudanças são fundamentais pois podem ser, de facto, o que estas famílias mais

necessitam para lidar e superar a situação do seu jovem familiar. É importante não esquecer que a família pode ser um fator fundamental para a intervenção destes comportamentos, mas também para a sua prevenção (Buus et al., 2014; Byrne et al., 2008; Ferrey et al., 2016; Oldershaw et al., 2008; Raphael et al., 2005).

Relativamente às limitações deste estudo consideramos que devido à natureza do tema do nosso estudo, e com o tempo limitado para a realização do mesmo, foi-nos difícil ter acesso a estas famílias e também ter familiares dispostos a participar, daí termos um número reduzido da amostra. Este número reduzido da amostra limitou o poder das análises. Por outro lado, admitimos que, embora seja um *N* reduzido, é um *N* grande para este tipo de amostras de difícil acesso, e realçamos que, os estudos internacionais normalmente têm amostras mais pequenas e são sobretudo estudos qualitativos. Outra limitação é que o protocolo para os familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS é demasiado extenso e tem uma longa duração de preenchimento, o que pode causar cansaço ou até desistências. Outra limitação que podemos referir é que houve casos onde os protocolos, devido a impossibilidade de serem preenchidos na presença do investigador, foram entregues aos participantes e foi-lhes explicado o estudo. Neste sentido, os participantes levaram os seus respetivos protocolos para casa e, posteriormente, devolveram-nos preenchidos. Apesar de termos confiado que foram os participantes que preencheram o seu respetivo protocolo e não outra pessoa (e.g., outro familiar ou um amigo), nunca teremos completamente certezas.

Outra limitação que foi refletida ao longo da realização deste estudo é que as respostas dos familiares dos jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS serão sempre após o acontecimento do(s) CAL ou da(s) TS dos jovens ou jovens-adultos. Derivado a este aspeto, existe a possibilidade de as suas respostas, memórias, sentimentos, atitudes, perceções e reflexões sobre a situação vivenciada com o seu jovem familiar tenham sido

alteradas ou influenciadas (e.g., os familiares que pediram acompanhamento psicológico como suporte para lidar e superar a situação; familiares onde o CAL ou TS do jovem familiar seja recorrente; familiares que participaram em grupos de apoio com outros familiares em situações semelhantes; familiares que tenham sido influenciados pela desejabilidade social, etc.).

Em relação às potencialidades deste estudo podemos considerar que este estudo revela informações interessantes e importantes sobre as reações emocionais que os familiares vivenciam após o CAL ou TS do seu jovem ou jovem-adulto, assim como, os efeitos nas diferentes dimensões da vida destes familiares e as dificuldades que eventualmente foram surgindo. Fornecemos também informações sobre a sintomatologia ansiosa, depressiva e sobre o stresse que os familiares destes jovens com CAL ou TS possam ter sentido, sobre a satisfação com o suporte social sentido pelos familiares e a emoção expressa nestas famílias. Realizamos ainda uma comparação entre os familiares de jovens ou jovens-adultos com e sem CAL ou TS com base nestes últimos aspetos mencionados, com o intuito de perceber se existem diferenças nestas famílias e quais são as diferenças com mais destaque e relevância. Acreditamos que estas informações possam ajudar a contribuir para uma maior compreensão e para uma base de conhecimento mais completa sobre esta temática e, futuramente, ajudar a desenvolver e/ou a melhorar as intervenções e programas existentes para estes familiares, e torná-los mais direcionados, completos e mais eficazes. Torna-se extremamente importante que os profissionais clínicos e de saúde mental estejam preparados, e que tenham o conhecimento necessário sobre esta problemática de forma a poder apoiar, ajudar e fornecer ferramentas aos familiares destes jovens. Assim como, para que consigam refletir sobre a situação que os familiares estão a vivenciar e comunicar melhor com os mesmos, trabalhar mutuamente e envolvê-los mais plenamente nas intervenções psicoterapêuticas. Importa não esquecer

que existe uma grande possibilidade de que quando apoiamos os familiares e os ajudamos a lidar e a superar estas situações, estamos a ajudar também o jovem ou jovem-adulto em questão, e poderemos estar a prevenir futuros CAL ou TS, promover a procura de ajuda no futuro e, possivelmente, a redução do risco de suicídio consumado. Para além de proporcionar mais informação aos profissionais de saúde, e desenvolver intervenções psicoterapêuticas mais especializadas, seria importante desenvolver grupos de apoio ou terapias de grupo para estes familiares e para os jovens, onde exista a possibilidade de partilhar a sua história, partilhar as diversas consequências dos CAL ou TS e as suas formas de as superar, falar sobre os seus sentimentos e reflexões, e criar ligações que poderão ajudar os familiares e a sua família a viver e a superar a situação difícil em que se encontram.

No que diz respeito a sugestões para estudos futuros, recomenda-se a replicação deste estudo com uma maior amostra de familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS, isto é, uma amostra que possa ser representativa, e para que consigamos obter uma maior confiança e fiabilidade nos resultados. Se for possível, sugerimos a replicação deste estudo, mas tendo três amostras – os pais/cuidadores de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS, os restantes familiares dos jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS e os familiares de jovens ou jovens-adultos sem CAL ou TS – quer os pais/cuidadores, quer os restantes familiares, são um objeto de análise fundamental, apesar do impacto destes atos ser diferente, ambos podem sofrer com as consequências dos atos destes jovens. Ainda no seguimento anterior, poderíamos também, em relação à amostra de familiares de jovens ou jovens-adultos sem CAL ou TS, aprofundar a existência de acontecimentos negativos e compreender o seu impacto nos participantes, com o intuito de ser possível analisar a sintomatologia psicológica e comparar com os familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS, e assim, poderíamos perceber e fundamentar, com base nessa

informação, os seus respetivos valores. Outra possível sugestão poderia ser analisar e aprofundar as respostas qualitativas dos participantes, com o intuito de conseguir uma melhor compreensão da sua perspetiva sobre o(s) CAL ou a(s) TS do seu jovem ou jovem-adulto.

8. Referências Bibliográficas

- Asare-Doku, W., Osafo, J., & Akotia, C. S. (2017). The experiences of attempt survivor families and how they cope after a suicide attempt in Ghana: a qualitative study. *BMC Psychiatry, 17*(1), 178. doi: 10.1186/s12888-017-1336-9.
- Borowsky, I. W., Resnick, M. D., Ireland, M., & Blum, R. W. (1999). Suicide attempts among American, Indian and Alaska Native youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 153*(6), 573–580. doi: [10.1001/archpedi.153.6.573](https://doi.org/10.1001/archpedi.153.6.573).
- Borowsky, I. W., Ireland, M., & Resnick, M. D. (2001). Adolescent suicide attempts: risks and protectors. *Pediatrics, 107*(3), 485–493. doi: 10.1542/peds.107.3.485.
- Buus, N., Caspersen, J., Hansen, R., Stenager, E., & Fleischer, E. (2014). Experiences of parents whose sons or daughters have (had) attempted suicide. *Journal of Advanced Nursing, 70*(4), 823–832. doi: 10.1111/jan.12243.
- Byrne, S., Morgan, S., Fitzpatrick, C., Boylan, C., Crowley, S., Gahan, H., Howley, J., Staunton, D., & Guerin, S. (2008). Deliberate self-harm in children and adolescents: a qualitative study exploring the needs of parents and carers. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 13*(4), 493–504. doi: 10.1177/1359104508096765.
- Daly, P. (2005). Mothers living with suicidal adolescents: a phenomenological study of their experiences. *Journal of Psychosocial Nursing, 43*(3), 22–29.
- De Leo, D., & Heller, T. S. (2004). Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. *Medical Journal of Australia, 181*(3), 140–144.
- DGS (Direção-Geral de Saúde) (2013). *Plano nacional de prevenção do suicídio (2013/2017)*. Recuperado em 29 março, 2017 de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017.aspx>
- Dubow, R. F., Kausch, D. F., Blum, M. C., Reed, J., & Bush, E. (1989). Correlates of suicidal ideation and attempts in a community sample of junior high and high school students. *Journal of Clinical Child Psychology, 18*(2), 158-166. doi: 10.1207/s15374424jccp1802_7.
- Fernandes, D. F. P. (2014). *A Emoção Expressa, a Vergonha e a Culpa em Familiares de Pacientes com Esquizofrenia*. (Tese de mestrado). Universidade do Algarve, Algarve.
- Ferrey, A. E., Hawton, K., Simkin, S., Hughes, N., Stewart, A., & Locock, L. (2015). “As

a parent, there is no rulebook”: a new resource for parents and carers of young people who self-harm. *The Lancet Psychiatry*, 2(7), 577-579. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00182-0.

Ferrey, A. E., Hughes, N. D., Simkin, S., Locock, L., Stewart, A., Kapur, N., Gunnell, D., & Hawton, K. (2016). The impact of self-harm by young people on parents and families: a qualitative study. *BMJ Open*, 6(1). doi: 10.1136/bmjopen-2015-009631. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009631.

Granboulan, V., Zivi, A., & Basquin, M. (1997). Double suicide attempt among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 21(2), 128–130. doi: 10.1016/S1054-139X(97)00003-7.

Greene-Palmer, F. N., Wagner, B. M., Neely, L. L., Cox, D. W., Kochanski, K. M., & Perera, K. U., & Ghahramanlou-Holloway, M. (2015). How parental reactions change in response to adolescent suicide attempt. *Archives of Suicide Research*, 19, 414–421. doi: 10.1080/13811118.2015.1094367.

Hooley, J. M., & Gotlib, I. H. (2000). A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Applied and Preventive Psychology*, 9, 135–151. doi: 10.1016/S0962-1849(05)80001-0.

Hooley, J. M., & Parker, H. A. (2006). Measuring expressed emotion: an evaluation of the shortcuts. *Journal of Family Psychology*, 20(3), 386–396. doi: 10.1037/0893-3200.20.3.386.

Hughes, N. D., Ferrey, A. E., Locock, L., Simkin, S., Stewart, A., Gunnell, D., Kapur, N., & Hawton, K. (2015). Making sense of an unknown terrain: how parents understand self-harm in young people. *Qualitative Health Research*, 27(2), 215–225. doi: 10.1177/1049732315603032.

Im, Y., Oh, W. O., & Suk, M. (2017). Risk factors for suicide ideation among adolescents: five-year national data analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(3), 282–286. doi: 10.1016/j.apnu.2017.01.001.

INE (Instituto Nacional de Estatística) (2017). *Causas de morte, 2015*. Recuperado em 28 maio, 2017 de <http://www.peprobe.com/pt-pt/document/causas-de-morte-2015-ine>

Kavanagh, D. J., Halloran, P. O., Manicavasagar, V., Piatkowska, O., Tennant, C., & Rosen, A. (1997). The family attitude scale: reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. *Elsevier Science Ireland Ltd*, 70, 185–195. doi: 10.1016/S0165-1781(97)00033-4.

- Kelada, L., Whitlock, J., Hasking, P., & Melvin, G. (2016). Parents' experiences of nonsuicidal self-injury among adolescents and young adults. *Journal of Child and Family Studies*, 25(11), 3403-3416. doi: 10.1007/s10826-016-0496-4.
- Lewis, S. A., Johnson, J., Cohen, P., Garcia, M., & Velez, C. N. (1988). Attempted suicide in youth: its relationship to school achievement, educational goals, and socioeconomic status. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16(4), 459-471.
- Lindgren, B. M., Åström, S., & Graneheim, U. H. (2010). Held to ransom: parents of self-harming adults describe their lived experience of professional care and caregivers. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 5(5482), 1-11. doi: 10.3402/qhw.v5i3.5482.
- Maple, M. (2005). Parental bereavement and youth suicide: an assessment of the literature. *Australian Social Work*, 58(2), 179-187. doi: 10.1111/j.1447-0748.2005.00202.x.
- McDonald, G., O'Brien, L., & Jackson, D. (2007). Guilt and shame: experiences of parents of self-harming adolescents. *Journal of Child Health Care: For Professionals Working with Children in the Hospital and Community*, 11(4), 298-310. doi: 10.1177/1367493507082759.
- McGee, R. & Williams, S. (2000). Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? *Journal of Adolescence*, 23(5), 569-582. doi: 10.1006/jado.2000.0344.
- Morgan, S., Rickard, E., Noone, M., Boylan, C., & Carthy, A., Crowley, S., Butler, J., Geurin, S., & Fitzpatrick, C. (2013). Parents of young people with self-harm or suicidal behaviour who seek help - a psychosocial profile. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(13), 1-10. doi: 10.1186/1753-2000-7-13.
- Nordentoft, M. (2011). Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 35, 848-853. doi: 10.1016/j.pnpbp.2010.11.038.
- Oldershaw, A., Richards, C., Simic, M., & Schmidt, U. (2008). Parents' perspectives on adolescent self-harm: qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 193(2), 140-144. doi: 10.1192/bjp.bp.107.045930.
- OMS (Organização Mundial de Saúde) (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: OMS

- OMS (Organização Mundial de Saúde) (2017a). *Suicide data*. Recuperado em 28 maio, 2017, de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- (OMS) (Organização Mundial de Saúde) (2017b). *Global health observatory data repository - suicide rates, age-standardized data by WHO region*. Recuperado em 31 maio, 2017 de <http://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDEASDRREGv?lang=en>
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547–558.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229–239.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Ramôa, A. F. A. S., Soares, C., Castanheira, J., Sequeira, J., Fernandes, N., & Azenha, S. (2017). Comportamentos suicidários: caracterização e discussão de fatores de vulnerabilidade. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33, 321-332.
- Randell, B. P., Wang, W. L., Herting, J. R., & Eggert, L. L. (2006). Family factors predicting categories of suicide risk. *Journal of Child and Family Studies*, 15(3), 247-262. doi: 10.1007/s10826-006-9020-6.
- Raphael, H., Clarke, G., & Kumar, S. (2006). Exploring parents' responses to their child's deliberate self-harm. *Health Education*, 106(1), 9–20. doi: 10.1108/09654280610637166.
- Renaud, J., Berlim, M. T., McGirr, A., Tousignant, M., & Turecki, G. (2008). Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide: a case-control study. *Journal of Affective Disorders*, 105 (1-3), 221–228. doi: 10.1016/j.jad.2007.05.013.
- Rissanen, M. L., Kylma, J., & Laukkanen, E. (2008). Helping adolescents who self-mutilate: parental descriptions. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1711–1721. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02672.x.
- Rodrigues, P. C. L., Pinho, M. M., & Oliveira, R. M. P. (2010). *Estatística em ciências humanas e sociais*. Lisboa: Universidade Lusíada Editora.

- Rothés, I., Brás, M., Jardim, T., Silva, R., Santos, J., & Henriques, M. (2018). *The impact on parents of self-harm behaviour of a child*. 9th Congress of European Society on Family Relations, 05-08 de setembro, Porto, Portugal.
- Rothés, I., Henriques, M., & Brás, M. (2016). *Experiences of parents whose children have attempted suicide: What is already known and what is unknown?* European Symposium on Suicide and Suicidal behaviour, 08-10 Setembro, Oviedo, Espanha.
- Rothés, I., Henriques, M., Correia, A., Martins, I., & Brás, M. (2018). *Families affected by suicide attempt or other self-harm behaviour: the explanations of family members and the effects on different life dimensions*. 17th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour, 05-08 de setembro, Ghent, Bélgica.
- Séguin, M., Renaud, J., Lesage, A., Robert, M., & Turecki, G. (2011). Youth and young adult suicide: a study of life trajectory. *Journal of Psychiatric Research*, 45(7), 863–870. doi: 10.1016/j.jpsychires.2011.05.005.
- Sinclair, J., & Green, J. (2005). Understanding resolution of deliberate self harm: qualitative interview study of patients' experiences. *British Medical Journal*, 330 (7500), 1112–1115. doi: 10.1136/bmj.38441.503333.8F.
- Trinco, M. E. M., Santos, J. C., & Barbosa, A. (2017). Vivências e necessidades dos pais no internamento do filho adolescente com comportamento autolesivo. *Revista de Enfermagem*, 115-124. doi.10.12707/RIV17008.
- Wagner, B. M., Aiken, C., Mullaley, P. M., & Tobin, J. J. (2000). Parents' reactions to adolescents' suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(4), 429–36. doi: 10.1097/00004583-200004000-00011.
- Waldvogel, J. L., Rueter, M., & Oberg, C. N. (2008). Adolescent suicide: risk factors and prevention strategies. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 38(4), 110–125. doi: 10.1016/j.cppeds.2008.01.003.
- Webb, L. (2002). Deliberate self-harm in adolescence: a systematic review of psychological and psychosocial factors. *Journal of Advanced Nursing*, 38(3), 235–244. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02174.x.
- Whitlock, J., Lloyd-Richardson, E., Fisseha, F., & Bates, T. (2018). Parental secondary stress: the often hidden consequences of nonsuicidal self-injury in youth. *Journal of Clinical Psychology*, 74(1), 178-196. doi: 10.1002/jclp.22488.

9. Anexos

Anexo A. Questionário de Dados Sociodemográficos

Questionário de Dados Sociodemográficos

As perguntas que se seguem são referentes a si.

1. Género: Feminino Masculino
2. Idade: _____ anos
3. Profissão: _____
4. Situação profissional: Empregado(a) Desempregado(a)
 Outra: _____

4.2. Habilitações Académicas (assinale o ano/ grau que concluiu):

- 1º Ciclo. Ensino Secundário
 - 2º Ciclo. Ensino Superior
 - 3º Ciclo. Outra: _____
5. Estado civil:
- Casado(a)/União de facto. Solteiro(a).
 - Divorciado(a)/Separado(a). Viúvo(a).
6. Distrito onde vive: _____

**Anexo B. Questionário da Experiência da Tentativa de Suicídio ou Comportamento
Autolesivo de um familiar - versão para pais e familiares (QETSALF-6)**

QETSALF-6

1. Se respondeu "**sim**" na questão anterior, diga o grau de parentesco com a pessoa que efetuou tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo:

<input type="radio"/> Irmão(ã).	<input type="radio"/> Pais.
<input type="radio"/> Companheiro(a)/namorado(a).	<input type="radio"/> Primo(a).
<input type="radio"/> Tio(a).	<input type="radio"/> Filho(a).
<input type="radio"/> Outro: _____	
2. Vive com o(a) familiar que efetuou a tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo?

<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
---------------------------	---------------------------

As questões que se seguem são referentes **ao seu (sua) familiar** que efetuou tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo:

3. Género: Feminino Masculino
4. Idade atual: _____ anos _____ meses
5. Estado civil:

<input type="radio"/> Casado(a)/União de facto.	<input type="radio"/> Solteiro(a).
<input type="radio"/> Divorciado(a)/Separado(a).	<input type="radio"/> Viúvo(a).
6. Ano de escolaridade que frequenta: _____ ou Profissão: _____ e Habilitações Académicas do(a) seu(sua) familiar (assinale o ano/ grau que concluiu):

<input type="radio"/> 1º Ciclo.	<input type="radio"/> Ensino Secundário
<input type="radio"/> 2º Ciclo.	<input type="radio"/> Ensino Superior
<input type="radio"/> 3º Ciclo.	<input type="radio"/> Outra: _____
7. O(a) seu (sua) familiar tem ou teve algum diagnóstico psicopatológico/ psiquiátrico?

<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
---------------------------	---------------------------

 - 7.1. Se Sim, qual (quais) diagnóstico(s)? _____
8. O(a) seu (sua) familiar tem ou teve acompanhamento psiquiátrico?

<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
---------------------------	---------------------------
9. O(a) seu (sua) familiar tem ou teve acompanhamento psicológico?

<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
---------------------------	---------------------------

2ª Parte – Tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo

1. Há quanto tempo aconteceu a tentativa de suicídio ou o comportamento autolesivo do(a) seu(sua) familiar? _____ meses.

2. Método utilizado pelo seu(sua) familiar na tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo:

Intoxicação medicamentosa

O que tomou? _____

Quantidade? _____

Arma de fogo

Precipitação

Asfixia/ intoxicação por gás doméstico ou dióxido de carbono

Afogamento

Cortes na pele com objeto cortante

Não sei

Tentativa de enforcamento

Intoxicação por pesticida ou outros tóxicos

Corte/ contusão/ Flebotomia

Queimaduras na pele

Outro Qual? _____

3. Foi a primeira vez que aconteceu? Sim Não

Se respondeu **Não**:

3.1. Indique quantas vezes aconteceu? _____ vezes

3.2. Que método(s) foi utilizado? _____

4. Idade do(a) familiar quando aconteceu a primeira tentativa de suicídio/ comportamento autolesivo?
_____ anos.

5. Gostaríamos de lhe pedir que descrevesse o que aconteceu com o (a) seu(sua) familiar? (como teve acesso ao método, qual o método, como foi providenciada a ajuda, aconteceu uma vez ou é recorrente, qual a intenção, era um comportamento esperado ou não, quais os sinais de alerta)

Gostaríamos ainda que nos fornecesse alguns dados sobre:

6. Na sua família existe história de comportamentos autolesivos por parte de outros familiares?

Não Sim Grau de parentesco relativamente ao seu(sua) familiar _____

7. Tem algum familiar que realizou uma ou mais tentativas de suicídio?

Não Sim Grau de parentesco relativamente ao seu(sua) familiar _____

8. Tem algum familiar que se suicidou?

Não Sim Grau de parentesco relativamente ao seu(sua) familiar _____

3ª Parte – Experiência e Impacto da tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo

1.1. A seguir encontra uma lista com **explicações** dadas por familiares relativamente à tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo de um membro da família. Por favor, leia cada um dos itens e indique a resposta que melhor descreve o que julga aplicar-se ao seu(sua) familiar.

<i>As razões que eu considero para o comportamento do(a) meu(minha) familiar são:</i>	Discordo totalmente 1	Discordo 2	Concordo pouco 3	Concordo 4	Concordo totalmente 5
1. Expressar emoções intensas (ex. raiva, sofrimento, ódio de si mesmo).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Dificuldades nas relações.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Problemas familiares (ex. separação dos pais).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Consequência de abusos/ maus tratos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Problemas de saúde mental (ex. depressão, ansiedade, outros).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Questões da primeira infância (comportamento ou experiências).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. O pai e/ou mãe e/ou outro familiar também terem tido estes comportamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Problemas de saúde mental na família.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Influência de amigos e colegas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Influência da internet e meios de comunicação social.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Efeitos da fase da adolescência e das "hormonas".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ter sido vítima de bullying ou cyberbullying.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Efeitos da cultura juvenil (ex. ser motivo de orgulho no grupo).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Forma de lidar com os problemas da vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Forma de pedir ajuda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Outra. Qual? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.1. Como soube da tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo do(a) seu(sua) familiar?

2.2. Quais as suas reações à tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo do(a) seu(sua) familiar, incluindo o que fez e o que disse?

2.3. A seguir encontra uma lista com reações emocionais relatadas na sequência da tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo de familiares. Por favor, leia cada um dos itens e indique a resposta que melhor descreve aquilo que sentiu/ sente.

<i>Sinto/ Senti:</i>	Não sinto de modo algum 1	Sinto um pouco 2	Sinto algo 3	Sinto 4	Sinto muito 5
1. Dor/ sofrimento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tristeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Desespero.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Desgosto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Não acreditar no que aconteceu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Angústia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Medo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Insegurança.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Preocupação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Não sinto de modo algum 1	Sinto um pouco 2	Sinto algo 3	Sinto 4	Sinto muito 5
10. Ansiedade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Frustração.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Raiva ou irritação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Zanga.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Desilusão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Choque.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Culpa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Responsabilidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Impotência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Fracasso ou sentimento de falha.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Aceitação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Resignação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Vergonha.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Perturbação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Medo que o(a) meu(minha) familiar volte a repetir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Medo que o(a) meu(minha) familiar morra por suicídio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Zanga dirigida ao seu (sua) familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Zanga dirigida a outros elementos da família.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Zanga dirigida aos serviços de saúde ou outros serviços.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Aflição.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. A enlouquecer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Sob pressão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Colocar em causa as minhas competências familiares (ex. enquanto irmão(ã) ou companheiro(a) ou tio(a)).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Ficar em alerta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Não conseguir dormir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Desorientação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Choro fácil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Medo do estigma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outro. Qual? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.4. A seguir encontra uma lista de afirmações relativas à **comunicação** na família na sequência da tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo de familiares. Por favor, leia cada um dos itens e indique a resposta que melhor descreve a sua situação.

Não se aplica	Discordo totalmente 1	Discordo 2	Concordo pouco 3	Concordo 4	Concordo totalmente 5
1.É difícil abordar o assunto com o(a) meu(minha) familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.Falei com o(a) meu(minha) familiar sobre os seus sentimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.Eu e o(a) meu(minha) familiar conversámos abertamente sobre a tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.Tentei manter segredo para a maioria das pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.Conversei com o(a) meu (minha) companheiro(a) sobre o assunto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.Conversei com os meus filhos(as)/pais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.Conversei com outros familiares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.Acho que manter o segredo pode ajudar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.Acho que o segredo/ sigilo sobre este assunto pode tornar a situação mais difícil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.Falar sobre o assunto é importante para que se entenda melhor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.O meu companheiro(a)/ marido(esposa) não é capaz de entender a situação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.Mantive o silêncio sobre o assunto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.Falei com o(a) meu(minha) familiar como se nada tivesse acontecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.Quanto mais se fala no assunto, maior a probabilidade de se repetir o comportamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. A seguir, nos três campos que se seguem encontra uma lista de afirmações relativas a eventuais áreas de vida afetadas na sequência da tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo do(a) seu(sua) familiar. Por favor, leia cada um dos itens e indique a resposta que melhor descreve a sua situação.

3.1. Avalie em que medida a tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo do(a) seu(sua) familiar **afetou ou não a sua vida** em cada uma das dimensões que se seguem:

<i>O comportamento suicidário ou autolesivo do(a) meu (minha) familiar:</i>	Não se aplica	Não afetou nada 1	Afetou um pouco 2	Afetou algo 3	Afetou 4	Afetou muito 5
1. Afetou a minha vida em geral.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Afetou a minha vida familiar.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Afetou a minha vida social.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Afetou a relação com o(a) meu(minha) companheiro(a).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Afetou a relação com o(a) meu(minha) familiar.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Afetou a relação com os meus filhos(as)/ pais.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Afetou a minha relação com familiares próximos.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Afetou as minhas relações com os colegas de trabalho/ escola.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Afetou as minhas relações com os amigos.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Afetou as relações com os meus superiores hierárquicos no trabalho.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Afetou a minha vida quotidiana.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Afetou as finanças familiares (ex. pagamento de consultas).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Afetou o(s) irmão(s).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outro. Qual? _____		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.2. Avalie em que medida a tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo do(a) seu(sua) familiar **prejudicou ou não a sua vida** em cada uma das dimensões que se seguem:

<i>O comportamento suicidário ou autolesivo do(a) meu(minha) familiar:</i>	Não se aplica	Não prejudicou nada 1	Prejudicou um pouco 2	Prejudicou algo 3	Prejudicou 4	Prejudicou muito 5
14. Prejudicou o meu trabalho/ escola.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Prejudicou as minhas relações em geral.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Prejudicou as minhas relações familiares.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Prejudicou a minha saúde mental.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Prejudicou a minha saúde física.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outro. Qual? _____		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.3. Avalie em que medida concorda ou não com cada uma das afirmações que se seguem relativas a eventuais **alterações na sua vida** decorrentes da tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo do(a) seu(sua) familiar:

<i>O comportamento suicidário ou autolesivo do(a) meu(minha) familiar:</i>	Não se aplica	Discordo totalmente 1	Discordo 2	Concordo pouco 3	Concordo 4	Concordo totalmente 5
19. Alterou a minha rotina de sono (ex. não conseguir adormecer ou acordar a meio da noite).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Piorou a minha vida de casal.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Fortaleceu as relações familiares.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Fez com que a relação com o(a) meu(minha) familiar se tornasse mais próxima.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Fez com que a família ficasse mais unida.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Criou pressão/ mal-estar na minha relação de casal.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. A relação com o(a) meu(minha) familiar piorou.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Aumentou os níveis de ansiedade na família.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outro. Qual? _____		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.4. Existiram **mudanças** decorrentes do acontecimento da tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo do(a) seu(sua) familiar na sua **vida familiar**?

Sim Não

3.4.1. Se respondeu SIM, quais foram essas mudanças?

3.5. Existiram **mudanças** decorrentes do acontecimento da tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo do(a) seu(sua) familiar na sua **vida profissional**?

Sim Não

3.5.1. Se respondeu SIM, quais foram essas mudanças?

4. Após a tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo, o(a) seu(sua) familiar recorreu ao serviço de urgência?

Sim

Não

5. Indique se, após a tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo do(a) seu(sua) familiar: (1) **recorreu ou não** a algum dos **serviços de saúde, profissionais de saúde ou outros recursos**, para obter informação, ajuda ou suporte e (2) em que medida esses recursos a que recorreu **foram úteis ou não** para lidar com a situação.

Caso não tenha usado o serviço apresentado escolha a opção NÃO	Recorreu ou não		Utilidade				
	NÃO	SIM	Nada útil 1	Pouco útil 2	Algo útil 3	Útil 4	Muito útil 5
1. Hospital.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Centro Saúde/ Unidade saúde familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Serviço de emergência (INEM/ 112).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Serviços de urgência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Serviços de saúde mental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Psicólogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Psiquiatra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Médico de medicina geral e familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Enfermeiro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Internet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Livros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Panfletos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Linhas telefónicas de ajuda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Outro. Qual? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dificuldades

Indique em que medida tem sido **frequente ou não**, perante o(a) familiar que teve um comportamento suicidário ou autolesivo, **sentir as dificuldades** a seguir apresentadas. Apesar das respostas poderem variar em função dos dias, responda de acordo com o modo mais **geral e frequente**. Não pense demasiado no significado de cada afirmação. As respostas mais espontâneas serão as mais válidas.

<i>Dificuldades sentidas relacionadas com o comportamento suicidário ou autolesivo do(a) meu (minha) familiar</i>	Nada frequente	Pouco frequente	Algo frequente	Frequente	Muito frequente
	1	2	3	4	5
1. Sinto dificuldade em procurar ajuda dos meus familiares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sinto dificuldade em procurar ajuda de amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sinto dificuldade em procurar ajuda de profissionais de saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Não conheço recursos de ajuda – livros, internet, outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Tenho dificuldades em reconhecer sinais de alarme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Não sei avaliar o risco do(a) meu(minha) familiar voltar a repetir o comportamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Falta-me informação sobre como os pais/familiares devem lidar com estes casos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sinto medo que o(a) meu(minha) familiar volte a ter um comportamento suicidário/ autolesivo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Sinto dificuldade em aceitar o que o(a) meu(minha) familiar fez.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Tenho dificuldade em gerir a vigilância que devo ou não fazer sobre o(a) meu(minha) familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sinto falta de uma equipa/ de alguém/ de profissionais que me apoiem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Tenho dificuldade em perceber as emoções do(a) meu(minha) familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Sinto dificuldade em entender o(a) meu(minha) familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Faltam-me de orientações específicas do que devo ou não fazer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Não sei como dialogar sobre o tema com o(a) meu(minha) familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Sinto dificuldade em saber quando o(a) devo encaminhar para um profissional de saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Tenho dificuldade em garantir um ambiente seguro e protegido dos meios letais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Sinto-me desamparado(a) perante o que aconteceu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nada frequente	Pouco frequente	Algo frequente	Frequente 4	Muito frequente 5
19. Sinto dificuldades na gestão da rotina/ atividade diária.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Tenho dificuldade em envolvê-lo(a) em atividades positivas (ex. desporto).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Penso no que aconteceu quando não quero.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Sinto-me angustiado(a) com o que aconteceu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Sinto dificuldade em lidar com o(s) meu(s) outro(s) filho(s) OU com o(s) irmão(s) do(a) meu(minha) familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Tenho dificuldades económicas relacionadas com o acompanhamento médico/psicológico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.1. Baseado na sua experiência de familiar de alguém que efetuou uma tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo tem alguma mensagem/sugestão para os serviços/ profissionais de saúde?
6.2. Baseado na sua experiência de familiar de alguém que efetuou uma tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo tem alguma mensagem/ sugestão para a escola/ professores?
6.3. Baseado na sua experiência tem alguma mensagem/sugestão para outros familiares que venham a passar pela mesma experiência?
6.4. Baseado na sua experiência, acha que o seu familiar repetirá a tentativa de suicídio ou o comportamento autolesivo no decorrer dos próximos 12 meses? Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei <input type="radio"/>

7. Comentários Adicionais
Se tiver algum comentário adicional a fazer em relação à experiência da tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo do seu(sua) familiar, gostaríamos muito de o/a “ouvir”. Para isso, use a caixa que se segue.

Anexo C. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS - 21) - Versão para familiares de jovens ou jovens-adultos com CAL ou TS

EADS

Por favor, indique quanto cada afirmação se aplicou a si **na semana imediatamente após a tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo do(a) seu(sua) familiar**. Por favor, responda a todas as questões. A classificação é a seguinte:

0	1	2	3
Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1. Tive dificuldades em me acalmar.	0	1	2	3
2. Senti a minha boca seca.	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar.	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	0	1	2	3
7. Senti tremores (por ex., nas mãos).	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0	1	2	3
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitado(a).	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em me relaxar.	0	1	2	3
13. Senti-me desanimado(a) e melancólico(a).	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico.	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0	1	2	3
18. Senti que por vezes estava sensível.	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	0	1	2	3
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido.	0	1	2	3

Anexo D. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS - 21) - Versão para familiares de jovens ou jovens-adultos sem CAL ou TS

EADS

Por favor, leia cada uma das afirmações abaixo e assinale uma opção para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação. Por favor, responda a todas as questões. A classificação é a seguinte:

0	1	2	3
Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1. Tive dificuldades em me acalmar.	0	1	2	3
2. Senti a minha boca seca.	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar.	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	0	1	2	3
7. Senti tremores (por ex., nas mãos).	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0	1	2	3
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitado(a).	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em me relaxar.	0	1	2	3
13. Senti-me desanimado(a) e melancólico(a).	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico.	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0	1	2	3
18. Senti que por vezes estava sensível.	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	0	1	2	3
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido.	0	1	2	3

Anexo E. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

ESSS

De seguida, vai encontrar várias afirmações. Para cada uma delas, marque a opção que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por favor, responda a todas as questões.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.	A	B	C	D	E
2. Não saio com amigos tantas vezes quanto eu gostaria.	A	B	C	D	E
3. Os meus amigos não me procuram tantas vezes como as que eu gostaria.	A	B	C	D	E
4. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.	A	B	C	D	E
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	A	B	C	D	E
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com que possa desabafar sobre coisas íntimas.	A	B	C	D	E
7. Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam.	A	B	C	D	E
8. Gostava de participar mais em atividades de organizações (por exemplo, clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc).	A	B	C	D	E
9. Estou satisfeito(a) com a forma como me relaciono com a minha família.	A	B	C	D	E
10. Estou satisfeito(a) com a quantidade de tempo que passo com a minha família.	A	B	C	D	E
11. Estou satisfeito(a) com o que faço em conjunto com a minha família.	A	B	C	D	E
12. Estou satisfeito(a) com a quantidade de amigos que tenho.	A	B	C	D	E
13. Estou satisfeito(a) com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	A	B	C	D	E
14. Estou satisfeito(a) com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	A	B	C	D	E
15. Estou satisfeito(a) com o tipo de amigos que tenho.	A	B	C	D	E

Anexo F. *Family Attitude Scale (FAS)*

FAS

A seguir encontra alguns pensamentos e sentimentos que os membros da família podem, por vezes, ter uns sobre os outros. Por favor, assinale, com que **frequência cada afirmação é verdadeira, no momento presente, relativamente ao jovem seu familiar** que o associou a este estudo. Olhe para o primeiro item. Com que frequência, no momento, é bom ter o(a) seu(sua) familiar consigo? Por favor, responda a todas as questões. A classificação é a seguinte:

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	Alguns dias	A maior parte dos dias	Todos os dias

1. É bom tê-lo(a) à minha volta.	0	1	2	3	4
2. Ele(a) faz-me sentir esgotado(a).	0	1	2	3	4
3. Ele(a) ignora os meus conselhos.	0	1	2	3	4
4. É realmente difícil tomar conta dele(a).	0	1	2	3	4
5. Eu grito com ele(a).	0	1	2	3	4
6. Eu desejo que ele(a) não esteja aqui.	0	1	2	3	4
7. Eu sinto que ele(a) está a deixar-me louco(a).	0	1	2	3	4
8. Eu perco a paciência com ele(a).	0	1	2	3	4
9. É fácil conviver com ele(a).	0	1	2	3	4
10. Estou farto(a) de ter que cuidar dele(a).	0	1	2	3	4
11. Ele(a) causa-me problemas deliberadamente.	0	1	2	3	4
12. Gosto de estar com ele(a).	0	1	2	3	4
13. Ele(a) é de facto um fardo.	0	1	2	3	4
14. Eu discuto com ele(a).	0	1	2	3	4
15. Sinto-me muito perto dele(a).	0	1	2	3	4
16. Eu consigo lidar com ele(a).	0	1	2	3	4
17. Viver com ele(a) é demasiado para mim.	0	1	2	3	4
18. Ele(a) enfurece-me.	0	1	2	3	4
19. Eu dou por mim a dizer-lhe coisas desagradáveis ou sarcásticas.	0	1	2	3	4
20. Ele(a) aprecia o que eu faço por ele(a).	0	1	2	3	4
21. Eu sinto que está a tornar-se mais fácil viver com ele(a).	0	1	2	3	4
22. Eu queria que ele(a) me deixasse sozinho(a).	0	1	2	3	4
23. Ele(a) toma-me como garantido.	0	1	2	3	4
24. Ele(a) consegue controlar-se a si próprio.	0	1	2	3	4
25. Aproximar-se dele(a) é difícil.	0	1	2	3	4
26. Eu sinto que se está a tornar mais difícil viver com ele(a).	0	1	2	3	4
27. Eu sinto-me muito frustrado(a) com ele(a).	0	1	2	3	4
28. O que ele(a) diz faz sentido.	0	1	2	3	4
29. Eu sinto-me desiludido(a) dececionado(a) com ele(a).	0	1	2	3	4
30. Ele(a) tenta dar-se bem comigo.	0	1	2	3	4

Anexo G. Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade do Algarve está a ser desenvolvido um estudo que pretende comparar as experiências de pais e outros familiares de jovens com e sem problemas de saúde mental.

Este estudo está integrado numa investigação nacional mais ampla que pretende aumentar o conhecimento empírico sobre o impacto dos comportamentos suicidários e autolesivos nas famílias e das variáveis psicossociais que potencialmente moderam este impacto, de modo a contribuir para melhores práticas de prevenção/intervenção. Trata-se de uma investigação nacional longitudinal multicêntrica a decorrer numa parceria universitária, que inclui instituições de ensino superior do Algarve, Porto e Coimbra (FPCEUP¹, ESenfC² e DPCE UAlg³) e várias instituições hospitalares.

A sua participação neste estudo é **voluntária** e está relacionada com o facto **de ter um familiar jovem, com idade entre os 10 e os 35 anos**. Sempre que lhe forem colocadas questões acerca do seu familiar (filho(a), neto(a), sobrinho(a), primo(a), irmão(ã) ou outro) deve pensar nessa pessoa. Esse familiar pode ou não ter problemas de saúde mental, a sua participação interessa-nos sempre. No entanto, se tiver mais do que um familiar nessas condições, considere o jovem com história de comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídio.

Todos os dados recolhidos são anónimos, confidenciais e destinam-se exclusivamente a fins de investigação científica. As informações são recolhidas através do preenchimento de um questionário, com uma duração estimada entre 10 a 35/40 minutos, consoante as suas respostas.

Os resultados deste estudo poderão ser consultados na Biblioteca Central da Universidade do Algarve, bem como em publicações em revistas científicas, quando a investigação terminar. No entanto, se precisar de algum esclarecimento adicional pode contactar-nos pelo endereço a50504@ualg.pt (Tina Jardim). Relembro que a sua colaboração é extremamente importante.



Eu, _____, abaixo-assinado, (nome completo do participante) _____, que compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar e onde serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada. Facultaram-me informação sobre as instituições de saúde públicas onde poderei solicitar ajuda psicológica, caso sinta necessidade. Foi-me ainda informado que terei acesso aos resultados do estudo se assim o desejar.

Por isso, consinto participar no estudo proposto pelo investigador.

Assinatura/Rúbrica do participante:

Data:

____ / _____ / 2018

O coordenador local:

O(A) investigador(a) de contacto

(Marta Brás)

(a preencher pelo investigador que aplica os questionários)

¹ CPUP-FPCEUP – Centro de Psicologia da Universidade do Porto – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

² ESenfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

³ Departamento de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.