

Inês Oliveira Raposo

***Impacto dos comportamentos suicidários dos
jovens nos seus familiares***



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2020

Inês Oliveira Raposo (52065)

***Impacto dos comportamentos suicidários dos
jovens nos seus familiares***

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

2020

Impacto dos comportamentos suicidários dos jovens nos seus familiares

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.

Copyright © 2020, Inês Oliveira Raposo

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

Agradecimentos

Ao dar mais um passo em direção ao meu futuro, cabe-me agradecer a todos aqueles que estiveram do meu lado e aos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta dissertação.

Primeiramente, expresso o meu enorme agradecimento à professora doutora Marta Brás, que orientou esta dissertação. Obrigado pelo apoio, pela compreensão, por acreditar em mim, por partilhar comigo os seus ensinamentos, pela exigência e rigor e pela disponibilidade.

Aos meus pais, Carla e Valério, que me são tudo, todos os Obrigados são poucos. Sou grata por ter seres humanos como vocês a meu lado, por aprender o que é a vida sempre com o vosso amor. Obrigado por acreditarem sempre em mim, por apaziguarem as minhas dúvidas e inseguranças, por me compreenderem e motivarem a cada passo, por me transmitirem toda a garra e resiliência de que são exemplos. Sem vocês e o vosso amor, nada seria possível. Obrigado!

Às minhas irmãs, Joana e Leonor, que são a parte mais bonita da minha vida, que são a maior fonte de garra, motivação e força de vontade que tenho na vida, que me ajudam a erguer todos os dias. É um privilégio ver-vos crescer, poder ensinar-vos e aprender convosco. É uma honra saber que vos sirvo de exemplo e que vos transmito que, com luta, força de vontade e empenho, podem ser tudo o que sonham ser. O maior dos Obrigados não exprime a gratidão que vos tenho por acreditarem em mim, por perdoarem e compreenderem as minhas ausências e por me motivarem todos os dias.

Ao meu namorado e companheiro de vida, Alexandre, por ser um pilar todos os dias. Um Obrigado enorme, de todo o coração, por veres sempre o melhor que há em mim, por não teres qualquer dúvida de que sou capaz de tudo o que quiser, até quando eu mesma não acredito, por confiares em mim e por seres porto de abrigo nos momentos de maior ansiedade e insegurança. Sou grata por caminhar ao teu lado na vida, por ter sempre o teu apoio, carinho e compreensão. E como não poderia deixar de ser, um Obrigado imenso à nossa Vitória, companheira de quatro patas e fiel companhia em todos os momentos, por todo o amor e força que me transmite. Um enorme Obrigado também ao Lucky e ao Sushi.

A todos os meus amigos, que me apoiaram e motivaram, que acreditaram incondicionalmente em mim e quiseram sempre o meu melhor, expresso a mais profunda gratidão. Todos tão diferentes e todos tão especiais. Um grande Obrigado por me

mostrarem de que é feita a amizade e por serem amigos para todas as horas, para tristezas e alegrias.

Por fim, mas não menos importantes, a todos os participantes deste estudo, pela colaboração e pela partilha. Sem vocês, isto não seria possível!

Resumo

Os comportamentos autolesivos (CAL) e tentativas de suicídio (TS) dos jovens constituem um enorme problema de saúde pública, que afeta os jovens e as suas famílias. Porém, os estudos empíricos que avaliem a experiência das suas famílias são escassos e de natureza maioritariamente qualitativa.

A presente investigação propõe-se a avaliar o impacto dos CAL ou TS dos jovens nos seus familiares e comparar o ambiente familiar entre famílias de jovens com CAL ou TS e famílias de jovens sem CAL ou TS.

Participaram neste estudo 138 familiares: 29 de jovens com CAL ou TS e 109 de jovens sem CAL ou TS. Foram analisadas as explicações atribuídas pelos familiares aos CAL ou TS dos jovens, os efeitos nas diferentes dimensões de vida, as dificuldades sentidas, a comunicação e os recursos. Foram ainda avaliados os níveis de ansiedade, depressão e stresse, de satisfação com o suporte social e de emoção expressa em ambos os grupos de familiares

Os resultados indicam que os familiares consideram que os jovens adotam CAL ou TS como forma de expressar emoções intensas. Referem ter sentido a sua vida geral e saúde mental afetadas e ainda que os níveis de ansiedade na família aumentam devido aos CAL ou TS dos jovens. Manifestam falta de apoio dos serviços de saúde, de orientações sobre como agir e dificuldades em gerir a vigilância sobre o jovem.

As famílias de jovens com CAL ou TS apresentam maiores níveis de depressão e stresse, enquanto as famílias de jovens sem CAL ou TS apresentam níveis mais elevados de ansiedade, de satisfação com o suporte social e de emoção expressa.

Estes resultados corroboram que os CAL ou TS dos jovens causam sérias repercussões na vida dos seus familiares e reforçam a necessidade de intervenção e apoio para com estas famílias.

Palavras-chave: Comportamentos Autolesivos; Tentativas de Suicídio; Jovens; Famílias; Impacto.

Abstract

The self-injurious behaviours and suicide attempts in young people are a serious public health issue. However, the studies that evaluate the experiences of their families are few and mainly qualitative.

The present research serves to compare the family and relational environment between families of young people with or without self-injurious behaviours and suicide attempts and to analyse the impact of these young people's behaviours on their families.

This study had 138 participants: 29 relatives of young people with self-injurious behaviours and suicide attempts and 109 relatives of young people without self-injurious behaviours and suicide attempts. The aspects analysed in this study were: the explanations that the relatives gave to the young people's self-injurious behaviours and suicide attempts, the effects on different life dimensions, the difficulties, the communication and resources. The levels of anxiety, depression and stress, satisfaction with the social support and expressed emotion were compared for both groups.

The results showed that family members tend to believe that the young people's self-injurious behaviours and suicide attempts are a way to express intense emotions. Family members feel that their general lives and mental health have been affected and that the anxiety levels increased in the family. Families report lack of support from health services, lack of information and orientation and difficulties in managing the youth surveillance. Family members tend to talk about the subject with the young people and with other relatives. Families of young people with self-injurious behaviours and suicide attempts have higher levels of depression and stress. Yet, families of young people without self-injurious behaviours and suicide attempts express more anxiety, satisfaction with the social support and expressed emotion.

These results prove that young people's self-injurious behaviours and suicide attempts cause serious consequences in their families and reinforce the need for intervention and support for these families.

Keywords: Self-Injurious Behaviours; Suicide Attempts; Young people; Family; Impact.

Índice

1. INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
2.1. Comportamentos autolesivos e suicidários: conceptualização, terminologias e modelos explicativos	3
2.2. Contextualização Epidemiológica da Problemática	8
2.3. Teorias associadas ao papel das relações familiares no desenvolvimento de comportamentos autolesivos e suicidários	10
2.4. Experiência das Famílias de jovens com comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio	12
3. OBJETIVOS	21
4. METODOLOGIA	22
4.1. Participantes	22
4.2. Tipo de Estudo	22
4.3. Instrumentos	22
4.3.1. Questionário Sociodemográfico e de Antecedentes Clínicos	22
4.3.2. Family Attitude Scale (FAS)	23
4.3.3. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	23
4.3.4. Questionário de Experiência de Tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo de um Familiar (QETSALF)	24
4.3.5. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)	25
4.4. Procedimentos	26
4.4.1. Procedimento de recolha de dados	26
4.4.2. Procedimento de tratamento de dados	27
5. RESULTADOS	30
5.1. Caracterização dos participantes – Familiares de jovens com CAL ou TS ..	30

5.2. Caracterização dos jovens com CAL e TS e dos respectivos comportamentos	32
5.3. Explicações atribuídas pelos familiares aos CAL ou TS dos jovens	33
5.4. Efeitos dos CAL ou TS dos jovens nas diferentes dimensões de vida dos seus familiares	36
5.5. Dificuldades sentidas pelos familiares em sequência dos CAL ou TS dos jovens	40
5.6. Comunicação percebida no seio familiar em sequência dos CAL ou TS dos jovens	43
5.7. Recursos a que recorrem as famílias de jovens com CAL ou TS e qual a sua utilidade	46
5.8. Explicações dos familiares, Efeitos nas diferentes dimensões de vida, Dificuldades sentidas e Comunicação no seio familiar de jovens com CAL ou TS, em função de variáveis sociodemográficas e da história familiar e clínica	49
5.9. Níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse, de Satisfação com o Suporte Social e de Emoção Expressa nos familiares de jovens com CAL ou TS, em função de variáveis sociodemográficas e da história familiar e clínica	62
5.10. Relação entre as Explicações dos familiares, os Efeitos nas diferentes dimensões de vida, as Dificuldades sentidas e a Comunicação no seio familiar e os níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse, de Satisfação com o Suporte Social e de Emoção Expressa nos familiares de jovens com CAL ou TS	64
5.11. Caracterização dos participantes – Familiares de jovens sem CAL ou TS	67
5.12. Níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse, de Satisfação com o Suporte Social e de Emoção Expressa nos familiares de jovens com e sem CAL ou TS	68
6. DISCUSSÃO	71
7. CONCLUSÕES	82
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
9. ANEXOS	94

Índice de Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas dos familiares de jovens com CAL ou TS	30
Tabela 2. Características sociodemográficas dos jovens com CAL ou TS e características dos CAL ou TS.....	32
Tabela 3. Explicações atribuídas pelos familiares aos CAL ou TS dos jovens.....	34
Tabela 4. Efeitos dos CAL ou TS dos jovens nas diferentes dimensões de vida dos seus familiares	36
Tabela 5. Dificuldades sentidas pelos familiares em sequência dos CAL ou TS dos jovens	40
Tabela 6. Comunicação percebida no seio familiar em sequência dos CAL ou TS dos jovens.....	44
Tabela 7. Recursos a que recorrem os familiares de jovens com CAL ou TS	46
Tabela 8. Utilidade dos recursos a que recorrem os familiares de jovens com CAL ou TS... ..	47
Tabela 9. Explicações dos familiares, Efeitos nas diferentes dimensões de vida, Dificuldades sentidas e Comunicação no seio familiar de jovens com CAL ou TS em função do grau de parentesco (pais e outros familiares)	49
Tabela 10. Explicações dos familiares, Efeitos nas diferentes dimensões de vida, Dificuldades sentidas e Comunicação no seio familiar de jovens com CAL ou TS em função de coabitar ou não com o jovem com CAL ou TS	51
Tabela 11. Explicações dos familiares, Efeitos nas diferentes dimensões de vida, Dificuldades sentidas e Comunicação no seio familiar de jovens com CAL ou TS em função de o jovem ter ou não um diagnóstico psicopatológico.....	53
Tabela 12. Explicações dos familiares, Efeitos nas diferentes dimensões de vida, Dificuldades sentidas e Comunicação no seio familiar de jovens com CAL ou TS em função de o jovem ter ou não acompanhamento psiquiátrico	55
Tabela 13. Explicações dos familiares, Efeitos nas diferentes dimensões de vida, Dificuldades sentidas e Comunicação no seio familiar de jovens com CAL ou TS em função de o jovem ter ou não acompanhamento psicológico.....	57

Tabela 14. Explicações dos familiares, Efeitos nas diferentes dimensões de vida, Dificuldades sentidas e Comunicação no seio familiar de jovens com CAL ou TS em função de existir ou não história familiar de CAL	58
Tabela 15. Explicações dos familiares, Efeitos nas diferentes dimensões de vida, Dificuldades sentidas e Comunicação no seio familiar de jovens com CAL ou TS em função de existir ou não história familiar de TS.....	59
Tabela 16. Explicações dos familiares, Efeitos nas diferentes dimensões de vida, Dificuldades sentidas e Comunicação no seio familiar de jovens com CAL ou TS em função de existir ou não história familiar de suicídio consumado	61
Tabela 17. Níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse, de Satisfação com o Suporte Social e de Emoção Expressa dos familiares de jovens com CAL ou TS, em função da história familiar de suicídio consumado.....	63
Tabela 18. Análise das correlações entre as categorias/subcategorias e os níveis de Ansiedade Depressão e Stresse, de Satisfação com o Suporte Social e de Emoção Expressa nos familiares de jovens com CAL ou TS	64
Tabela 19. Características sociodemográficas dos familiares de jovens sem CAL ou TS.	67
Tabela 20. Níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse, de Satisfação com o Suporte Social e de Emoção Expressa nos familiares de jovens com e sem CAL ou TS.....	69

Índice de Anexos

Anexo A. Declaração de Consentimento Informado.....	95
Anexo B. Questionário de Dados Sociodemográficos	97
Anexo C. Questionário de Experiência de Tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo de um Familiar (QETSALF).....	100
Anexo D. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (versão para familiares de jovens com comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídio).....	111
Anexo E. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (versão para familiares de jovens sem comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídio).....	113
Anexo F. Escala de Satisfação com o Suporte Social	115
Anexo G. Family Attitude Scale (FAS-30)	117

1. INTRODUÇÃO

O suicídio consiste em uma das maiores questões de saúde pública da atualidade, sendo uma das principais causas de morte a nível mundial e a segunda na população entre os 15 e os 29 anos (OMS, 2014). Cerca de 800 000 pessoas morrem por suicídio anualmente (OMS, 2014;), estimando-se um suicídio consumado a cada quarenta segundos. Para cada suicídio consumado são estimadas 20 a 30 tentativas (OMS, 2014).

Contudo, o suicídio é apenas a “ponta do icebergue”, encontrando-se, muitas vezes, como antecedentes, comportamentos autolesivos (CAL) e tentativas de suicídio (TS), constituindo também estes graves problemas de saúde pública, dada a sua manifestação crescente, principalmente, entre os jovens (Silva, 2017). Dados apontam para que 10% dos adolescentes apresente CAL pelo menos uma vez na vida. Estima-se ainda que 70% dos adolescentes com CAL já cometeram pelo menos uma TS e que 77% dos adolescentes que já cometeram TS apresentam, igualmente, história de CAL. Além disso, em cerca de 40% dos suicídios consumados é identificado histórico de CAL (Cardoso, 2016).

Os comportamentos suicidários constituem uma problemática de relevo, “não só pela morbidade e mortalidade que acarretam, mas também devido ao elevado sofrimento e angústia que causam entre os entes queridos das vítimas” (Cardoso, 2016, p. 52).

Dados estatísticos afirmam que os comportamentos suicidários afetam não só a pessoa em questão, mas também uma média de seis pessoas que lhe sejam próximas, assumindo estas consequências contornos emocionais, sociais e económicos (Cais, 2011; Clark & Goldney, 2000; Ferreira, 2017; Nunes, 2013; OMS, 2002; Tavares, 2014).

Os CAL e as TS podem ter uma influência disruptiva e perturbadora no seio familiar (Cardoso, 2016), pois as dinâmicas familiares podem sofrer mudanças abruptas. Além disso, o estigma em torno do assunto dificulta na procura de ajuda.

Deste modo, o impacto destes comportamentos no seio familiar constitui-se como um tema de extrema importância epidemiológica e com um impacto social e psicológico imensurável (Cardoso, 2016; Ferreira, 2017; Santos & Faro, 2018; Tavares, 2014). Trata-se de um tema delicado, que despertou o interesse da comunidade científica e o desenvolvimento de investigações que procuram estudar os comportamentos suicidários e o impacto que exercem sobre a vida dos indivíduos e das suas famílias.

Face ao exposto, a presente investigação pretende contribuir para uma melhor compreensão da problemática, com foco nas famílias que sofrem este tipo de experiência

traumática, nomeadamente a nível das explicações atribuídas ao acontecimento, dos efeitos nas diferentes dimensões de vida, das principais dificuldades, da comunicação no seio familiar, dos recursos a que as famílias recorrem, da sintomatologia ansiosa, depressiva e de stresse, da satisfação com o suporte social e da emoção expressa.

Este trabalho obedece à seguinte estrutura: enquadramento teórico, objetivos, metodologia, resultados, discussão e conclusões.

O enquadramento teórico tem como principal propósito contextualizar a problemática em questão, bem como sintetizar a literatura já existente sobre o tema. Constitui-se pela definição de conceitos e terminologias, apresentação de teorias que se enquadrem na problemática, contextualização epidemiológica e apresentação de estudos empíricos já existentes.

Seguem-se os objetivos gerais e específicos da investigação e a metodologia, onde se explana o tipo de estudo, os participantes, os instrumentos utilizados e o procedimento de recolha e tratamento de dados. Por fim, são apresentados os resultados da investigação, a sua discussão e as principais conclusões. Serão, nesse âmbito, abordadas também as limitações e dificuldades da investigação, bem como as suas potencialidades e sugestões para pesquisa futura.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Comportamentos autolesivos e suicidários: conceptualização, terminologias e modelos explicativos

A palavra suicídio deriva do latim *sui* (si mesmo) e *caedes* (ação de matar), isto é, a morte de si mesmo. Contudo, a definição de suicídio é inerentemente mais complexa do que “matar-se a si próprio” (Cardoso, 2016). Remete-nos para uma morte que o indivíduo infligiu a si mesmo, em consequência de uma ou várias situações de enorme sofrimento, por considerar que já só pondo término à sua vida irá conseguir acabar com o drama psíquico e com a dor psicológica intoleráveis.

Contudo, os comportamentos suicidários constituem um fenómeno complexo e multifacetado, que resulta da interação de fatores de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social (Mendonça, 2015), associado ao contexto não só individual, como ao familiar e outros que sejam significativos na vida do indivíduo (Cruz, Narciso, Pereira, & Sampaio, 2014), e não se limitam ao suicídio, pelo contrário, abrangem um alargado espectro de comportamentos, dado que existem múltiplas formas através das quais um indivíduo consegue causar lesões a si próprio, quer físicas, quer psicológicas e com diferentes intenções.

O comportamento suicidário abrange todo e qualquer ato através do qual um indivíduo causa uma lesão a si próprio, independentemente do grau de intenção suicida e do conhecimento das verdadeiras razões que lhe estão subjacentes (Gonçalves, 2014).

O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013-2017), o documento de maior referência sobre a temática em Portugal, explana todos os componentes do processo suicidário.

Os **comportamentos autolesivos (CAL)**, nos quais não existe intencionalidade suicida, são comportamentos que envolvem autolesão intencional (DGS, 2013), com o objectivo de atenuar a dor emocional, substituindo-a por dor física. O recurso a comportamentos de autolesão é frequentemente encarado como uma estratégia de *coping* cujo principal propósito é a regulação emocional e a fuga a emoções e pensamentos angustiantes.

Importa referir que o conceito de comportamentos autolesivos substitui o termo parassuicídio (Ramôa, Soares, Castanheira, Sequeira, Fernandes, & Azenha, 2017), que

aparece frequentemente referido na literatura (Costa, 2012) e que, desta forma, diz respeito a comportamentos autodestrutivos sem intenção suicida.

A **ideação suicida** corresponde a pensamentos e cognições acerca de pôr término à própria vida, que podem ser vistos como precursores de comportamentos autolesivos (DGS, 2013), ou seja, “pode ir de pensamentos gerais sobre a morte até idealizações mais sérias sobre maneiras concretas de cometer suicídio” (Ferreira & Castela, 1999, p. 124), pois já existe intenção de morrer e uma maior evolução em termos de realização, podendo já existir planos, sendo a ideação suicida suscetível a uma evolução gradual em termos de concretização.

Pode desta forma supor-se que quanto maior a ideação suicida, em termos de intenção, planeamento, frequência e duração, maior probabilidade de uma tentativa de suicídio (Nunes, 2013).

Como atos suicidas propriamente ditos, são consideradas as **tentativas de suicídio (TS)** e o **suicídio consumado**, sendo que estes já são comportamentos em que o objetivo final é claramente o de pôr término à própria vida (DGS, 2013). O resultado de um ato suicida pode variar desde a não ocorrência de lesão até a morte.

A **tentativa de suicídio (TS)** é um ato voluntário levado a cabo por um indivíduo contra si próprio e que visa a sua morte, mas que, por razões diversas, resulta frustrado (DGS, 2013), existindo já intenção de morrer, intenção essa que distingue a TS de um CAL. Embora o CAL e a TS englobem, ambos, uma intenção consciente de fazer mal a si mesmo, a autolesão não inclui intenção de morrer.

Importa ainda mencionar que por serem comportamentos distintos, os CAL e as TS podem coocorrer, sobretudo quando o objetivo é a fuga a sentimentos angustiantes (Nunes, 2013).

Por outro lado, o que distingue a TS do suicídio consumado é o resultado, pois a fatalidade não é atingida.

O **suicídio consumado** é a morte provocada por um ato levado a cabo pelo indivíduo com intenção de pôr termo à vida, incluindo a intencionalidade de natureza psicopatológica (DGS, 2013).

Gonçalves (2014) refere que a espiral suicida tem início na ideação suicida, que funcionando como um estado preliminar de vulnerabilidade, pois pode conduzir a uma TS e, posteriormente, ao suicídio consumado.

Desta forma é possível perceber que entre os CAL e os atos suicidas existem diferenças a nível da intenção, letalidade, frequência, métodos e crenças associadas,

sendo que as TS tendem a ocorrer com menos frequência e maior letalidade que os CAL, que por sua vez se constituem como menos letais, mas mais frequentes. Não obstante, pode concluir-se que ambos são comportamentos que estão indiscutivelmente associados. Se, na “ponta do iceberg”, encontramos a preocupante prevalência dos atos suicidas entre os jovens, mais encobertos estão os CAL, com um impacto epidemiológico ainda maior (Cardoso, 2016; Silva, 2017). Pode assim pressupor-se a existência de um continuum entre os CAL e as TS.

Joiner (2005), na sua Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio, inclui uma abordagem em que tenta explicar de que forma as pessoas com CAL estão em elevado risco de seguir para atos suicidas. Para o autor, os CAL repetidos contribuem para uma maior habituação e tolerância à dor e ao medo, fazendo com que o indivíduo se torne cada vez mais capaz de experimentar atos ainda mais dolorosos e perigosos, ou seja, a capacidade para tentar o suicídio advém de experiências anteriores, de exposição ao medo, ao perigo e à dor (Van Orden, Witte, Cukrowicz, Braithwaite, Selby, & Joiner, 2010). À luz desta teoria, os CAL proporcionam ao indivíduo a habituação e tolerância à dor física e emocional necessárias para que os seus atos subam de nível.

Barrocas, Hankin, Youth e Abela (2012) conduziram um estudo em amostra comunitária, através do qual foi possível perceber que os métodos de autolesão mais comuns entre os jovens são o corte da pele e o bater a si mesmos, sendo o primeiro mais frequente entre as raparigas e o segundo entre os rapazes. Foram reportadas ainda outras formas de autolesão como morder a si mesmo, puxar o próprio cabelo e atirar-se contra paredes ou objectos afiados. As áreas corporais mais afetadas são também as mais fáceis de esconder, como os pulsos, os braços, as pernas e a barriga.

Na literatura, encontram-se alguns modelos que explicam as funções assumidas pelos CAL e TS na vida dos indivíduos. De um modo geral, a teoria que tem mais evidências na literatura é a de que a autolesão reflete a necessidade de sentir uma dor física real capaz de fazer frente às dores emocionais, que causam angústia e desesperança. Neste sentido, indivíduos que recorrem à autolesão como forma de lidar com as emoções tendem a procurar uma lesão palpável e visível para que sintam as suas emoções como válidas, reais, toleráveis e justificadas (Gonçalves, 2014; Suyemoto, 1998).

Mann, Wateraux, Hass e Malone (1999), sob a ótica do modelo diátese-stresse, postularam que fatores psiquiátricos, psicológicos e biológicos agem de forma integrada com eventos de vida indutores de stresse, predispondo os indivíduos a comportamentos autodestrutivos. A diátese traduz assim um processo de vulnerabilidade e predisposição,

derivado de características genéticas, desenvolvimentais e de personalidade, para cometer o comportamento suicidário (Gonçalves, 2014; Mendonça, 2015; Rothes & Henriques, 2017; Segal, 2014), enquanto que o stresse diz respeito às situações indesejáveis e acontecimentos de vida negativos, capazes de despoletar no indivíduo emoções e sentimentos negativos, que irão trabalhar em conjunto com a diátese e servir como impulso à adoção de CAL e TS.

Nock e Prinstein (2004) desenvolveram um Modelo de Quatro Funções que postula que os CAL são fruto de processos de reforço e podem assumir funções de reforço automático ou funções de reforço social (Palma, 2018). As funções de reforço automático podem dividir-se em funções de reforço automático negativo, que se referem ao uso da autolesão como forma de aliviar ou reduzir estados afetivos negativos, e funções de reforço automático positivo, em que a autolesão é utilizada para criar estados psicológicos e/ou fisiológicos desejados, isto é, para sentir algo, mesmo que seja dor. Importa perceber que o ato de infligir dano a si mesmo é comumente associado à supressão de sentimentos, mas também pode ser utilizado para gerar sentimentos e sensações (Nunes, 2013; Palma, 2018; Xavier, 2016). Por outro lado, as funções de reforço social dos CAL servem como meio para modificar e regular o ambiente social (Nunes, 2013; Palma, 2018; Xavier, 2016). Nesse sentido, dividem-se em funções de reforço social negativas, em que o uso da autolesão procura evitar eventos sociais e de exposição, e funções de reforço social positivas, cujo objetivo é obter a atenção dos outros, ou qualquer outra coisa que deseje. Nock e Prinstein (2004) concluíram, com a sua pesquisa, que as funções de reforço automático são as mais prevalentes entre os jovens, o que corrobora a ideia de que o uso da autolesão serve, muitas vezes, o propósito da regulação emocional.

Na mesma linha de pensamento, Chapman, Gratz e Brown (2006, *cit. in* Gonçalves, 2014) propuseram o Modelo do Evitamento Experiencial, segundo o qual os CAL servem o propósito de evitar e eliminar estados emocionais adversos e desagradáveis.

Suyemoto (1998) desenvolveu, com base numa extensa revisão da literatura, uma sistematização teórica, composta por seis modelos distintos: o modelo ambiental, que preconiza que os CAL são causados e mantidos por fatores existentes no meio em que o indivíduo se insere; o modelo de regulação emocional, que conceptualiza os CAL como uma forma de expressar e externalizar emoções intensas e intoleráveis, procurando sentir controlo sobre as mesmas; o modelo anti-dissociativo, que pressupõe que os CAL representam uma forma de interromper estados de despersonalização ou dissociação, permitindo abandonar uma sensação de irrealidade e entorpecimento emocional e voltar

à realidade pela dor física que proporcionam; o modelo sexual, que postula que os CAL desempenham um papel de punição de pulsões sexuais, de controlo do desejo e maturação sexuais ou até de gratificação; o modelo anti-suicídio, que concebe os CAL como uma forma de equilíbrio entre a vontade de viver e os impulsos de morte, caracterizando a autolesão como uma estratégia de *coping* para apaziguar conflitos internos e evitar o suicídio em si; e o modelo interpessoal, que associa os CAL à tentativa de demarcação de limites do próprio self em relação aos outros, como forma de manter o sentido de identidade (Gonçalves, 2014; Suyemoto, 1998).

No que diz respeito a atos suicidas propriamente ditos, a literatura volta a enfatizar a ideia de que o principal propósito é a procura por regulação emocional (Cardoso, 2016; Mendonça, 2015; Santos & Faro, 2018; Suyemoto, 1998) e coloca-nos perante uma questão controversa: será que o indivíduo que pensa e tenta o suicídio ou se suicida efetivamente tem intenção de pôr termo à sua vida? Ou apenas ao sofrimento, achando que uma coisa é inerente à outra?

Muitas vezes, a pessoa que tenta o suicídio não quer morrer, mas sim pôr fim ao sofrimento em que se vê envolvida, que a leva a acreditar que só o deixar de existir será solução (Cardoso, 2016; Mendonça, 2015; Santos, 2006). Também a Organização Mundial de Saúde (2002) defende que, na maioria dos casos, mesmo esperando um desfecho fatal, o indivíduo que tenta o suicídio não quer efetivamente morrer, mas sim deixar de estar consciente e vulnerável à dor e ao sofrimento.

Dados epidemiológicos referem a adolescência como uma das faixas etárias em que os CAL assumem maior prevalência, por se tratar de uma fase de extrema sensibilidade e suscetível a mudanças físicas, cognitivas, emocionais, morais, familiares e sociais (Cruz, Narciso, Pereira, & Sampaio, 2014), o que faz com que haja desequilíbrio e instabilidade emocional perante as adversidades da vida, o que poderá contribuir bastante para a adoção de CAL ou TS. Este tipo de comportamentos são o meio que o indivíduo utiliza para comunicar as suas experiências de sofrimento e os seus esforços para lidar com o mesmo (Cruz, Narciso, Pereira, & Sampaio, 2014).

Os indivíduos que apresentam CAL ou TS apresentam, muitas vezes, características comuns. O humor disfórico, o sentimento de inutilidade, a desesperança, a fraca autoestima, o mal-estar subjetivo, a instabilidade emocional e a falta de estratégias de *coping* para lidar com a adversidade são exemplos dessas características.

A literatura aborda comumente questões como os fatores de risco e proteção ou as causas da emergência destes comportamentos nos jovens, de forma a que se possa apostar

numa prevenção consciente e eficaz. Não obstante, importa também estudar e perceber o impacto que estes comportamentos exercem sobre a vida não só dos indivíduos, mas também das famílias, que mudanças ocorrem nas estruturas e dinâmicas familiares, que explicações são atribuídas aos comportamentos, que efeitos se fazem sentir nas diferentes dimensões de vida, quais as principais dificuldades sentidas, como funciona a comunicação no seio familiar, quais os recursos a que recorrem, bem como o nível de apoio percebido e também quais as formas mais corretas de intervenção junto destas famílias (Nunes, 2013; Santos & Faro, 2018).

2.2. Contextualização Epidemiológica da Problemática

O suicídio é uma das principais causas de morte a nível mundial, encontrando-se entre as dez principais causas de morte, quando considerando todas as faixas etárias, e em segundo lugar, quando considerada a faixa etária dos 15 aos 29 anos (OMS, 2014). Estatisticamente, há mais mortes por suicídio do que por guerras e homicídio em conjunto (OMS, 2014; Tavares, 2014).

Estima-se que, a nível mundial, as taxas de suicídios tenham sofrido um aumento de cerca de 60% nos últimos 45 anos (Cais, 2011; Cardoso, 2016; DGS, 2013; OMS, 2006) e, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2002), a tendência é que continue a aumentar.

Existem quase um milhão de mortes por suicídio no mundo anualmente, sendo que a cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio (Ferreira, 2017; OMS, 2014) e a cada 3 segundos uma pessoa comete uma tentativa de suicídio (TS) não fatal (Ferreira, 2017).

Segundo, o INE (Instituto Nacional de Estatística), também Portugal tem registado taxas de suicídio cada vez mais altas nas últimas décadas, tendo sofrido um aumento significativo com a viragem do milénio (DGS, 2013; Gonçalves, 2014).

Todavia, quer a nível nacional, quer a nível mundial, a verdade é que os índices de suicídio são comumente subavaliados, sendo as estatísticas muito propícias à existência de lacunas. Isto, porque em muitos casos, a morte por suicídio é registada e classificada como indeterminada, morte por doença ou até morte por acidente, não sendo possível perceber se, na verdade, se tratou de um ato suicida. De facto, muitas vezes, existem dificuldades em identificar com precisão a causa da morte, mas existe ainda alguma pressão social que origina a que estes dados estejam, frequentemente, subestimados (Gonçalves, 2014; Nunes, 2013). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2014), “presume-se que os números reais sejam ainda mais elevados” (p. 3).

Dados a nível mundial remetem-nos ainda para que o suicídio consumado seja três vezes maior no sexo masculino, sendo que os homens recorrem também a métodos mais letais. Em contraste, as TS e os comportamentos autolesivos (CAL) são mais frequentes no sexo feminino (Nunes, 2013; OMS, 2002; Silva, 2017).

Embora os dados referentes a TS sejam mais difíceis de obter, dada a falta de notificação sobre as mesmas, estima-se que o número de TS supere o número de suicídios consumados em, pelo menos, 20 vezes (Cais, 2011; Cardoso, 2016; Gonçalves, 2014; OMS, 2002; Tavares, 2014). Importa mencionar ainda que, para cada TS registada oficialmente, estimam-se, pelo menos, quatro não registadas (Gonçalves, 2014) e que dos jovens com comportamentos suicidários, apenas um quarto tem contacto com os serviços de saúde (Tavares, 2014). Pesquisas apontam ainda que cerca de 4 a 8% dos adolescentes já reportaram, pelo menos, uma TS (Oliveira *et al.*, 2012, *cit. in* Silva, 2017).

Também os CAL nos jovens têm vindo a aumentar nos últimos anos, a uma escala mundial (Nunes, 2013). Dados apontam para que 10% dos adolescentes apresente CAL pelo menos uma vez na vida, sendo a incidência destes comportamentos cerca de 5 a 6 vezes maior no sexo feminino que no masculino (Jorge, Queirós, & Saraiva, 2015; Nobre-Lima, Barreira & Castilho, 2017; Nunes, 2013).

Outras pesquisas apontam prevalências de 28% (Gonçalves, Martins, Rosendo, Machado, & Silva, 2012, *cit. in* Silva, 2017) e 29,5% dos adolescentes que manifestam CAL (Barreto Carvalho, da Motta, Sousa, & Cabral, 2017).

Os CAL mais frequentes são a intoxicação medicamentosa e a automutilação por corte (DGS, 2013). Esta última está fortemente relacionada com a autopunição e o alívio da tensão mental, sendo que o indivíduo manifesta a intenção de se magoar a si mesmo na tentativa de lidar com a dor psicológica sentida, substituindo-a por uma dor física, localizável e palpável (Cardoso, 2016).

Parece existir também uma relação entre as TS e os CAL, estimando-se que cerca de 70% dos adolescentes com CAL já cometeram pelo menos uma TS e 77% dos adolescentes que já cometeram TS apresentam igualmente história de CAL. Além disso, em cerca de 40% dos suicídios consumados é identificado histórico de CAL (Cardoso, 2016).

Bennewith, Stocks, Gunnell, Peters, Evans e Sharp (2002), citado por Nunes (2013), referem ainda que 15 a 23% dos indivíduos tendem a repetir os CAL dentro de um ano após o primeiro episódio e 3 a 5% acabarão por tentar cometer suicídio dentro de 5 a 10 anos.

Em suma, face ao exposto, importa salientar que estamos perante uma realidade preocupante e sobre a qual é necessário estudar e intervir. Tendo em conta os dados apresentados, é fácil perceber que o número de famílias afetadas por CAL ou TS é incalculável e que o sofrimento destas pessoas é imensurável e marcado por sentimentos de desesperança, pelo que importa assim conhecer a amplitude do impacto destes comportamentos nestas famílias.

2.3. Teorias associadas ao papel das relações familiares no desenvolvimento de comportamentos autolesivos e suicidários

A família desempenha um papel fundamental na vida do ser humano, sendo que os laços familiares desempenham um papel de destaque no desenvolvimento da personalidade. Nesta linha de pensamento, surgem as teorias da vinculação, que embora já tenham sido estudadas por inúmeros autores, terão sempre na sua base o trabalho de Bowlby, pioneiro na temática (Silva, 2017).

A literatura refere que o ser humano possui uma motivação inata para se relacionar com os outros e estabelecer vínculos que acabam por ser internalizados pela criança e constroem grande parte do seu padrão relacional no futuro, bem como o seu funcionamento psíquico. Estas relações são potencialmente modeladoras e influentes no que toca ao desenvolvimento social e emocional da criança, sendo as figuras de vinculação vistas como fontes de segurança, proteção e confiança (Henrique, 2017; Melo & Mota, 2014), pelo que problemas no estabelecimento destas relações poderão originar padrões de comportamento anormais e dificuldades na regulação emocional (Silva, 2014).

Pais mais sensíveis ao comportamento dos seus bebés apresentam maiores habilidades na regulação do comportamento dos seus filhos nas etapas posteriores do desenvolvimento, tornando-se capazes de utilizar estratégias assertivas e de reforço adequadas e de desenvolver as competências sociais dos seus filhos, bem como diminuir a ocorrência de comportamentos inadequados (Alvarenga & Piccini, 2007).

A relação estabelecida precocemente com a família torna-se importante para que os jovens se tornem saudáveis e confiantes e adotem comportamentos que visem o bem-estar, pois “a qualidade da relação com as figuras parentais parece relacionar-se com o envolvimento nos comportamentos autolesivos (CAL)” (Silva, 2017, p. 30).

Jovens que tenham uma perceção positiva da sua relação com os seus pais manifestam menor tendência para comportamentos impulsivos, transgressão de regras, problemas de agressividade e depressão. Apresentam níveis mais elevados de autoestima,

satisfação com a vida e capacidades de adaptação e são menos vulneráveis ao stresse. Pelo contrário, quando a relação com os pais é percebida como negativa, marcada por pobreza de comunicação e falta de confiança, os jovens expressam a sua insatisfação, muitas vezes, através de comportamentos disruptivos, de delinquência e agressividade, dirigida não só aos outros, mas a si mesmos (Barreira, 2016).

Assim, supõe-se que relações familiares marcadas pela disfuncionalidade e pobreza na partilha de afetos, esteja associado a maior stresse e vulnerabilidade e, consequentemente, a maior tendência para adotar comportamentos de risco.

Apraz mencionar que, muitas vezes, há um destaque significativo da relação com a figura materna. Sendo esta vista como fonte de bem-estar, segurança emocional, conforto e proteção, uma vinculação segura contribui para o desenvolvimento da autoestima, satisfação com a vida e as relações e independência emocional. Pelo contrário, falhas percebidas nesta relação estão frequentemente associadas a atitudes disfuncionais, uso de substâncias, agressividade, depressão e suicídio (Barreira, 2016).

Patterson (1992) desenvolveu um modelo da coerção familiar, que explica os comportamentos antissociais dos jovens com base nas interações aprendidas precocemente no contexto familiar (Alvarenga & Piccini, 2007). O autor preconiza que os comportamentos coercitivos no seio familiar vão gradualmente aumentando em intensidade e amplitude, com o decorrer das interações entre os membros da família, fazendo com que os comportamentos antissociais aprendidos na infância abram portas a comportamentos disruptivos, agressivos e de risco, em fases posteriores do desenvolvimento (Pacheco & Hutz, 2009).

Com recurso às teorias da vinculação de Bowlby e da coerção familiar de Patterson, Wagner e colaboradores (2000, *cit. in* Greene-Palmer *et al.*, 2015) postularam que os CAL ou TS dos jovens constituem-se como esforços para apelar à preocupação e simpatia dos seus familiares, suprimindo conflitos.

A perspetiva sistémica vai ao encontro da mesma ideia e defende que as condutas suicidárias devem ser entendidas como formas de comunicação e não necessariamente sintomas de conflitos internos. À luz destas teorias, a autolesão tem uma natureza interativa e comunicacional dentro do seio familiar, tratando-se de uma metacomunicação, isto é, de uma comunicação sobre a comunicação da família, constituindo uma tentativa paradoxal de mudança do sistema familiar (Sampaio, 2002, *cit. in* Erse, 2018). As experiências de cada membro da família em particular, afetam o sistema familiar no seu todo. A família é concebida como um sistema coeso e integrado,

emocionalmente ligado, pelo que a mudança em uma das partes vai interferir com todas as outras, podendo os eventos mais traumáticos fazer-se sentir por várias gerações posteriores (Bouso, 2008; Martins, Rabinovich, & Silva, 2008).

Já Olsan e Gorall (2003, cit. in Cruz, Narciso, Muñoz, Pereira & Sampaio, 2013) definiram um modelo de funcionamento familiar que destaca dois conceitos principais, a coesão e a adaptabilidade. A primeira diz respeito à conexão emocional entre familiares e à capacidade de união e individuação simultâneas, a segunda refere-se ao equilíbrio entre situações de estabilidade e de mudança. Ambos os conceitos estão directamente relacionados com a capacidade de os indivíduos expressarem de forma adequada as suas emoções e gerirem as situações indutoras de stress através de estratégias de *coping* apropriadas. Cruz, Narciso, Muñoz, Pereira e Sampaio (2013) associam, deste modo, a fraca coesão e adaptabilidade aos CAL e TS, afirmando que as dificuldades na gestão destes aspectos propiciam a ideação suicida e os pensamentos autodestrutivos.

Gouveia-Pereira, Abreu e Martins (2014) fazem alusão ao mesmo modelo e afirmam haver uma correlação positiva entre a vulnerabilidade para a prática de CAL ou TS e a falta de coesão, união e flexibilidade no seio familiar.

Desta forma, é possível constatar que as famílias de jovens que manifestam CAL ou TS são frequentemente caracterizadas por uma estrutura disfuncional, relações simbióticas, conflitos intrafamiliares, fortes dificuldades ao nível da comunicação, fraca capacidade de gestão emocional, redes de apoio insuficientes, dificuldades na resolução de problemas, falta de privacidade, intolerância à autonomia e padrões de vinculação inseguros (Erse, 2008; Greene-Palmer, 2015; Nunes, 2013).

2.4. Experiência das Famílias de jovens com comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio

Os comportamentos autolesivos (CAL) e tentativas de suicídio (TS) representam um problema de saúde pública com grande importância social e epidemiológica, o qual tem sido alvo de uma preocupação crescente, suscitando interesse na comunidade científica e dando origem ao desenvolvimento de estudos sobre o tema (Ferreira, 2017; Nobre-Lima, Barreira, & Castilho, 2017; Nunes, 2013; Santos & Faro, 2018).

Esta é uma problemática que diz respeito não só os indivíduos que praticam os comportamentos autodestrutivos, mas também aos seus familiares e pessoas próximas.

Cruz, Narciso, Muñoz, Pereira e Sampaio (2013) associam os CAL ou TS dos jovens a relações familiares negativas e a dificuldades de gestão de conflitos e de comunicação.

Dados estatísticos afirmam que, em média, seis das pessoas próximas ao indivíduo que exerce CAL ou TS são afetadas pela situação, a nível emocional e socioeconómico (OMS, 2002; Cais, 2011; Ferreira, 2017; Nunes, 2013; Tavares, 2014). As consequências deste tipo de comportamento nas famílias de quem o pratica podem ser avassaladoras e dar origem a mudanças irreversíveis no seio familiar.

Rothes, Henriques e Brás (2016) realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre o modo como os pais de jovens com história de CAL e TS vivenciam essas experiências, recorrendo a quinze bases de dados internacionais, tendo sido encontrados apenas dez estudos específicos.

A literatura torna claro que os CAL e TS dos jovens afetam diretamente a saúde mental e o bem-estar dos seus pais, sendo que a experiência de apoiar e acompanhar os seus filhos nesta etapa pode ser uma experiência desgastante e traumática (Arbuthnott & Lewis, 2015), tanto a nível emocional, como a nível social (Buus, Caspersen, Hansen, Stenager, & Fleischer, 2014)

Estudos revelam que as reações iniciais são de choque e horror (Ferrey, Hughes, & Hawton, 2016), culpa e vergonha (McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007), perplexidade e confusão (Hughes *et al.*, 2015).

No que concerne aos sentimentos provocados pelos comportamentos dos seus filhos ao longo do tempo, os pais relatam maioritariamente choque (Arbuthnott & Lewis, 2015; Clark & Goldney, 2000; Ferrey, Hughes, & Hawton, 2016; Oldershaw, Richards, Simic, & Schmidt, 2008), vergonha (Arbuthnott & Lewis, 2015; Buus, Caspersen, Hansen, Stenager, & Fleischer, 2014; Clark & Goldney, 2000; McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007; Raphael, Clarke, & Kumar, 2006), culpa (Arbuthnott & Lewis, 2015; Buus, Caspersen, Hansen, Stenager, & Fleischer, 2014; Byrne *et al.*, 2008; Clark & Goldney, 2000; Daly, 2005; Hughes *et al.*, 2015; Lindgren, Aström, & Graneheim, 2010; McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007; Oldershaw, Richards, Simic, & Schmidt, 2008), medo (Buus, Caspersen, Hansen, Stenager, & Fleischer, 2014; Byrne *et al.*, 2008; Clark & Goldney, 2000; Ferrey, Hughes, & Hawton, 2016; Oldershaw, Richards, Simic, & Schmidt, 2008), raiva (Arbuthnott & Lewis, 2015; Clark & Goldney, 2000; Ferrey, Hughes, & Hawton, 2016; Raphael, Clarke, & Kumar, 2006), tristeza (Arbuthnott & Lewis, 2015; Oldershaw, Richards, Simic, & Schmidt, 2008), desilusão (Arbuthnott & Lewis, 2015; Oldershaw, Richards, Simic, & Schmidt, 2008), frustração (Arbuthnott & Lewis, 2015; Byrne *et al.*, 2008; Ferrey, Hughes, & Hawton, 2016), stresse (Arbuthnott & Lewis, 2015), ansiedade (Ferrey, Hughes, & Hawton, 2016; Raphael, Clarke, &

Kumar, 2006) e impotência (Buus, Caspersen, Hansen, Stenager, & Fleischer, 2014). São ainda relatados estados depressivos, sintomas físicos (Ferrey, Hughes, & Hawton, 2016) e perturbações de sono advindas da experiência (Ferrey, Hughes, & Hawton, 2016; Raphael, Clarke, & Kumar, 2006).

De uma forma geral, os sentimentos de culpa assumem especial destaque nas **explicações atribuídas pelos familiares** aos CAL e TS dos jovens. Os pais e familiares próximos acreditam que os comportamentos de risco do jovem são da sua responsabilidade ou de algum erro que tenham cometido ao longo do seu percurso parental (Clark & Goldney, 2000; Daly, 2005; Ferrey *et al.*, 2016; Henry-McAllister, 2011; Hughes *et al.*, 2015; Lindgren, Aström, & Graneheim, 2010; McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007; Raphael, Clarke, & Kumar, 2006).

Greene-Palmer e colaboradores (2015) referem que um terço dos pais de jovens com história de CAL ou TS sentem culpa sobre os mesmos.

Os sentimentos de culpa dos pais podem assumir várias vertentes. Os pais tendem a sentir-se culpados por crer que contribuíram para a decisão do seu filho de magoar a si mesmo, por não ter sido capazes de entender sinais de alerta e impedir o comportamento e por não conseguir assumir total controlo sobre a situação (Clark & Goldney, 2000; Raphael, Clarke & Kumar, 2006). Outros referem ainda sentir-se culpados por negligenciar outros filhos em prol do que tem história de comportamentos de risco (Buus, Caspersen, Hansen, Stenager, & Fleischer, 2014).

Maioritariamente, os pais colocam em causa as suas habilidades parentais e consideram-se culpados de que o seu filho tenha decidido magoar a si mesmo, acreditando que o comportamento se deve a algo que fizeram ou disseram de errado (Daly, 2005; Raphael, Clarke, & Kumar, 2006; McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007). Chegam mesmo a considerar que são culpados porque não foram capazes de criar um filho saudável e equilibrado (Ferrey, Hughes, & Hawton, 2016).

A literatura fala ainda em parentalidade cuidadosa e hipervigilância, sendo que pais e familiares passam a viver com medo constante, temendo que a qualquer momento, qualquer ação ou situação possa voltar a despoletar um CAL no jovem (Daly, 2005; Henry-McAllister, 2011; Hughes *et al.*, 2015; Lindgren, Aström, & Graneheim, 2010; McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007; Oldershaw, Richards, Simic, & Schmidt, 2008; Raphael, Clarke, & Kumar., 2016). Referem ainda sentir necessidade de verificar constantemente a segurança do seu filho, sendo a vigilância ainda mais intensa no período da noite (Daly, 2005).

Alguns pais comparam a situação a “andar sobre cascas de ovo” (Daly, 2005; Oldershaw, Richards, Simic, & Schmidt, 2008), referindo-se ao cuidado e vigilância que têm que prestar e ao medo de precipitar no jovem um novo CAL ou que a próxima TS seja bem sucedida, tornando-se permissivos e passando a sentir dificuldades em impor regras e limites (Arbuthnott & Lewis, 2015; Oldershaw, Richards, Simic, & Schmidt, 2008; Raphael, Clarke, & Kumar, 2016).

Alguns mostram ter noção de que o medo e receio em que vivem confere ao jovem algum poder e que este passou a ocupar uma posição central na família (Arbuthnott & Lewis, 2015; Buus, Caspersen, Hansen, Stenager, & Fleischer, 2014; Byrne *et al.*, 2008; Raphael, Clarke, & Kumar, 2016).

Muitos familiares referem também passar a viver ansiosos, procurando constantemente um significado que os ajude a desconstruir os comportamentos do jovem (Henry-McAllister, 2011; Hughes *et al.*, 2015; McDonald, O’Brien, & Jackson, 2007).

Outra conclusão significativa e relatada por grande parte dos pais e familiares de jovens com CAL ou TS é a de que se sentem sós, socialmente isolados e sem amparo (Arbuthnott & Lewis, 2015; Buus, Caspersen, Hansen, Stenager, & Fleischer, 2014; Clark & Goldney, 2000; Daly, 2005; Ferrey, Hughes, & Hawton, 2016; Henry-McAllister, 2011; Lindgren, Aström, & Graneheim, 2010; McDonald, O’Brien, & Jackson, 2007; Morgan *et al.*, 2013; Oldershaw, Richards, Simic, & Schmidt, 2008).

Os pais de jovens com comportamentos suicidários afirmam sentir-se totalmente sozinhos e sem apoio na sua luta, sensação esta que é exacerbada pelo estigma em torno da situação e pela falta de apoio e informação por parte dos serviços de saúde (Arbuthnott & Lewis, 2015; Byrne *et al.*, 2008; Daly, 2005; Raphael, Clarke, & Kumar, 2016).

A nível do seu círculo de confiança, os familiares referem não ter amigos ou outras fontes de apoio, mas que também não são capazes de falar muito sobre a situação, pois não confiam suficientemente em ninguém para desabafar sobre um tema tão delicado (Arbuthnott & Lewis, 2015; Clark & Goldney, 2000; Daly, 2005; Raphael, Clarke, & Kumar, 2016).

Os comportamentos suicidários dos jovens constituem, muitas vezes, uma ameaça à união e força familiar (Buus, Caspersen, Hansen, Stenager, & Fleischer, 2014) e as famílias sofrem mudanças abruptas nas suas dinâmicas, tornando-as disruptivas (Arbuthnott & Lewis, 2015; Buus, Caspersen, Hansen, Stenager, & Fleischer, 2014; Byrne *et al.*, 2008).

Pesquisas apontam que em alguns casos, o comportamento de risco dos filhos causa discórdia e problemas na relação entre os pais (Ferrey, Hughes, & Hawton, 2016; Raphael, Clarke, & Kumar, 2016), chegando alguns a sentir que são manipulados um contra o outro pelo próprio filho (Buus, Caspersen, Hansen, Stenager, & Fleischer, 2014).

Nas relações de fraternidade, as reações relatadas são diversas. Alguns irmãos assumem posições semelhantes às dos pais, tornando-se sensíveis e protetores e passando a ter cuidado com a forma com que lidam com o jovem, por medo de despoletar um CAL. Outros reagem com raiva, frustração e ressentimento e sentem que são negligenciados por toda a atenção ser dirigida ao jovem com comportamentos de risco (Buus, Caspersen, Hansen, Stenager, & Fleischer, 2014; Ferrey, Hughes, & Hawton, 2016). Quer nos irmãos, quer na família alargada, as relações parecem ser afetadas não só pelo comportamento do jovem, mas também pelo estigma que lhe está associado. Alguns pais sentem que os restantes familiares os julgam e culpam, manifestando-se de forma rude e hostil (Ferrey, Hughes, & Hawton, 2016).

Daly (2005) realizou uma investigação em que recolheu o relato de seis mães. Estas referiram sentir-se assoberbadas pela situação, sozinhas e isoladas dos próprios maridos e familiares e até mesmo de mães de jovens saudáveis. Uma mãe chega mesmo a referir que a sua família recusa abordar o tema, por sentir vergonha.

No mesmo estudo, mães revelaram sentir que as TS dos seus filhos são uma rejeição, pois creem que ao rejeitar a vida, os filhos estão a rejeitá-las a elas e à vida a seu lado. Sentem-se incapazes de relacionar-se com os seus filhos e guiá-los de forma saudável até à idade adulta e confessam que, em momentos de desespero, já imaginaram a vida como sendo mais fácil se aquele filho nunca tivesse nascido (Daly, 2005).

Famílias com história de CAL ou TS tendem também a apresentar níveis mais elevados de **Emoção Expressa** (Erse, 2018; Santos, 2006), ao contrário de famílias sem CAL ou TS, nas quais os níveis de Emoção Expressa assumem valores mais baixos e pouco significativos. A Emoção Expressa é um constructo que visa avaliar o **ambiente familiar** e que se refere ao modo como os pais e familiares expressam atitudes críticas, hostis ou de envolvimento emocional excessivo em relação ao jovem e aos seus comportamentos (Hooley & Parker, 2006).

Frazão e colaboradores (2014) e Santos, Saraiva e Sousa (2009, *cit. in* Erse, 2018) referem um estudo de Pollard (1996), o qual envolveu vinte famílias e permitiu encontrar uma associação entre atitudes de hostilidade e criticismo parental e as TS por parte dos adolescentes. Tarrier, Barrowclough, Andrews & Gregg (2014, *cit. in* Erse, 2018)

desenvolveram um estudo sobre a ideação suicida e os CAL em indivíduos com esquizofrenia, tendo a emoção expressa sido encontrada em 68% dos familiares, com destaque para atitudes de criticismo.

Pode assim dizer-se que a prática de comportamentos autodestrutivos aumenta o criticismo e a hostilidade por parte dos familiares (Erse, 2018).

Outro aspecto que parece sofrer fortes alterações é a **comunicação no seio familiar**, quer desde o acontecimento, quer sobre o mesmo. A comunicação é um fator crucial para a gestão emocional da crise familiar que se instala e é importante que se mantenha uma comunicação aberta, sem julgamentos e capaz de promover a compreensão e a união familiar face ao problema.

Contudo, a literatura sobre o tema evidencia que a comunicação no seio familiar de jovens com CAL ou TS, após e sobre os mesmos, se revela fraca, insuficiente e marcada por sentimentos de insegurança (Arbuthnott & Lewis, 2015; Buus, Caspersen, Hansen, Stenager, & Fleischer, 2014; Daly, 2005; Henry-McAllister, 2011; McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007; Morgan *et al.*, 2013; Oldershaw, Richards, Simic, & Schmidt, 2008; Raphael, Clarke, & Kumar, 2016).

No seio familiar de jovens com CAL ou TS, este tema torna-se, muitas vezes, tabu, e é visto como condenável ou vergonhoso, o que dificulta a partilha e expressão de emoções e, conseqüentemente, o alívio da tensão e ansiedade. Além disso, a comunicação sobre este tipo de situação é fraca, não só pelo estigma associado, mas também porque, muitas vezes, os familiares não sabem como abordar o assunto, por ser tão delicado, e sentem receio de despoletar comportamentos semelhantes (Arbuthnott & Lewis, 2015; Raphael, Clarke, & Kumar, 2016) ou de não ter capacidades para fazer com que o jovem se sinta aceite e compreendido, causando mais tensão e outros sentimentos negativos.

Outra dificuldade comumente referida entre as famílias prende-se com a falta de informação fidedigna sobre os recursos a que podem recorrer em busca de ajuda (Arbuthnott & Lewis, 2015; Hughes *et al.*, 2015).

Dos jovens que cometem CAL, o número daqueles que contam aos seus pais é muito reduzido (Arbuthnott & Lewis, 2015). Os pais queixam-se de que os filhos não lhes dão uma justificação para os seus comportamentos e procuram informações que lhes permitam obter uma explicação, com o intuito de construir uma nova perspetiva e ser capaz de assumir uma postura corajosa (Hughes *et al.*, 2015).

Estas famílias necessitam obter informação adequada não só sobre a crise que enfrentam, mas também sobre a importância de cuidar de si mesmos, de continuar a

confiar e trabalhar nas suas habilidades parentais e de redes de suporte que estejam disponíveis para os ajudar. Pesquisas indicam que algumas famílias recorrem a internet, livros, jornais e revistas (Arbuthnott & Lewis, 2015; Hughes *et al.*, 2015).

Arbuthnott e Lewis (2015) referem que a ajuda das famílias a estes jovens é mais comum após a realização dos comportamentos e está associada ao recurso a serviços de saúde. Os mesmos autores afirmam que os jovens aceitam e aderem melhor à ajuda profissional se sentirem o apoio dos seus pais.

Todavia, familiares de jovens com CAL ou TS manifestam falta de apoio por parte dos serviços de saúde e dos serviços sociais (Daly, 2005; Ferrey, Hughes, & Hawton, 2016; Morgan *et al.*, 2013; Oldershaw, Richards, Simic, & Schmidt, 2008; Raphael, Clarke, & Kumar, 2016).

Um estudo conduzido por Lindgren, Aström e Graneheim (2010) aborda a percepção que os pais têm do apoio recebido pelo sistema de saúde. Alguns pais sentem que não recebem apoio e compreensão por parte dos profissionais de saúde, outros referem sentir-se acusados pelos mesmos. Muitos afirmam ter perdido a confiança no sistema de saúde, havendo mesmo uma mãe que revelou ter ficado chocada quando soube que a sua filha, que tinha cometido uma TS, tinha partido copos de vidro do hospital, pois acreditava que hospitalizada, a sua filha estaria controlada e vigiada. Raphael, Clarke e Kumar (2006) concluíram ainda que alguns pais sentem que são excluídos, pelos profissionais de saúde, da tomada de decisões sobre os seus filhos e acusam-nos de não transmitir informação sobre o estado de saúde dos mesmos.

Saber que dos jovens com história de comportamentos suicidários, apenas um quarto tem contacto com os serviços de saúde (Tavares, 2014), é uma realidade preocupante e com um impacto psicológico, social e familiar imensurável, sobretudo sabendo que se estimam, por ano, 176 000 a 200 000 entradas no Serviço de Urgência por TS (Cardoso, 2016).

Outra consequência fortemente relatada tem a ver com as mudanças sentidas a nível profissional. Além da incapacidade que sentem para trabalhar nas primeiras semanas após o sucedido (Raphael, Clarke, & Kumar, 2006), muitos pais passam a trabalhar com horários e pagamentos reduzidos (Arbuthnott & Lewis, 2015), enquanto outros abandonaram os seus empregos para ter maior disponibilidade para os seus filhos (Daly, 2005; Ferrey, Hughes, & Hawton, 2016; McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007).

Desta forma, muitas famílias começam a ter fortes dificuldades económicas. Além dos problemas já referidos, relacionados com as mudanças no emprego, muitas famílias

passam a gastar quantias consideráveis em acompanhamento médico, psicológico e psiquiátrico e algumas têm despesas extraordinárias até com a educação, pois os seus filhos não podem frequentar o ensino regular, por causa de hospitalizações ou momentos de crise (Arbuthnott & Lewis, 2015; Ferrey, Hughes & Hawton, 2016).

A realidade é que quando um filho está doente ou em risco, os pais envolvem-se de tal forma no sofrimento dos filhos, que não atendem às suas próprias necessidades e sentem necessidade de mudar o seu estilo de vida para prestar maior suporte e vigilância (Arbuthnott & Lewis, 2015; Daly, 2005; Henry-McAllister, 2011; Oldershaw, Richards, Simic, & Schmidt, 2008).

A ocorrência deste tipo de comportamento acaba por transformar-se em uma espécie de paradoxo no seio familiar. Os CAL e TS dos jovens afetam a saúde e o bem-estar dos familiares e, conseqüentemente, a sua capacidade para lhes prestar apoio (Arbuthnott & Lewis, 2015).

Muitos familiares manifestam um enorme medo do futuro e de como vai ser a vida do jovem, por ter conhecimento das suas vulnerabilidades. Dizem ter receio de ficar otimistas e acabar por magoar-se e desiludir-se novamente (Daly, 2005; Ferrey, Hughes, & Hawton, 2016).

Em suma, este é um tema de extrema relevância e acerca do qual existem ainda poucos estudos, sendo que os que existem são sobretudo de cariz qualitativo (e.g., Ferrey, Hughes, & Hawton, 2016; Oldershaw, Richards, Simic, & Schmidt, 2008; Raphael, Clarke, & Kumar, 2006) e realizados com amostras relativamente reduzidas (e.g., Daly, 2005; Henry-McAllister, 2011; Lindgren, Aström, & Graneheim, 2010; McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007; Oldershaw, Richards, Simic, & Schmidt, 2008; Raphael, Clarke, & Kumar, 2006). Os poucos estudos realizados sugerem que esta é uma experiência altamente marcada por sentimentos de cariz negativo, chegando mesmo a ser caracterizada por um “duplo trauma” (Buus, Caspersen, Hansen, Stenager, & Fleischer, 2014), referindo-se ao trauma do CAL ou TS em si e do impacto psicossocial que este irá exercer no bem-estar da família.

A literatura sobre o tema, embora escassa, salienta a importância de compreender e conhecer o impacto que os CAL ou TS dos jovens podem exercer sobre os seus familiares e quais as conseqüências.

Posto isto, a presente investigação propõe-se a estudar o impacto dos CAL e TS dos jovens nas suas famílias, com base nos seguintes parâmetros: as explicações atribuídas pelos familiares ao acontecimento; os efeitos sentidos em diversas dimensões de vida; as

principais dificuldades; a comunicação no seio familiar, quer depois do sucedido, quer sobre o mesmo; os recursos a que as famílias recorrem em busca de ajuda; a sintomatologia ansiosa, depressiva e de stresse; a satisfação com o suporte social e a emoção expressa.

3. OBJETIVOS

O presente estudo integra uma investigação mais ampla, a nível nacional, que pretende aumentar o conhecimento empírico sobre o impacto dos comportamentos autolesivos (CAL) e tentativas de suicídio (TS) dos jovens nas suas famílias e sobre as variáveis psicossociais que potencialmente moderam este impacto. Desse modo, tornar-se-á possível contribuir para a melhoria da gestão destes comportamentos no seio familiar.

O estudo empírico desenvolvido no âmbito desta investigação apresenta, como objetivos gerais: (a) avaliar o impacto dos CAL ou TS dos jovens nos seus familiares e (b) comparar as características do ambiente familiar e relacional entre famílias de jovens com e sem CAL ou TS.

A um nível mais específico, esta investigação visa: (a) conhecer as características sociodemográficas e os antecedentes clínicos dos familiares de jovens com CAL ou TS e dos próprios jovens; (b) conhecer as explicações que os familiares de jovens com CAL ou TS atribuem a este tipo de comportamentos; (c) analisar os efeitos dos CAL ou TS dos jovens nas diferentes dimensões de vida dos seus familiares; (d) perceber as principais dificuldades que as famílias enfrentam após a ocorrência dos CAL ou TS dos jovens; (e) compreender de que forma se processa a comunicação familiar após os CAL ou TS dos jovens; (f) explorar os recursos a que as famílias recorrem após a ocorrência dos CAL ou TS dos jovens; (g) avaliar as consequências dos CAL ou TS dos jovens em função das variáveis sociodemográficas (e.g., grau de parentesco) e dos antecedentes clínicos; (h) perceber qual a relação entre as consequências dos CAL ou TS dos jovens e os níveis de ansiedade, depressão e stresse, de satisfação com o suporte social e de emoção expressa dos seus familiares; (i) conhecer as características sociodemográficas e os antecedentes clínicos dos familiares de jovens sem CAL ou TS e (j) comparar os níveis de ansiedade, depressão e stresse, de satisfação com o suporte social e de emoção expressa nas famílias de jovens com e sem CAL ou TS.

4. METODOLOGIA

4.1. Participantes

A presente investigação foi realizada com recurso a uma técnica de amostragem não-probabilística por conveniência, através da qual se obtiveram duas amostras, nomeadamente familiares de jovens com e sem CAL ou TS. No total, 138 pessoas participaram neste estudo.

A amostra de familiares de jovens com CAL ou TS teve por critério de inclusão ter um familiar jovem, com idades entre os 10 e os 35 anos, que tenha realizado pelo menos um CAL ou TS. Fizeram parte desta amostra 29 familiares, com idades compreendidas entre os 18 e os 80 anos, sendo que 55,2% foram pais do jovem e os restantes 44,8% foram outros familiares.

Na amostra de familiares de jovens sem CAL ou TS o critério era ter um familiar com idade compreendida entre os 10 e os 35 anos que nunca tenha cometido CAL ou TS. Esta amostra foi composta por 109 sujeitos, com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos.

4.2. Tipo de Estudo

A presente investigação segue um paradigma quantitativo. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e comparativo que visa explorar, organizar, analisar, comparar e interpretar as variáveis em questão, através de procedimentos de tratamento estatístico de dados, a fim de descrever as conclusões obtidas sobre o impacto sentido nas famílias de jovens que cometeram comportamentos autolesivos (CAL) ou tentativas de suicídio (TS).

4.3. Instrumentos

4.3.1. Questionário Sociodemográfico e de Antecedentes Clínicos

O questionário sociodemográfico diz respeito a um questionário cujo propósito é a recolha de informação acerca das características sociodemográficas dos indivíduos, bem como dos seus antecedentes clínicos.

4.3.2. Family Attitude Scale (FAS)

A Family Attitude Scale (FAS) (anexo G) consiste em uma escala de autorrelato, da autoria de Kavanagh *et al.*, (1997). A versão portuguesa e o estudo das suas características psicométricas são da autoria de Fernandes (2014).

É constituída por trinta questões, respondidas de acordo com uma escala de 0 [Nunca] a 4 [Todos os dias] e pretende conhecer aquilo que os familiares de jovens que tenham cometido CAL ou TS pensam e sentem em relação a isso, avaliando e medindo a Emoção Expressa. Pontuações elevadas nesta escala refletem valores elevados de raiva, sobrecarga e stresse nas famílias (Fernandes, 2014). Apraz mencionar que os itens 1, 9, 12, 15, 16, 20, 21, 24, 28 e 30 devem ser invertidos aquando do tratamento de dados.

Trata-se de um instrumento que apresenta uma consistência interna bastante satisfatória ($\alpha=0,95$) (Kavanagh *et al.*, 1997). A versão portuguesa apresenta o mesmo valor de consistência interna ($\alpha=0,95$), demonstrando ser um instrumento fiável e representativo na análise da Emoção Expressa.

Na presente investigação, a FAS apresentou uma boa consistência interna ($\alpha=0,84$).

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

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (anexo F) é um instrumento desenvolvido por Ribeiro (1999), com o objectivo de avaliar o nível de satisfação dos indivíduos relativamente ao suporte social percebido. O conceito de suporte social refere-se à existência de uma rede de pessoas e serviços sociais que manifestem a sua disponibilidade e preocupação, sendo capazes de prestar o apoio nas medidas em que este seja necessário.

A versão final da ESSS, por Ribeiro (1999) é constituída por 15 itens, os quais devem ser respondidos com base em uma escala de *Likert*, composta por 5 níveis, nomeadamente: A [Concordo totalmente] B [Concordo na maior parte], C [Não concordo, nem discordo]; D [Discordo na maior parte] e E [Discordo totalmente].

Esta escala, por sua vez, divide-se em quatro factores, que explicam 63.1% da variância total. O primeiro factor diz respeito à satisfação com os amigos ($\alpha=0,83$), corresponde a 35% da variância total e é composto por cinco itens (3, 12, 13, 14, 15). O segundo factor corresponde à satisfação com a intimidade ($\alpha=0,74$) e explica 12.1% da variância total, do qual fazem parte quatro itens (1, 4, 5 e 6). O terceiro factor é alusivo à satisfação com a família ($\alpha=0,74$), corresponde a 8.7% da variância total e é constituído

por três itens (9, 10 e 11). Por último, o quarto factor é relativo à satisfação com atividades sociais ($\alpha=0,64$), explica 7.3% da variância total e compõe-se por três itens (2, 7 e 8). Importa mencionar que os itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15 devem ser invertidos para efeitos do tratamento de dados (Ribeiro, 1999). No seu todo, a ESSS total é um instrumento com uma boa consistência interna ($\alpha=0,85$), com níveis adequados de validade e sensibilidade.

No presente estudo, a escala total apresentou uma boa consistência interna ($\alpha=0,84$). As subescalas apresentaram os seguintes valores de consistência interna: Satisfação com os amigos ($\alpha=0,80$), Satisfação com a intimidade ($\alpha=0,49$; MIC=0,19), Satisfação com a família ($\alpha=0,90$) e Satisfação com as atividades sociais ($\alpha=0,73$).

4.3.4. Questionário de Experiência de Tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo de um Familiar (QETSALF)

O Questionário da Experiência da Tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo de um Familiar (QETSALF-6) (anexo C) é um instrumento da autoria de Rothes, Henriques, Santos e Brás (2016) que procura conhecer a forma como as famílias experienciam os CAL ou TS por parte de um familiar.

O instrumento é composto por três partes que se complementam entre si. A primeira parte é relativa à caracterização sociodemográfica e familiar. A segunda diz respeito à descrição do CAL ou TS sobre a qual está a responder. Por fim, a terceira parte está relacionada com a experiência e o impacto do acontecimento em questão nos familiares, procurando conhecer as explicações atribuídas pelos familiares, as reações emocionais expressas sobre o mesmo, os efeitos nas diferentes dimensões de vida, as principais dificuldades sentidas, a qualidade da comunicação no seio familiar desde e sobre o sucedido e os recursos a que recorrem na procura de ajuda.

O QETSALF-6 visa apresentar a caracterização sociodemográfica, familiar e do comportamento suicidário com recurso a seis subescalas: (1) explicações atribuídas ao CAL ou TS; (2) reações emocionais; (3) comunicação no seio familiar; (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 sentidas pela família.

No presente estudo, utilizar-se-ão as categorias: (1) explicações atribuídas ao CAL ou TS; (3) comunicação no seio familiar; (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 sentidas pela família. Para todas as subcategorias das categorias supra, foi analisado o nível de consistência interna. Nos casos em que o alfa de Cronbach assumiu valores inferiores a 0,60, foi calculada também a média de correlação inter-item (MIC).

A categoria Explicações engloba as subcategorias: comunicar mal-estar/pedir ajuda (itens 1 e 15; $\alpha=0,56$; MIC=0,41); influência relacional e cultural (itens 2, 3, 9, 10 e 13; $\alpha=0,61$; MIC=0,21); acontecimentos de vida negativos (itens 4, 6, 12 e 14; $\alpha=0,60$; MIC=0,27); e saúde mental e desenvolvimento (itens 5, 7, 8 e 11; $\alpha=0,54$; MIC=0,24).

A categoria Comunicação compreende as seguintes subcategorias: dificuldades (itens 1 e 11; $\alpha=0,33$; MIC=0,20); comunicação aberta com o jovem (itens 2 e 3; $\alpha=0,83$); comunicação aberta com os outros (itens 5, 6, 8, 9 e 10; $\alpha=-0,1$; MIC=-0,02); e segredo e tabu/sigilo (itens 4, 7, 12, 13 e 14; $\alpha=0,64$; MIC=0,28).

A categoria Efeitos reúne as subcategorias: vida geral (itens 1, 11 e 15; $\alpha=0,73$); efeitos negativos na família (itens 2,4, 5, 6, 7, 12, 13, 16, 20, 24 e 25; $\alpha=0,84$); efeitos positivos na família (itens 21, 22 e 23; $\alpha=0,82$); vida social (itens 3 e 9; $\alpha=0,86$); vida profissional (itens 8, 10 e 14; $\alpha=0,56$; MIC=0,44); e saúde (itens 17, 18, 19 e 26; $\alpha=0,87$).

A categoria Recursos não compreende subescalas, a categoria total apresenta uma boa consistência interna ($\alpha=0,80$).

A categoria Dificuldades engloba as subcategorias: ajuda/suporte (itens 1, 2, 3, 4, 11; $\alpha=0,47$; MIC=0,23); proatividade/envolvimento na ajuda/prevenção (itens 5, 6, 7, 10, 14, 16, 17; $\alpha=0,70$); dificuldades emocionais/relacionais/comunicacionais (itens 8, 9, 12, 13, 15, 18, 22; $\alpha=0,85$) e rotina quotidiana e gestão familiar (itens 19, 20, 21, 23, 24; $\alpha=0,78$).

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

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS) (anexo E) diz respeito à versão portuguesa da Depression Anxiety Stress Scale, de Lovibond e Lovibond (1995), e a sua adaptação é da autoria de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004). Trata-se de um instrumento que procura avaliar a sintomatologia associada a estados de ansiedade, depressão e stresse.

Desta forma, a EADS é composta por um total de 21 itens e organizada em três subescalas: Depressão, Ansiedade e Stress. Cada subescala, por sua vez, inclui vários conceitos.

Os conceitos subjacentes à subescala de Depressão são: disforia, desânimo, desvalorização da vida; auto-depreciação; falta de interesse ou de envolvimento;

anedonia; e inércia. Os parâmetros da subescala de Ansiedade são: excitação do sistema autónomo; efeitos músculo-esqueléticos; ansiedade situacional; e experiências subjetivas de ansiedade. Por fim, os conceitos inerentes à subescala de Stresse são: dificuldade em relaxar; excitação nervosa; facilmente agitado/chateado; irritável/reacção exagerada; e impaciência (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004).

O resultado de cada subescala é obtido através da soma dos resultados dos sete itens que lhe corresponde. À subescala da Depressão correspondem os itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21; da subescala da Ansiedade fazem parte os itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20; e, por fim, a subescala do Stresse é composta pelos itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18.

As respostas a este instrumento devem ser dadas de acordo com uma escala de *Likert* de quatro níveis: 0 [*Não se aplicou nada a mim*], 1 [*Aplicou-se a mim algumas vezes*], 2 [*Aplicou-se a mim muitas vezes*] e 3 [*Aplicou-se a mim a maior parte das vezes*].

Trata-se de um instrumento cujos fatores explicam 50.35% da variância e que apresenta uma boa consistência interna a nível das subescalas que o compõem, isto é, depressão ($\alpha=0,85$), ansiedade ($\alpha=0,74$) e stresse ($\alpha=0,81$) (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004).

Na presente investigação, a escala total apresentou uma consistência interna muito boa ($\alpha=0,93$) e as subescalas apresentaram bons valores de consistência interna também, nomeadamente ansiedade ($\alpha=0,85$), depressão ($\alpha=0,82$) e stresse ($\alpha=0,85$).

Apraz mencionar que para efeitos da amostra de familiares de jovens com comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídio, a instrução foi modificada, passando a solicitar “*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.*” (anexo D).

4.4. Procedimentos

4.4.1. Procedimento de recolha de dados

O presente estudo está integrado no âmbito de uma investigação a nível nacional, desenvolvida em parceria universitária com a Universidade do Algarve, a Faculdade de

Psicologia da Universidade do Porto e a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, assim como de várias instituições hospitalares do país.

O procedimento de recolha realizou-se através de formato digital e em papel, através de instituições de saúde e também de contactos informais.

A população alvo dividiu-se em dois grupos: famílias de jovens com comportamentos autolesivos (CAL) ou tentativas de suicídio (TS) e famílias de jovens sem CAL ou TS. No primeiro grupo, o critério de inclusão refere-se ao facto de ter um familiar, entre os 10 e os 35 anos, com história de CAL ou TS. No segundo grupo, o critério diz respeito a ter um familiar, no mesmo intervalo de idades, sem história dos mesmos comportamentos.

Visando assegurar os procedimentos éticos de investigação, foi disponibilizado aos participantes um termo de consentimento informado, o qual explica que se trata de uma participação voluntária, anónima e confidencial e de que o participante é livre de desistir a qualquer momento, se assim o decidir.

Importa referir que a presente investigação recebeu parecer positivo da Comissão de Ética da FPCE da Universidade do Porto, do Centro Hospitalar e Universitário da Universidade de Coimbra, da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Algarve e da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD).

4.4.2. Procedimento de tratamento de dados

Procedeu-se ao tratamento dos dados com recurso a um software de tratamento de dados e análise estatística, o *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS Statistics – Versão 26), através do qual se recorreu a um conjunto de técnicas estatísticas a fim de realizar as análises necessárias às variáveis em estudo e atingir os objetivos da investigação.

Primeiramente, foi analisada a consistência interna dos instrumentos utilizados para efeitos da investigação, quer a nível total, quer a nível das suas escalas/subescalas e categorias/subcategorias. Para tal, recorreu-se ao cálculo do alfa de *Cronbach* e da Média de Correlação Inter-Item (MIC). Foi utilizada a classificação de Pestana e Gageiro (2008), segundo a qual valores inferiores a 0,60 correspondem a uma consistência interna inadmissível, entre 0,60 e 0,70 correspondem a uma consistência interna fraca, entre 0,70 e 0,80 correspondem a uma consistência interna razoável, entre 0,80 a 0,90 correspondem a uma consistência interna boa e superiores a 0,90 correspondem a uma consistência interna muito boa.

Para efeitos de facilitar a leitura e interpretação dos dados no QUETSALF-6, para fazer a análise de algumas escalas e subescalas, agruparam-se as escalas de *Likert* em três grupos de resposta. Assim, nas categorias Explicações e Comunicação, as respostas passaram a 1 [*Discordo completamente e discordo*], 2 [*Concordo pouco*] e 3 [*Concordo e concordo totalmente*]. Para a categoria Efeitos, criaram-se as respostas 1 [*Não afetou nada*], 2 [*Afetou um pouco e afetou algo*] e 3 [*Afetou e afetou muito*]. Aparentemente mencionar que os itens 19 a 26 da categoria Efeitos foram agrupados com os mesmos grupos de resposta que as categorias Explicações e Comunicação. A categoria Dificuldades passou a englobar as respostas 1 [*Nada frequente*], 2 [*Pouco frequente e algo frequente*] e 3 [*Frequente e muito frequente*].

Realizou-se uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas dos participantes, nomeadamente dos familiares de jovens com e sem CAL ou TS, dos jovens com CAL ou TS, da caracterização dos comportamentos e da história clínica e familiar. As variáveis nominais foram analisadas através de valores percentuais e frequências e as variáveis escalares com recurso aos valores da média e desvio-padrão.

Foi também realizada a análise das consequências referidas pelos familiares nas diversas categorias, em função das características sociodemográficas e da história clínica. Para tal, foram utilizados testes não-paramétricos na análise dos dados de familiares de jovens com CAL ou TS, dado o tamanho da amostra ser reduzido ($N < 30$). Desta forma, procedeu-se à análise com o teste não-paramétrico de *Mann-Whitney* para amostras independentes, alternativo ao teste paramétrico T, no intuito de verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre as médias das duas amostras e compará-las.

Importa referir que o *d* de *Cohen* foi calculado através do software Microsoft Excel 2016.

Finalmente, a fim de averiguar as relações existentes entre as escalas e entre as escalas e subescalas/subcategorias, foi utilizado o coeficiente de correlação não-paramétrico, teste de *Spearman*. Foi novamente utilizada a classificação de Pestana e Gageiro (2008), segundo a qual *r* inferior a 0,20 corresponde a uma correlação muito baixa; *r* entre 0,20 e 0,39 corresponde a uma correlação baixa; *r* entre 0,40 e 0,69 corresponde a uma correlação moderada; *r* entre 0,70 e 0,89 corresponde a uma correlação alta; e *r* entre 0,90 e 1 corresponde a uma correlação muito alta. O teste de Spearman mede a intensidade da relação entre as variáveis, pelo que pode variar entre -1 e 1, sendo que quanto mais próximo de -1 ou 1, mais forte é a relação; e mede também a direção da

relação entre as variáveis, pelo que um valor positivo indica que as variáveis variam na mesma direção e um valor negativo indica que variam em direções opostas (Pestana & Gageiro, 2008).

5. RESULTADOS

O presente capítulo destina-se à apresentação dos resultados obtidos através das análises estatísticas dos dados, tendo por base os objetivos gerais e específicos do estudo, explanados anteriormente.

Os resultados encontram-se divididos de acordo com o tipo de amostra, sendo primeiramente apresentados os dados referentes às famílias de jovens com comportamentos autolesivos (CAL) e tentativas de suicídio (TS), isto é, caracterização sociodemográfica dos familiares, dos jovens e do evento suicidário e apresentação das principais consequências sentidas, e, posteriormente, os dados relativos às famílias de jovens sem os mesmos comportamentos, nomeadamente a caracterização sociodemográfica. Por fim, comparam-se os níveis de ansiedade, depressão e stresse, de satisfação com o suporte social e de emoção expressa em ambas as amostras.

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

Participaram neste estudo 29 familiares de jovens com CAL ou TS.

Tabela 1.

Características sociodemográficas dos familiares de jovens com CAL ou TS

Características Sociodemográficas		N (%)
Género	Feminino	20 (69,0)
	Masculino	9 (31,0)
Estado civil	Casado(a)/União de fato	18 (62,1)
	Divorciado(a)/Separado(a)	3 (10,3)
	Solteiro(a)	7 (24,1)
Habilitações académicas	2º ciclo	1 (3,4)
	3º ciclo	3 (10,3)
	Ensino Secundário	1 (3,4)
	Ensino Superior	11 (37,9)
Profissão	Profissões das Forças Armadas	1 (3,4)
	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	7 (24,1)
	Técnicos e profissões de nível intermédio	3 (10,3)
	Pessoal administrativo	4 (13,8)
	Trabalhadores de serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	5 (17,2)

Características Sociodemográficas		N (%)
Situação Profissional	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	1 (3,4)
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	3 (10,3)
	Trabalhadores não-qualificados	5 (17,2)
	Empregado(a)	24 (82,8)
	Desempregado(a)	0
Distrito	Outra	5 (17,2)
	Faro	28 (96,6)
	Funchal	1 (3,4)
Grau de parentesco	Pai	6 (20,7)
	Mãe	10 (34,5)
	Tio	1 (3,4)
	Tia	2 (6,9)
	Prima	3 (10,3)
	Primo	1 (3,4)
	Avó	2 (6,9)
	Avô	2 (6,9)
	Irmã	2 (6,9)
Vive com o familiar com CAL ou TS	Sim	14 (48,3)
	Não	15 (51,7)

Nota. N=29; % - Percentagem.

Participaram neste estudo 29 familiares de jovens com CAL ou TS, 20 (69,00%) do sexo feminino e 9 (32,00%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 80 anos ($M=48,28$; $DP=15,38$).

Grande parte dos participantes têm o ensino superior ($N=11$; 37,9%), estão empregados ($N=24$; 82,8%) e são sobretudo especialistas das atividades intelectuais e científicas ($N=7$; 24,11%), trabalhadores de serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores ($N=5$; 17,2%) e trabalhadores não-qualificados ($N=5$; 17,2%).

A amostra é composta maioritariamente por participantes casados ($N=18$; 62,1%), seguindo-se os solteiros ($N=7$; 24,1%).

A maior parte dos participantes vive no distrito de Faro ($N=28$; 96,6%). Em relação a coabitar com o jovem, quinze familiares referem que não (51,7%) e catorze que sim (48,3%) e a maioria são mães ($N=10$; 34,5%), seguindo-se os pais ($N=6$; 20,7%).

5.2. Caracterização dos jovens com CAL e TS e dos respetivos comportamentos

Com base nos dados recolhidos, procedeu-se à caracterização sociodemográfica dos jovens com CAL ou TS, tendo em conta o género, o estado civil, as habilitações académicas, a profissão, a existência, ou não, de um diagnóstico psicopatológico e de acompanhamento psiquiátrico ou psicológico. São também caracterizados os comportamentos, nomeadamente se foi a primeira vez e qual o método utilizado e, por fim, apresentam-se os dados relativos à história familiar de CAL, TS ou suicídio consumado.

Tabela 2.

Características sociodemográficas dos jovens com CAL ou TS e características dos CAL ou TS.

Características Sociodemográficas		N (%)
Género	Feminino	25 (86,2)
	Masculino	4 (13,8)
Estado Civil	Casado(a)/União de fato	2 (6,9)
	Divorciado(a)/Separado(a)	2 (6,9)
	Solteiro(a)	25 (86,2)
Habilitações Académicas	2º ciclo	3 (10,3)
	3º ciclo	8 (27,6)
Profissão	Ensino Secundário	18 (62,1)
	Técnicos e profissões de nível intermédio	2 (6,9)
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	4 (13,8)
	Trabalhadores não qualificados	1 (3,4)
Diagnóstico Psicopatológico	Estudante	19 (65,5)
	Outra	3 (10,3)
Acompanhamento Psiquiátrico	Sim	13 (44,8)
	Não	16 (55,2)
Acompanhamento Psicológico	Sim	17 (58,6)
	Não	12 (41,4)
Foi a primeira vez que cometeu CAL ou TS	Sim	26 (89,7)
	Não	3 (10,3)
Método	Sim	18 (62,1)
	Não	11 (37,9)
Método	Intoxicação medicamentosa	16 (55,2)
	Tentativa de enforcamento	2 (6,9)

Características Sociodemográficas		N (%)
	Asfixia/Intoxicação por gás doméstico ou dióxido de carbono	1 (3,4)
	Cortes na pele com objeto cortante	9 (31,0)
	Não sei	1 (3,4)
História familiar de CAL	Sim	8 (27,6)
	Não	21 (72,4)
História familiar de TS	Sim	8 (27,6)
	Não	21 (72,4)
História familiar de suicídio	Sim	6 (20,1)
	Não	23 (79,3)

Nota. N=29; % - Percentagem.

Com base nas respostas dos familiares em relação aos jovens com CAL ou TS, sabe-se que são maioritariamente do sexo feminino ($N=25$; 86,2%) e têm idades compreendidas entre os 12 e os 35 anos ($M=19,34$; $DP=5,906$).

Os jovens são sobretudo solteiros ($N=25$; 86,2%), têm o ensino secundário ($N=18$; 62,1%) e estão atualmente a estudar ($N=19$; 65,6%).

Grande parte dos jovens não apresentam um diagnóstico psicopatológico ($N=16$; 55,2%), mas mantêm acompanhamento psiquiátrico ($N=17$; 58,6%) e psicológico ($N=26$; 89,7%).

Para a maioria destes jovens foi a primeira vez que ocorreram comportamentos deste tipo ($N=18$; 62,1%) e o método mais utilizado foi a intoxicação medicamentosa ($N=16$; 55,2%), seguido dos cortes na pele com objeto cortante ($N=9$; 31,0%).

No que concerne aos antecedentes familiares, a maioria não apresenta história familiar de CAL ($N=21$; 72,4%), nem de TS ($N=21$; 72,4%) ou de suicídio consumado ($N=23$; 79,3%). Deste modo, sabe-se que 27,6% das famílias reportam história familiar de CAL ou TS e 20,1% referem existir casos de suicídio consumado nas famílias.

5.3. Explicações atribuídas pelos familiares aos CAL ou TS dos jovens

Na Tabela 3 podem observar-se as explicações atribuídas pelos familiares ao facto de o jovem ter cometido CAL ou TS. As explicações encontram-se divididas em quatro subcategorias, nomeadamente: Comunicar mal-estar/pedir ajuda, Influência relacional e cultural, Acontecimentos de vida negativos e Saúde mental e desenvolvimento.

Tabela 3.

Explicações atribuídas pelos familiares aos CAL ou TS dos jovens.

Subcategorias (Alfa de Cronbach ou MIC; Média; Desvio-Padrão)	Itens	(1) Discordo completamente e (2) Discordo (N; %)	(3) Concordo pouco (N; %)	(4) Concordo e (5) Concordo totalmente (N; %)	M (DP)	Amplitude (Mín- Máx)
Comunicar mal-estar/pedir ajuda ($\alpha=0,56$; MIC=0,41; M=3,86; DP=0,73)	1. Expressar emoções intensas	0	4 (13,8)	25 (86,2)	4,28 (0,702)	3-5
	15. Forma de pedir ajuda	4 (13,8)	9 (31,0)	16 (55,1)	3,45 (1,021)	1-5
Influência relacional e cultural ($\alpha=0,61$; MIC=0,21; M=2,81; DP=0,85)	2. Dificuldades nas relações	5 (17,2)	4 (13,8)	20 (69,0)	3,72 (0,996)	2-5
	3. Problemas familiares	13 (44,8)	4 (13,8)	12 (41,4)	2,90 (1,543)	1-5
	9. Influência dos amigos e colegas	15 (51,7)	5 (17,2)	9 (31,0)	2,38 (1,399)	1-5
	10. Influência da internet e meios de comunicação social	12 (41,3)	4 (13,8)	13 (44,8)	2,79 (1,424)	1-5
Acontecimentos de vida negativos ($\alpha=0,60$; MIC=0,27; M=2,51; DP=0,82)	4. Consequências de abusos/maus tratos.	24 (82,8)	2 (6,9)	3 (10,3)	1,62 (1,115)	1-5
	6. Questões da primeira infância.	17 (58,6)	6 (20,7)	6 (20,7)	2,21 (1,373)	1-5
	12. Ter sido vítima de bullying ou cyberbullying.	14 (48,3)	5 (17,2)	10 (34,5)	2,59 (1,240)	1-4
	14. Forma de lidar com os problemas da vida.	4 (13,8)	6 (20,7)	19 (65,5)	3,62 (1,083)	1-5
Saúde mental e desenvolvimento ($\alpha=0,54$; MIC=0,24;	5. Problemas de saúde mental	7 (24,1)	5 (17,2)	17 (58,6)	3,41 (1,323)	1-5
	7. O pai e/ou mãe e/ou outro familiar também	23 (79,3)	4 (13,8)	2 (6,9)	1,62 (1,083)	1-5

Subcategorias (Alfa de Cronbach ou MIC; Média; Desvio-Padrão)	Itens	(1) Discordo completamente e (2) Discordo (N; %)	(3) Concordo pouco (N; %)	(4) Concordo e (5) Concordo totalmente (N; %)	M (DP)	Amplitude (Mín- Máx)
M=2,42; DP=0,79)	terem tido estes comportamentos					
	8. Problemas de saúde mental na família	23 (79,3)	4 (13,8)	2 (6,9)	1,76 (1,057)	1-5
	11. Efeito da fase da adolescência e das “hormonas”	10 (34,5)	7 (24,1)	12 (41,3)	2,90 (1,398)	1-5

Nota. N=29; MIC= Média de correlação inter-item (MIC, Mean-inter-item correlation); % = Percentagem; M= Média; DP= Desvio-Padrão; Mín= Mínimo; Máx= Máximo.

No que diz respeito às explicações relacionadas com o Comunicar mal-estar e pedir ajuda, a maioria dos familiares crê que os CAL ou TS dos jovens são meios de expressar emoções intensas (N=25; 86,2%) e dezasseis (55,1%) concordam que os comportamentos constituem uma forma de pedir ajuda.

Relativamente às Influências relacional e cultural, grande parte dos familiares consideram que dificuldades nas relações contribuíram para o desencadear do CAL ou TS (N=20; 69,0%). Cerca de 41,4% (N=12) consideram os problemas familiares e 44,8% (N=13) atribuem peso à influência da internet e outros meios de comunicação social. Importa realçar que a maioria não crê que sejam efeitos da cultura juvenil (N=18; 62,0%) ou influências de amigos e colegas (N=15; 51,7%).

Na subcategoria relativa aos Acontecimentos de vida negativos, destacam-se as explicações que consideram que os CAL ou TS constituem uma forma de lidar com os problemas da vida (N=19; 65,5%). Importa realçar que os familiares não tendem a associar estes comportamentos a consequências de abusos/maus tratos (N=24; 82,8%) e a questões da primeira infância (N=17; 58,6%). No que diz respeito a ter sido vítima de bullying ou cyberbullying, 48,3% (N=14) dos familiares não consideram esta ideia, enquanto 34,5% (N=10) consideram.

No que diz respeito às Explicações relacionadas com questões de Saúde mental e do desenvolvimento, grande parte dos familiares acreditam que os CAL ou TS dos jovens se devam a problemas de saúde mental (N=17; 58,6%) ou a efeitos da fase da adolescência e das hormonas (N=12; 41,3%). Apraz realçar que a maioria não acredita que os CAL ou

TS se devam ao facto de o pai ou mãe terem tido comportamentos do mesmo tipo ($N=23$; 79,3%) nem que se devam a problemas de saúde mental na família ($N=23$; 79,3%).

No que diz respeito à análise dos valores médios por categoria, a subcategoria que apresenta maior média prende-se com o Comunicar mal-estar e pedir ajuda ($M=3,86$; $DP=0,73$), com destaque para a função de expressar emoções intensas ($M=4,28$; $DP=0,702$). A categoria que apresenta menor média é Saúde Mental e Desenvolvimento ($M=2,42$; $DP=0,79$).

5.4. Efeitos dos CAL ou TS dos jovens nas diferentes dimensões de vida dos seus familiares

A Tabela 4 apresenta os efeitos que os CAL ou TS dos jovens exercem sobre várias dimensões da vida dos seus familiares, sendo estas: Vida em geral, Efeitos negativos na família, Efeitos positivos na família, Vida social, Vida profissional e Saúde.

Tabela 4.

Efeitos dos CAL ou TS dos jovens nas diferentes dimensões de 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 (Mín-Máx)
Vida em geral ($\alpha=0,73$; $M=2,37$; $DP=0,89$)	1. Afetou a minha vida em geral.*	4 (14,3)	15 (53,6)	9 (32,1)	2,96 (1,201)	1-5
	11. Afetou a minha vida quotidiana.*	8 (28,6)	15 (53,6)	5 (17,9)	2,46 (1,170)	1-5
	15. Prejudicou as minhas relações em geral.**	16 (55,2)	12 (41,4)	1 (3,4)	1,72 (0,922)	1-4
Efeitos negativos na família ($\alpha=0,84$; $M=1,95$; $DP=0,70$)	2. Afetou a minha vida familiar.*	6 (21,4)	12 (42,8)	10 (35,7)	3,04 (1,427)	1-5
	4. Afetou a relação com o (a) meu (minha) companheiro(a).*	17 (60,7)	9 (32,1)	2 (7,1)	1,64 (0,951)	1-4
	5. Afetou a relação com o (a) meu (minha) familiar.**	12 (41,4)	13 (9,4)	4 (13,8)	1,97 (1,052)	1-4

Subcategorias (<i>Alfa de 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 (Mín-Máx)
	6. Afetou a relação com os (as) meus (minhas) filhos/ pais.*	19 (67,9)	6 (21,4)	3 (10,7)	1,64 (1,062)	1-4
	7. Afetou a minha relação com familiares próximos.*	19 (67,9)	7 (25,0)	2 (7,1)	1,61 (0,994)	1-4
	12. Afetou as finanças familiares (ex. pagamento de consultas).*	12 (42,9)	11 (39,3)	5 (17,8)	2,21 (1,371)	1-5
	13. Afetou os irmãos.**	11 (37,9)	12 (41,4)	6 (20,6)	2,41 (1,376)	1-5
	16. Prejudicou as minhas relações familiares.**	16 (55,2)	12 (41,4)	1 (3,4)	1,72 (0,922)	1-5
	20. Piorou a minha vida de casal.*	23 (82,2)	3 (10,7)	2 (7,1)	1,71 (0,937)	1-4
	24. Criou pressão/mal-estar na minha relação de casal.*	20 (53,6)	6 (21,4)	2 (7,1)	1,82 (1,020)	1-4
	25. A relação com o (a) meu (minha) familiar piorou.*	22 (78,6)	5 (17,9)	1 (3,6)	1,71 (0,897)	1-4
Efeitos positivos na família ($\alpha=0,82$; $M=2,58$; $DP=0,95$)	21. Fortaleceu as relações familiares.*	15 (53,5)	8 (28,6)	5 (17,9)	2,36 (1,193)	1-5
	22. Fez com que a relação com o (a) meu (minha) familiar se tornasse mais próxima.*	14 (50,0)	7 (25,0)	7 (25,0)	2,64 (0,989)	1-4
	23. Fez com que a família ficasse mais unida.*	12 (42,9)	8 (28,6)	8 (28,6)	2,75 (1,110)	1-5
Vida social ($\alpha=0,86$; $M=1,63$; $DP=0,93$)	3. Afetou a minha vida social.*	15 (53,6)	11 (39,3)	2 (7,2)	1,86 (1,113)	1-5
	9. Afetou as minhas relações com os amigos.*	22 (78,6)	4 (14,3)	2 (7,1)	1,39 (0,875)	1-4

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 (Mín-Máx)
Vida profissional ($\alpha=0,56$; MIC=0,44; M=1,56; DP=0,62)	8. Afetou as minhas relações com os colegas de trabalho/escola.*	23 (82,1)	4 (14,3)	1 (3,6)	1,29 (0,713)	1-4
	10. Afetou as relações com os meus superiores hierárquicos no trabalho.*	23 (82,1)	5 (17,8)	0	1,25 (0,585)	1-3
	14. Prejudicou o meu trabalho/escola.**	12 (41,4)	12 (41,4)	5 (17,2)	2,00 (1,177)	1-4
Saúde ($\alpha=0,87$; M=2,52; DP=0,97)	17. Prejudicou a minha saúde mental.*	8 (28,6)	16 (57,1)	4 (14,3)	2,25 (1,110)	1-5
	18. Prejudicou a minha saúde física.*	14 (50,0)	11 (39,3)	3 (10,7)	1,86 (1,113)	1-5
	19. Alterou a minha rotina de sono.*	10 (35,7)	10 (35,7)	8 (28,6)	2,71 (1,213)	1-5
	26. Aumentou os níveis de ansiedade na família.*	5 (17,8)	11 (39,3)	12 (42,9)	3,25 (1,110)	1-5

Nota. *N=28; **N=29; MIC= Média de correlação inter-item (MIC, Mean-inter-item correlation); % = Percentagem; M= Média; DP= Desvio-Padrão; Mín= 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*).

De acordo com os dados apresentados na Tabela 4, na subcategoria Vida em geral, grande parte dos familiares consideram que os CAL ou TS dos jovens afetaram moderadamente a sua vida em geral (N=15; 53,6%) e a sua vida quotidiana (N=15; 53,6%). Já as relações em geral não parecem ser afetadas (N=16; 55,2%).

No que diz respeito aos Efeitos negativos na família, os familiares manifestam maioritariamente que os CAL ou TS dos jovens afetam a sua vida familiar (N=12; 42,8%). No entanto, não parecem ser afetadas as relações com o jovem (N=12; 41,4%), com o companheiro (N=17; 60,7%), com os filhos ou os pais (N=19; 67,9%) ou com outros familiares próximos (N=19; 67,9%). Grande parte dos familiares alegaram que os CAL ou TS dos jovens afetaram moderadamente os irmãos (N=12; 41,4%).

Uma percentagem de 39,3% ($N=11$) reportou que as finanças familiares foram moderadamente afetadas e 17,8% ($N=5$) referiu que haviam sido afetadas e muito afetadas.

Em relação aos Efeitos positivos na família, a maioria considera que os CAL ou TS não fortaleceram as relações familiares ($N=15$; 53,5%), não contribuíram para uma aproximação entre si e o jovem ($N=14$; 50,0%) e não fizeram com que a família ficasse mais unida ($N=12$; 42,9%).

Sobre a Vida social, os familiares alegam maioritariamente que os CAL ou TS do jovem não afetaram a sua vida social ($N=15$; 53,6%), nem a sua relação com os amigos ($N=22$; 78,6%).

Na Vida profissional, os familiares referem que os CAL ou TS dos jovens não afetam as suas relações com colegas de trabalho ($N=23$; 82,1%), nem com os seus superiores hierárquicos ($N=23$; 82,1%). No entanto, 41,4% ($N=12$) dos familiares referem que o seu trabalho/escola não foi prejudicado, enquanto com a mesma percentagem (41,4%), outros familiares referem que foi prejudicado.

No que concerne à Saúde, grande parte dos familiares consideram que os CAL ou TS dos jovens afetaram a sua saúde mental ($N=16$; 57,1%), mas não a sua saúde física ($N=14$; 50,0%). Uma percentagem de 35,7% ($N=10$) dos familiares refere que a sua rotina de sono não sofreu alterações. Porém, uma percentagem igual de familiares (35,7%) refere que sofreu alterações moderadas e 28,6% ($N=8$) referem que a sua rotina de sono foi afetada e muito afetada.

Por fim, a grande maioria referiu que os níveis de ansiedade da família aumentaram ($N=12$; 42,9%).

Pode assim verificar-se que os efeitos mais sentidos e com médias mais elevadas foram o aumento dos níveis de ansiedade na família ($M=3,25$; $DP=1,110$), o sentir a vida familiar afetada ($M=3,04$; $DP=1,427$) e o sentir a sua vida em geral afetada ($M=2,96$; $DP=1,201$).

Em relação aos valores médios, a subcategoria com a média mais elevada foi a dos Efeitos positivos na família ($M=2,58$; $DP=0,95$) e a subcategoria com a média mais baixa foi a da Vida profissional ($M=1,56$; $DP=0,62$).

5.5. Dificuldades sentidas pelos familiares em sequência dos CAL ou TS dos jovens

Na Tabela 5, poder-se-ão observar quais as dificuldades manifestadas pelos familiares de jovens com CAL ou TS, em consequência desses comportamentos. As dificuldades estão divididas em quatro subcategorias: Ajuda/suporte, Proatividade/envolvimento na ajuda/prevenção, Dificuldades emocionais/relacionais/comunicacionais e Rotina quotidiana e gestão familiar.

Tabela 5.
Dificuldades sentidas pelos familiares em sequência dos CAL ou TS dos jovens.

Subcategorias (Alfa de Cronbach ou MIC; Média; Desvio-Padrão)	Itens	(1) Nada frequente (N; %)	(2) Pouco frequente e (3) Algo frequente (N; %)	(4) Frequente e (5) Muito frequente (N; %)	M (DP)	Amplitu de (Mín- Máx)
Ajuda/suporte ($\alpha=0,47$; MIC=0,23; M=2,31; DP=0,64)	1. Sinto dificuldade em procurar ajuda dos meus familiares	6 (54,5)	4 (36,4)	1 (9,1)	1,64 (0,924)	1-4
	2. Sinto dificuldade em procurar ajuda de amigos	4 (36,4)	6 (54,5)	1 (9,1)	1,82 (0,87)	1-4
	3. Sinto dificuldade em procurar ajuda de profissionais de saúde	3 (27,3)	5 (45,5)	3 (27,3)	2,45 (1,214)	1-4
	4. Não conheço recursos de ajuda – livros, internet, outros	4 (36,4)	4 (36,4)	3 (27,3)	2,45 (1,440)	1-5
	11. Sinto falta de uma equipa/ de alguém/ de profissionais que me apoiem	0	7 (63,6)	4 (36,4)	3,18 (1,168)	2-5
Proatividade/envolvimento na ajuda/prevenção ($\alpha=0,70$; M=2,62; DP=0,62)	5. Tenho dificuldades em reconhecer sinais de alarme	3 (27,3)	5 (45,5)	3 (27,3)	2,64 (1,362)	1-5
	6. Não sei avaliar o risco do(a) meu(minha) familiar voltar a repetir o comportamento	2 (18,2)	5 (45,5)	4 (36,4)	2,91 (1,136)	1-4
	7. Falta-me informação sobre como os pais/ familiares devem lidar com estes casos	0	10 (90,9)	1 (9,1)	2,73 (0,64)	2-4
	10. Tenho dificuldade em gerir a vigilância	2 (18,2)	7 (63,6)	2 (18,2)	2,27 (1,009)	1-4

Subcategorias (Alfa de Cronbach ou MIC; Média; Desvio-Padrão)	Itens	(1) Nada frequente (N; %)	(2) Pouco frequente e (3) Algo frequente (N; %)	(4) Frequente e (5) Muito frequente (N; %)	M (DP)	Amplitu de (Mín- Máx)
	que devo fazer ou não sobre o(a) meu(minha) familiar					
	14. Faltam-me orientações específicas do que devo ou não fazer	0	8 (72,8)	3 (27,3)	3,00 (1,000)	2-5
	16. Sinto dificuldade em saber quando o(a) devo encaminhar para um profissional de saúde	1 (9,1)	9 (81,8)	1 (9,1)	2,45 (1,036)	1-5
	17. Tenho dificuldade em garantir um ambiente seguro e protegido de meios letais	2 (18,2)	8 (72,8)	1 (9,1)	2,00 (0,92)	1-4
Dificuldades emocionais/relacionais/comunicacionais ($\alpha=0,85$; $M=2,57$; $DP=0,72$)	8. Sinto medo que o(a) meu(minha) familiar volte a ter um comportamento suicidário/ autolesivo	0	4 (36,4)	7 (63,6)	3,64 (0,809)	2-5
	9. Sinto dificuldade em aceitar o que o(a) meu (minha) familiar fez	6 (54,5)	3 (27,3)	2 (18,2)	2,09 (1,300)	1-4
	12. Tenho dificuldades em perceber as emoções do(a) meu(minha) familiar	0	9 (81,8)	2 (18,2)	2,82 (0,751)	2-4
	13. Sinto dificuldades em entender o(a) meu(minha) familiar	2 (18,2)	8 (72,8)	1 (9,1)	2,36 (0,924)	1-4
	15. Não sei como dialogar sobre o tema com o(a) meu (minha) familiar	2 (18,2)	7 (63,7)	2 (18,2)	2,45 (1,036)	1-4
	18. Sinto-me desamparado (a) perante o que aconteceu	4 (36,4)	6 (54,6)	1 (9,1)	2,18 (1,079)	1-4

Subcategorias (Alfa de Cronbach ou MIC; Média; Desvio-Padrão)	Itens	(1) Nada frequente (N; %)	(2) Pouco frequente e (3) Algo frequente (N; %)	(4) Frequente e (5) Muito frequente (N; %)	M (DP)	Amplitu de (Mín- Máx)
	22. Sinto-me angustiado(a) com o que aconteceu	1 (9,1)	8 (72,8)	2 (18,2)	2,45 (0,934)	1-4
Rotina quotidiana e gestão familiar ($\alpha=0,78$; $M=2,11$; $DP=0,82$)	19. Sinto dificuldades na gestão da rotina/ atividade diária	5 (45,5)	5 (45,5)	1 (9,1)	1,91 (1,044)	1-4
	20. Tenho dificuldades em envolvê-lo(a) em atividades positivas (ex. desporto)	2 (18,2)	5 (45,5)	4 (36,4)	2,64 (1,206)	1-4
	21. Penso no que aconteceu quando não quero	1 (9,1)	8 (72,8)	2 (18,2)	2,55 (1,128)	1-5
	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	6 (52,5)	5 (45,5)	0	1,55 (0,688)	1-3
	24. Tenho dificuldades económicas relacionadas com o acompanhamento médico/psicológico	7 (63,6)	2 (18,2)	2 (18,2)	1,91 (1,446)	1-5

Nota. $N=11$; MIC= Média de correlação inter-item (MIC, *Mean-inter-item correlation*); % = Percentagem; M= Média; DP= Desvio-Padrão; Min= Mínimo; Máx= Máximo.

Na Tabela 5 pode observar-se que na subcategoria Ajuda/suporte, os familiares referiram maioritariamente não sentir dificuldades em procurar ajuda dos familiares ($N=6$; 54,5%), mas sim em procurar ajuda de amigos ($N=6$; 54,5%) e de profissionais de saúde ($N=5$; 45,5%). Uma percentagem de 63,6% ($N=7$) dos familiares manifestou ainda sentir falta de apoio por parte de uma equipa de profissionais.

No que se refere à Proatividade/envolvimento na ajuda/prevenção, grande parte dos familiares revelou ter dificuldade em reconhecer sinais de alarme ($N=5$; 45,5%) e não saber avaliar o risco de o jovem repetir o comportamento ($N=5$; 45,5%). A grande maioria dos familiares alega ter falta de informação sobre como lidar com a situação ($N=10$; 90,9%) e de orientações específicas sobre o que fazer ($N=8$; 72,8%) e refere ter

dificuldades em saber quando encaminhar para profissionais de saúde ($N=9$; 81,8%). Grande parte manifesta ainda dificuldades em gerir a vigilância que devem exercer sobre o jovem ($N=7$; 63,6%) e em garantir um ambiente seguro e protegido de meios letais ($N=8$; 72,8%).

Em relação às Dificuldades emocionais/relacionais/comunicacionais, grande parte dos familiares referem não saber como falar sobre o sucedido com o jovem ($N=7$; 63,6%). Alegam maioritariamente sentir-se desamparados ($N=6$; 54,6%), angustiados ($N=8$; 72,8%) e com medo de que o jovem repita o comportamento ($N=7$; 63,6%). A maioria dos familiares manifesta ainda dificuldade em aceitar o que o jovem fez ($N=6$; 54,6%), dificuldade em entender o jovem ($N=8$; 72,8%) e dificuldade em entender as emoções do jovem ($N=9$; 81,8%).

No que concerne à subcategoria da Rotina quotidiana e gestão familiar, 45,5% ($N=5$) dos familiares revelam não sentir dificuldades na gestão da rotina diária, enquanto uma percentagem igual de familiares revela sentir dificuldades nesta gestão. A maior parte dos familiares referiu ainda pensar sobre o acontecimento quando não quer ($N=8$; 72,8%) e não ter sentido dificuldades económicas decorrentes do acompanhamento médico/psicológico ($N=7$; 63,6%).

Pode concluir-se que as dificuldades mais sentidas e com médias mais elevadas foram o medo de que o jovem volte a ter um CAL ou TS ($M=3,64$; $DP=0,809$), sentir falta de uma equipa de profissionais que preste apoio ($M=3,18$; $DP=1,168$) e sentir falta de orientações específicas sobre o que deve ou não deve fazer ($M=3,00$; $DP=1,00$).

De acordo com a análise dos valores médios, a subcategoria que apresentou média mais alta foi a Proatividade/envolvimento na ajuda/prevenção ($M=2,62$; $DP=0,62$) e a subcategoria com média mais baixa foi a Rotina quotidiana e gestão familiar ($M=2,11$; $DP=0,82$).

5.6. Comunicação percebida no seio familiar em sequência dos CAL ou TS dos jovens

A Tabela 6 apresenta dados sobre a comunicação no seio familiar, desde e sobre os CAL ou TS do jovem, sob a ótica dos familiares. A comunicação encontra-se dividida em quatro subcategorias: Dificuldades, Comunicação aberta com o jovem (sobre sentimentos e sobre o evento suicidário), Comunicação aberta com os outros e Segredo e tabu/sigilo.

Tabela 6.

Comunicação percebida no seio familiar em sequência dos CAL ou TS dos jovens.

Subcategorias (Alfa de Cronbach ou MIC; Média; Desvio-Padrão)	Itens	(1) Discordo completamente e (2) Discordo (N; %)	(3) Concordo pouco (N; %)	(4) Concordo e (5) Concordo totalmente (N; %)	M (DP)	Amplitude (Min- Máx)
Dificuldades ($\alpha=0,33$; MIC=0,20; M=2,41; DP=0,97)	1. É difícil abordar o assunto com o meu (minha) familiar.	10 (34,4)	7 (24,1)	12 (41,3)	3,07 (1,361)	1-5
	11. O meu companheiro(a) não é capaz de entender a situação.	24 (82,8)	4 (13,8)	0	1,72 (1,099)	1-6
Comunicação aberta – sentimentos e evento suicidário – com o jovem ($\alpha=0,83$; M=2,14; DP=0,80)	2. Falei com o(a) meu(minha) familiar sobre os seus sentimentos.	5 (17,2)	2 (6,9)	22 (75,8)	3,90 (1,235)	1-5
	3. Eu e o(a) meu(minha) familiar conversámos abertamente sobre a tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo.	8 (27,5)	6 (20,7)	15 (51,7)	3,45 (1,378)	1-5
Comunicação aberta – sentimentos e evento suicidário – com os outros ($\alpha=-0,01$; MIC= - 0,02; M=2,71; DP=0,62)	5. Conversei com o(a) meu(minha) companheiro(a) sobre o assunto	3 (10,3)	1 (3,4)	24 (82,7)	4,14 (1,156)	1-6
	6. Conversei com os meus filhos(as)/com os meus pais.	8 (27,5)	3 (10,3)	17 (58,6)	3,34 (1,542)	1-6
	7. Conversei com outros familiares	6 (20,7)	10 (34,5)	13 (44,8)	3,28 (1,334)	1-5
	9. Acho que o segredo/sigilo sobre este assunto pode tornar a situação mais difícil	14 (48,3)	6 (20,7)	8 (27,6)	2,76 (1,527)	1-6
	10. Falar sobre o assunto é	3 (10,3)	3 (10,3)	23 (79,3)	4,07 (1,163)	1-5

Subcategorias (Alfa de Cronbach ou MIC; Média; Desvio-Padrão)	Itens	(1) Discordo completamente e (2) Discordo (N; %)	(3) Concordo pouco (N; %)	(4) Concordo e (5) Concordo totalmente (N; %)	M (DP)	Amplitude (Min- Máx)
	importante para que se entenda melhor					
Segredo e tabu/sigilo ($\alpha=0,64$; MIC=0,28; M=2,67; DP=0,46)	4. Tentei manter segredo para a maioria das pessoas	13 (44,8)	6 (20,7)	10 (34,5)	2,86 (1,329)	1-5
	8. Acho que manter o segredo pode ajudar	14 (48,3)	10 (34,5)	5 (14,3)	2,38 (1,208)	1-5
	12. Mantive o silêncio sobre o assunto	20 (69,0)	5 (17,2)	4 (13,7)	2,10 (1,145)	1-5
	13. Falei com o meu (minha) filho (a) como se nada tivesse acontecido	23 (79,3)	2 (6,9)	4 (13,7)	1,86 (1,246)	1-5
	14. Quanto mais se fala no assunto maior a probabilidade de se repetir o comportamento	21 (72,4)	4 (13,8)	3 (10,3)	2,10 (1,319)	1-6

Nota. N=29; MIC= Média de correlação inter-item (MIC, *Mean-inter-item correlation*); % = Percentagem; M= Média; DP= Desvio-Padrão; Min= Mínimo; Máx= Máximo.

Como se pode observar na Tabela 6, em relação à subcategoria Dificuldades, grande parte dos familiares concordam e concordam totalmente que é difícil abordar o assunto com o jovem (N=12; 41,3%) e, maioritariamente, não se sentem incompreendidos pelos seus companheiros (N=24; 82,8%).

No que diz respeito à Comunicação aberta com o jovem, a grande maioria relata ter falado com o jovem sobre os seus sentimentos (N=22; 75,8%) e sobre o CAL ou TS (N=15; 51,7%).

Em relação à Comunicação aberta com os outros, a maioria dos familiares referem ter falado sobre o assunto com o seu companheiro (N=24; 82,8%), com os seus filhos/pais (N=17; 58,6%) e com outros familiares (N=13; 44,8%). Importa realçar ainda que a maior

parte considera que falar sobre o assunto é importante para que se entenda melhor ($N=23$; 79,3%).

Sobre a subcategoria Segredo e tabu/sigilo, importa referir que grande parte dos familiares não tentou manter segredo ($N=13$; 44,8%) e não acredita que o segredo seja benéfico ($N=14$; 48,3%). Relatam ainda não ter mantido o silêncio sobre o assunto ($N=20$; 69,0%) e não concordar que quanto mais se fale no assunto, maior a probabilidade de que haja novo comportamento ($N=21$; 72,4%).

Os aspetos mais referidos e que apresentam as médias mais altas prendem-se com a importância de falar sobre o assunto para que se entenda melhor ($M=4,07$; $DP=1,163$), com os familiares que conversaram com os companheiros sobre o assunto ($M=4,14$; $DP=1,156$) e os familiares que falaram com o jovem sobre os seus sentimentos ($M=3,90$; $DP=1,235$) e sobre o CAL ou TS ($M=3,45$; $DP= 1,378$).

Em relação à análise dos valores médios, a subcategoria que apresenta a média mais alta é a Comunicação aberta com os outros ($M=2,71$; $DP=0,62$) e a que apresenta a média mais baixa é a Comunicação aberta com o jovem ($M=2,14$; $DP=0,80$).

5.7. Recursos a que recorrem as famílias de jovens com CAL ou TS e qual a sua utilidade

Com base nos dados recolhidos, foi possível avaliar os recursos a que recorrem as famílias de jovens com CAL ou TS e em que medida procuram os serviços de saúde (Tabela 7). Foi ainda possível perceber a utilidade que cada recurso tem para os familiares (Tabela 8).

Tabela 7.

Recursos a que recorrem os familiares de jovens com CAL ou TS.

Recursos	Sim (N; %)	Não (N; %)	Média (DP)
Hospital	25 (86,2)	4 (13,8)	0,14 (0,351)
Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar	11 (37,9)	18 (62,1)	0,62 (0,494)
Serviço de emergência (INEM)	8 (27,6)	21 (72,4)	0,72 (0,455)
Serviços de urgência	16 (55,2)	13 (44,8)	0,45 (0,506)
Serviços de saúde mental	18 (62,1)	11 (37,9)	0,38 (0,494)
Psicólogo	25 (86,2)	4 (13,8)	0,14 (0,351)
Psiquiatra*	15 (53,6)	13 (46,4)	0,46 (0,508)
Médico de medicina geral e familiar**	10 (37,0)	17 (63,0)	0,63 (0,492)

Recursos	Sim (N; %)	Não (N; %)	Média (DP)
Enfermeiro**	11 (40,7)	16 (59,3)	0,59 (0,501)
Internet	12 (41,4)	17 (58,6)	0,59 (0,501)
Livros	6 (20,7)	23 (79,3)	0,79 (0,412)
Panfletos	2 (6,9)	27 (93,1)	0,93 (0,258)
Linhas telefônicas	0	29 (100)	1 (0)

Nota. N=29; *N=28; **N=27; % = Percentagem; M= Média; DP= Desvio-Padrão; Min= Mínimo; Máx= Máximo.

A Tabela 7 evidencia os recursos a que recorreram os familiares na sequência dos CAL ou TS dos jovens.

Pode observar-se que, após o CAL ou TS do jovem, a grande maioria dos familiares recorreu ao hospital (N=25; 86,2%), aos Serviços de Urgência (N=16; 55,2%), aos Serviços de saúde mental (N=18; 62,1%), ao Psicólogo (N=25; 86,2%) e ao Psiquiatra (N=15; 53,6%). Em contrapartida, muitos referiram não ter recorrido ao Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar (N=18; 62,1%), ao Serviço de Emergência (INEM) (N=21; 72,4%), ao Médico de medicina geral e familiar (N=17; 63,0%) e ao Enfermeiro (N=16; 59,3%).

No que diz respeito a fontes de informação informais, grande parte dos familiares refere não ter recorrido à internet (N=23; 79,3%) ou a panfletos (N=27; 93,1%). Nenhum familiar recorreu a linhas telefônicas.

Tabela 8.

Utilidade dos recursos a que recorrem os familiares de jovens com CAL ou TS.

Recursos	(1) Nada útil (N; %)	(2) Pouco útil e (3) Algo útil (N; %)	(4) Útil e (5) Muito útil (N; %)	M (DP)	Amplitude (Mín-Máx)
Hospital (N=25)	1 (4)	6 (24)	18 (72,0)	4,04 (1,020)	1-5
Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar (N=11)	2 (18,2)	4 (36,4)	5 (45,5)	3 (1,483)	1-5
Serviço de emergência (INEM) (N=8)	0	1 (12,5)	7 (87,5)	4,50 (0,756)	3-5
Serviços de urgência (N=15)	1 (6,7)	3 (20)	11 (73,4)	3,87 (1,060)	1-5

Recursos	(1) Nada útil (N; %)	(2) Pouco útil e (3) Algo útil (N; %)	(4) Útil e (5) Muito útil (N; %)	M (DP)	Amplitude (Mín-Máx)
Serviços de saúde mental (N=19)	1 (5,3)	0	18 (94,7)	4,32 (1,157)	0-5
Psicólogo (N=25)	4 (16)	2 (8)	19 (76,0)	3,80 (1,443)	1-5
Psiquiatra (N=16)	1 (6,3)	1 (6,3)	14 (87,5)	4,25 (1,065)	1-5
Médico de medicina geral e familiar (N=11)	1 (9,1)	2 (18,2)	8 (72,7)	3,73 (1,104)	1-5
Enfermeiro (N=11)	0	3 (27,3)	8 (72,7)	4 (1)	2-5
Internet (N=11)	1 (9,1)	6 (54,6)	4 (36,4)	3,09 (0,944)	1-4
Livros (N=6)	0	2 (33,3)	4 (66,7)	3,67 (0,516)	3-4
Panfletos (N=2)	0	1 (50)	1 (50)	3,50 (0,707)	3-4

Na Tabela 8 pode observar-se a utilidade que os familiares atribuíram aos recursos a que recorreram após os CAL ou TS dos jovens.

Neste sentido, importa realçar que a maioria dos familiares conferiram utilidade aos recursos de saúde, nomeadamente o hospital ($N=18$; 72,0%), o Centro de Saúde ($N=5$; 45,5%), os Serviços de Emergência (INEM) ($N=7$; 87,5%), os Serviços de Urgência ($N=11$; 73,4%), o médico de medicina geral e familiar ($N=8$; 72,7%) e o enfermeiro ($N=8$; 72,7%).

A nível da saúde mental, também a maioria referiu como úteis os Serviços de Saúde Mental ($N=18$; 94,7%), o psicólogo ($N=19$; 76,0%) e o psiquiatra ($N=14$; 87,5%).

Os familiares que recorreram a vias de informação informais, referiram também como úteis a internet ($N=6$; 54,6%) e os panfletos ($N=4$; 66,7%).

5.8. Explicações dos familiares, Efeitos nas diferentes dimensões de vida, Dificuldades sentidas e Comunicação no seio familiar de jovens com CAL ou TS, em função de variáveis sociodemográficas e da história familiar e clínica

Serão aqui apresentados os resultados das subcategorias Explicações dos familiares, Efeitos nas diferentes dimensões de vida, Dificuldades sentidas e Comunicação no seio familiar de jovens com CAL ou TS em função de diversas características sociodemográficas, nomeadamente: grau de parentesco; coabitar ou não com o jovem com CAL ou TS; ter ou não um diagnóstico psicopatológico; ter ou não acompanhamento psiquiátrico; ter ou não acompanhamento psicológico; história familiar de CAL; história familiar de TS; e história familiar de suicídio.

As subcategorias supramencionadas foram também analisadas em função dos seguintes fatores: género do familiar; género do jovem; se foi a primeira vez que ocorreu CAL ou TS; e, habilitações académicas do familiar. Contudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 9.

Explicações dos familiares, Efeitos nas diferentes dimensões de vida, Dificuldades sentidas e Comunicação no seio familiar de jovens com CAL ou TS em função do grau de parentesco (pais e outros familiares).

Categorias	Subcategorias	Pais		Outros familiares		<i>d de Cohen</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Explicações	Comunicar mal-estar/pedir ajuda	3,88	0,465	3,85	0,987	0,04	99,00	0,819
	Influência relacional e cultural	2,70	0,867	2,94	0,854	-0,28	85,50	0,414
	Acontecimentos de vida negativos	2,52	0,739	2,50	0,941	0,02	100,00	0,860
	Saúde mental e desenvolvimento	2,59	0,752	2,21	0,828	0,48	77,50	0,241
Efeitos	Vida em geral	2,44	0,979	2,28	0,789	0,18	87,00	0,672
	Efeitos negativos na família	2,06	0,724	1,80	0,671	1,14	76,50	0,363
	Efeitos positivos na família	3,08	0,812	1,92	0,683	1,53	24,00	0,001
	Vida social	1,75	0,983	1,46	0,891	0,31	73,50	0,255
	Vida profissional	1,62	0,698	1,47	0,521	0,24	86,50	0,646
	Saúde	2,86	0,922	2,06	0,880	0,88	53,00	0,045
Dificuldades	Ajuda/suporte	2,28	0,540	2,33	0,776	-0,07	13,00	0,709

Categorias	Subcategorias	Pais		Outros familiares		<i>d de Cohen</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
	Proatividade/Envolvimento na ajuda/Prevenção	2,40	0,275	2,81	0,791	-0,66	12,00	0,577
	Dificuldades emocionais/ relacionais/ comunicacionais	2,43	0,662	2,69	0,820	-0,34	10,50	0,406
	Rotina quotidiana e gestão familiar	2,36	0,684	1,90	0,936	0,55	9,50	0,307
Comunicação	Dificuldades	2,30	0,908	2,50	1,095	-0,20	13,00	0,705
	Comunicação aberta – sentimentos e evento suicidário – com o jovem	1,70	0,570	2,50	0,837	-1,10	6,00	0,089
	Comunicação aberta – com os outros	2,52	0,335	2,87	0,797	-0,55	12,50	0,644
	Segredo e tabu/sigilo	2,64	0,261	2,70	0,616	-0,20	13,00	0,711

Nota. *N*(Efeitos-Pais)=16; *N*(Efeitos-Outros familiares)=12; *N*(Dificuldades e Comunicação-Pais)=5; *N*(Dificuldades e Comunicação-Outros familiares)=6; *N*(Explicações-Pais)=16; *N*(Explicações-Outros familiares)=13. *M*= Média; *DP*= Desvio-Padrão; *U*= Teste Mann-Whitney; *P*<0,05.

Podemos observar, de uma forma geral, que as médias do grupo dos pais são mais elevadas do que as médias do grupo dos outros familiares, à exceção das subcategorias: Influência relacional e cultural (Efeitos); Ajuda/suporte; Proatividade/Envolvimento na ajuda/Prevenção; Dificuldades emocionais/ relacionais/ comunicacionais (Dificuldades). Importa realçar que na categoria Comunicação, todas as subcategorias obtiveram médias mais elevadas nos outros familiares do que nos pais.

Podem observar-se diferenças estatisticamente significativas na categoria Efeitos, nomeadamente nas subcategorias Efeitos positivos na família (*U*=24,00; *p*=0,001) e Saúde (*U*=53,00; *p*=0,045). Isto significa que os pais apresentam uma maior tendência para reconhecer efeitos positivos na família (*M*=3,08; *DP*=1,02), em relação a outros familiares (*M*=1,92; *DP*=0,68), bem como para perceber efeitos a nível da saúde (*M*=2,86; *DP*=0,92), em comparação com outros familiares (*M*=2,06; *DP*=0,88).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das outras categorias.

Tabela 10.

Explicações dos familiares, Efeitos nas diferentes dimensões de vida, Dificuldades sentidas e Comunicação no seio familiar de jovens com CAL ou TS em função de coabitar ou não com o jovem com CAL ou TS.

Categorias	Subcategorias	Coabitar		Não coabitar		<i>d de Cohen</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
		com o jovem		com o jovem				
		com CAL ou TS		com CAL ou TS				
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Explicações	Comunicar mal-estar/pedir ajuda	3,82	0,464	3,90	0,930	-0,11	89,00	0,729
	Influência relacional e cultural	2,84	0,856	2,77	0,881	0,08	101,50	0,878
	Acontecimentos de vida negativos	2,46	0,479	2,55	1,062	-0,11	102,00	0,895
	Saúde mental e desenvolvimento	2,54	0,489	2,32	1,011	0,27	93,00	0,597
Efeitos	Vida em geral	2,64	0,920	2,10	0,800	0,63	64,00	0,113
	Efeitos negativos na família	2,05	0,679	1,85	0,734	0,28	81,00	0,433
	Efeitos positivos na família	2,88	0,711	2,29	1,085	0,64	57,00	0,057
	Vida social	1,64	0,989	1,61	0,924	0,03	94,00	0,841
	Vida profissional	1,57	0,514	1,55	0,735	0,03	86,50	0,582
	Saúde	2,66	1,059	2,38	0,897	0,29	86,50	0,596
Dificuldades	Ajuda/suporte	2,23	0,497	2,40	0,849	-0,25	14,00	0,852
	Proatividade/ envolvimento na ajuda/prevenção	2,38	0,233	2,91	0,843	-0,90	10,00	0,352
	Dificuldades emocionais/ relacionais/ comunicacionais	2,10	0,449	3,14	0,571	-2,05	2,00	0,016
	Rotina quotidiana e gestão familiar	1,90	0,590	2,36	1,062	-0,55	12,00	0,578
	Comunicação	Dificuldades	2,08	0,736	2,80	1,151	-0,76	9,50
Comunicação aberta – sentimentos e evento suicidário – com o jovem		2,00	0,632	2,30	1,037	-0,36	14,00	0,850

Categorias	Subcategorias	Coabitar com o jovem com CAL ou TS		Não coabitar com o jovem com CAL ou TS		<i>d de Cohen</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
	Comunicação aberta – com os outros	2,37	0,294	3,12	0,701	-1,45	3,50	0,033
	Segredo e tabu/sigilo	2,53	0,327	2,84	0,590	-0,67	10,00	0,354

Nota. *N*(Efeitos-Coabitar)=14; *N*(Efeitos-Não coabitar)=14; *N*(Dificuldades e Comunicação-Coabitar)=6; *N*(Dificuldades e Comunicação-Não coabitar)=5; *N*(Explicações-Coabitar)=14; *N*(Explicações-Não coabitar)=15. *M*= Média; *DP*= Desvio-Padrão; *U*= Teste Mann-Whitney; *p*<0,05.

De acordo com a Tabela 10, podemos verificar que nas categorias Explicações, os familiares que coabitam com o jovem com CAL ou TS manifestam médias mais elevadas nas subcategorias: Influência relacional e cultural ($M=2,84$; $DP=0,856$) e Saúde mental e desenvolvimento ($M=2,54$; $DP=0,489$). No entanto, os familiares que não coabitam com o jovem com CAL ou TS manifestam médias mais elevadas nas subcategorias: Comunicar mal-estar/Pedir ajuda ($M=3,9$; $DP=0,930$) e Acontecimentos de vida negativos ($M=2,55$; $DP=1,062$).

Na categoria Efeitos, os familiares que coabitam com o jovem com CAL ou TS manifestaram médias mais elevadas em todas as subcategorias, em comparação aos familiares que não coabitam com o jovem.

Já nas categorias Dificuldades e Comunicação, os familiares que não coabitam com o jovem com CAL ou TS manifestaram médias mais elevadas, comparativamente aos familiares que coabitam com o jovem.

Encontram-se diferenças estatisticamente significativas nas subcategorias: Efeitos positivos na família ($U=57,00$; $p=0,057$), nas Dificuldades emocionais/relacionais/comunicacionais ($U=2,00$; $p=0,016$) e na Comunicação aberta com os outros ($U=3,50$; $p=0,033$). Estes valores sugerem que os familiares que coabitam com o jovem com CAL ou TS têm maior percepção dos efeitos positivos na família ($M=2,88$; $DP=0,711$) em comparação aos familiares que não coabitam com o jovem ($M=2,29$; $DP=1,085$). Sugerem ainda que os familiares que não coabitam com o jovem manifestam maiores dificuldades emocionais, relacionais e comunicacionais ($M=3,14$; $DP=0,571$) relativamente aos familiares que coabitam ($M=2,10$; $DP=0,449$). Por fim,

supõe-se que os familiares que não coabitam com o jovem mantenham uma comunicação mais aberta com os outros ($M=3,12$; $DP=0,701$) do que os familiares que coabitam com o jovem ($M=2,37$; $DP=0,294$).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subcategorias da categoria Explicações.

Tabela 11.

Explicações dos familiares, Efeitos nas diferentes dimensões de vida, Dificuldades sentidas e Comunicação no seio familiar de jovens com CAL ou TS em função de o jovem ter ou não um diagnóstico psicopatológico.

Categorias	Subcategorias	Com		Sem		<i>d de Cohen</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
		diagnóstico psicopatológico		diagnóstico psicopatológico				
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Explicações	Comunicar mal-estar/pedir ajuda	3,96	0,828	3,78	0,657	0,24	83,50	0,348
	Influência relacional e cultural	2,91	0,661	2,73	0,998	0,21	93,00	0,627
	Acontecimentos de vida negativos	2,48	0,681	2,53	0,939	-0,06	101,00	0,895
	Saúde mental e desenvolvimento	2,48	0,657	2,38	0,913	0,12	90,00	0,536
Efeitos	Vida em geral	2,33	1,101	2,40	0,733	-0,08	86,00	0,638
	Efeitos negativos na família	2,02	0,719	1,89	0,705	0,18	83,00	0,545
	Efeitos positivos na família	2,92	0,933	2,33	0,911	0,64	67,50	0,182
	Vida social	1,79	1,097	1,50	0,816	0,31	83,00	0,510
	Vida profissional	1,69	0,784	1,46	0,469	0,37	83,50	0,546
	Saúde	2,92	0,800	2,22	1,008	0,76	49,50	0,030
Dificuldades	Ajuda/suporte	2,08	0,335	2,50	0,807	-0,65	10,50	0,402
	Proatividade/ envolvimento na ajuda/prevenção	2,46	0,433	2,76	0,760	-0,47	10,00	0,352
	Dificuldades emocionais /relacionais/ comunicacionais	2,71	0,851	2,45	0,666	0,34	14,00	0,853

Categorias	Subcategorias	Com		Sem		<i>d de Cohen</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
		diagnóstico psicopatológico	<i>M</i>	<i>DP</i>	diagnóstico psicopatológico			
	Rotina quotidiana e gestão familiar	2,20	0,906	2,03	0,833	0,20	13,50	0,781
Comunicação	Dificuldades	2,20	0,758	2,58	1,158	-0,38	11,50	0,508
	Comunicação aberta – sentimentos e evento suicidário – com o jovem	1,70	0,570	2,50	0,837	-1,10	6,00	0,089
	Comunicação aberta – com os outros	2,68	0,522	2,73	0,755	-0,08	13,50	0,781
	Segredo e tabu/sigilo	2,64	0,329	2,70	0,590	-0,12	14,00	0,853

Nota. *N*(Efeitos-Com diagnóstico)=12; *N*(Efeitos-Sem diagnóstico)=16; *N*(Dificuldades e Comunicação-Com diagnóstico)=5; *N*(Dificuldades e Comunicação-Sem diagnóstico)=6; *N*(Explicações-Com diagnóstico)=13; *N*(Explicações-Sem diagnóstico)=16. *M*= Média; *DP*= Desvio- Padrão; *U*= Teste Mann-Whitney; *p*<0,05.

Com base na Tabela 11, pode verificar-se que os jovens com CAL ou TS com diagnóstico psicopatológico apresentam, segundo as respostas dadas pelos seus familiares, médias mais elevadas em grande parte das categorias, relativamente a jovens com CAL ou TS sem diagnóstico psicopatológico. Importa realçar que na categoria Comunicação, os jovens com CAL ou TS sem diagnóstico psicopatológico manifestam médias mais elevadas em todas as subcategorias, em comparação aos jovens com CAL ou TS com diagnóstico psicopatológico.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas apenas na subcategoria Saúde (*U*=49,50; *p*=0,030), o que nos remete para que os familiares de jovens com diagnóstico psicopatológico (*M*=2,92; *DP*=0,8) tenham maior perceção dos efeitos dos CAL ou TS na sua saúde, comparativamente aos familiares de jovens sem diagnóstico psicopatológico (*M*=2,22; *DP*=1,008).

Tabela 12.

Explicações dos familiares, Efeitos nas diferentes dimensões de vida, Dificuldades sentidas e Comunicação no seio familiar de jovens com CAL ou TS em função de o jovem ter ou não acompanhamento psiquiátrico.

Categorias	Subcategorias	Com		Sem		<i>d de Cohen</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
		acompanhamento		acompanhamento				
		psiquiátrico		psiquiátrico				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>				
Explicações	Comunicar mal-estar/pedir ajuda	4,00	0,771	3,67	0,651	0,46	73,00	0,180
	Influência relacional e cultural	2,88	0,675	2,70	1,084	0,21	93,00	0,688
	Acontecimentos de vida negativos	2,50	0,650	2,52	1,047	-0,02	94,00	0,722
	Saúde mental e desenvolvimento	2,47	0,586	2,35	1,052	0,15	89,00	0,561
Efeitos	Vida em geral	2,38	0,980	2,36	0,797	0,02	95,00	0,962
	Efeitos negativos na família	2,13	0,681	1,71	0,683	0,62	61,00	0,103
	Efeitos positivos na família	2,85	0,950	2,22	0,857	0,69	59,00	0,083
	Vida social	1,72	0,999	1,50	0,879	0,23	83,00	0,510
	Vida profissional	1,60	0,722	1,50	0,879	0,13	93,50	0,904
	Saúde	2,83	0,711	2,10	1,145	0,80	49,50	0,030
Dificuldades	Ajuda/suporte	2,10	0,303	2,56	0,888	-0,73	12,00	0,576
	Proatividade/ envolvimento na ajuda/ prevenção	2,45	0,388	2,83	0,829	-0,61	10,00	0,352
	Dificuldades emocionais/ relacionais/ comunicacionais	2,74	0,764	2,37	0,711	0,50	13,00	0,712
	Rotina quotidiana e gestão familiar	2,20	0,810	2,00	0,927	0,23	13,00	0,711
	Comunicação	Dificuldades	2,17	0,683	2,70	1,255	-0,54	11,00
Comunicação aberta – sentimentos e evento suicidário – com o jovem		1,75	0,524	2,60	0,894	-1,19	5,50	0,072

Categorias	Subcategorias	Com		Sem		<i>d de Cohen</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
		acompanhamento		acompanhamento				
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
	Comunicação aberta – com os outros	2,70	0,469	2,72	0,844	-0,03	11,50	0,517
	Segredo e tabu/sigilo	2,63	0,294	2,72	0,657	-0,18	13,50	0,781

Nota. *N*(Efeitos-Com acompanhamento psiquiátrico)=16; *N*(Efeitos-Sem acompanhamento psiquiátrico)=12; *N*(Dificuldades e Comunicação-Com acompanhamento psiquiátrico)=6; *N*(Dificuldades e Comunicação-Sem acompanhamento psiquiátrico)=5; *N*(Explicações-Com acompanhamento psiquiátrico)=17; *N*(Explicações-Sem acompanhamento psiquiátrico)=12. *M*= Média; *DP*= Desvio-Padrão; *U*= Teste Mann-Whitney; *p*<0,05.

Com base na Tabela 12, pode observar-se que na categoria Explicações, todas as subcategorias apresentam maiores médias referentes a jovens com CAL ou TS com acompanhamento psiquiátrico, à exceção da subcategoria Acontecimentos de vida negativos, em que os jovens com CAL ou TS sem acompanhamento psiquiátrico apresenta média mais elevada (*M*=2,52; *DP*=1,047).

Já na categoria Efeitos, os jovens com CAL ou TS com acompanhamento psiquiátrico manifestam médias mais elevadas em todas as subcategorias.

Na categoria Dificuldades, os jovens sem acompanhamento psiquiátrico manifestaram médias mais elevadas nas subcategorias Ajuda/suporte (*M*=2,56; *DP*=0,888) e Proatividade/Envolvimento na ajuda/Prevenção (*M*=2,83; *DP*=0,829). Os jovens com acompanhamento psiquiátrico apresentaram médias mais elevadas nas subcategorias Dificuldades emocionais/relacionais/comunicacionais (*M*=2,74; *DP*=0,764) e Rotina quotidiana e gestão familiar (*M*=2,20; *DP*=0,810).

Em relação à categoria Comunicação, os jovens sem acompanhamento psiquiátrico manifestaram médias mais elevadas em todas as subcategorias.

Foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas em apenas uma subcategoria, Saúde (*U*=49,50; *p*=0,030), o que nos remete para que as famílias de jovens com acompanhamento psiquiátrico têm uma maior perceção das questões ligadas à Saúde (*M*=2,83; *DP*=0,711), quando comparadas com as famílias de jovens sem acompanhamento psiquiátrico (*M*=2,10; *DP*=1,145).

Tabela 13.

Explicações dos familiares, Efeitos nas diferentes dimensões de vida, Dificuldades sentidas e Comunicação no seio familiar de jovens com CAL ou TS em função de o jovem ter ou não acompanhamento psicológico.

Categorias	Subcategorias	Com		Sem		<i>d de Cohen</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
		acompanhamento		acompanhamento				
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Explicações	Comunicar mal-estar/pedir ajuda	3,88	0,766	3,67	0,289	0,28	25,50	0,313
	Influência relacional e cultural	2,85	0,864	2,47	0,833	0,44	28,50	0,449
	Acontecimentos de vida negativos	2,50	0,815	2,58	1,041	-0,10	38,50	0,971
	Saúde mental e desenvolvimento	2,52	0,731	1,58	1,010	1,24	19,50	0,159
Efeitos	Vida em geral	2,40	0,898	2,11	0,962	0,32	31,00	0,625
	Efeitos negativos na família	2,01	0,718	1,45	0,182	0,81	22,00	0,248
	Efeitos positivos na família	2,71	0,909	1,56	0,694	1,29	10,50	0,043
	Vida social	1,64	0,984	1,50	0,500	0,15	34,00	0,777
	Vida profissional	1,59	0,648	1,33	0,333	0,41	31,00	0,615
	Saúde	2,64	0,958	1,50	0,250	1,24	12,00	0,057

Nota. *N*(Efeitos-Com acompanhamento psicológico)=25; *N*(Efeitos-Sem acompanhamento psicológico)=3; *N*(Explicações-Com acompanhamento psicológico)=26; *N*(Explicações-Sem acompanhamento psicológico)=3. *M*= Média; *DP*= Desvio-Padrão; *U*= Teste Mann-Whitney; *p*<0,05.

De acordo com a Tabela 13, na categoria Explicações, os jovens com CAL ou TS com acompanhamento psicológico manifestam médias mais elevadas em todas as subcategorias, à exceção da subcategoria Acontecimentos de vida negativos, em que os jovens com CAL ou TS sem acompanhamento psicológico apresenta média mais elevada ($M=2,58$; $DP=1,041$). Na categoria Efeitos, os jovens com acompanhamento psicológico manifestam médias mais elevadas em todas as subcategorias.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na subcategoria Saúde ($U=12,00$; $p=0,057$), o que nos indica que os familiares de jovens com CAL ou TS que têm acompanhamento psicológico têm uma maior perceção da Saúde ($M=2,64$; $SP=0,958$) do que os familiares de jovens com CAL ou TS sem acompanhamento psicológico ($M=1,50$; $DP=0,25$).

No que diz respeito às categorias Dificuldades e Comunicação, o N da amostra de jovens com CAL ou TS que não têm acompanhamento psicológico corresponde a apenas um indivíduo, pelo que não foi possível calcular se existem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 14.

Explicações dos familiares, Efeitos nas diferentes dimensões de vida, Dificuldades sentidas e Comunicação no seio familiar de jovens com CAL ou TS em função de existir ou não história familiar de CAL.

Categorias	Subcategorias	Com história familiar de CAL		Sem história familiar de CAL		<i>d de Cohen</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Explicações	Comunicar mal-estar/pedir ajuda	4,06	0,623	3,79	0,768	0,37	66,50	0,373
	Influência relacional e cultural	2,85	0,918	2,79	0,852	0,07	77,50	0,749
	Acontecimentos de vida negativos	3,09	0,916	2,29	0,677	1,07	39,50	0,029
	Saúde mental e desenvolvimento	3,12	0,681	2,15	0,673	1,44	26,50	0,005
Efeitos	Vida em geral	2,17	1,182	2,45	0,767	-0,31	56,50	0,226
	Efeitos negativos na família	2,15	0,836	1,87	0,646	0,40	64,00	0,414
	Efeitos positivos na família	2,67	0,873	2,55	0,999	0,13	74,00	0,758
	Vida social	1,88	1,482	1,53	0,638	0,37	76,50	0,846
	Vida profissional	1,54	0,733	1,57	0,593	-0,05	72,00	0,672
	Saúde	2,75	1,210	2,42	0,881	0,34	67,50	0,523

Nota. *N*(Efeitos-Com história familiar de CAL)=8; *N*(Efeitos-Sem história familiar de CAL)=20; *N*(Explicações-Com história familiar de CAL)=8; *N*(Explicações-Sem história familiar de CAL)=21. *M*= Média; *DP*= Desvio-Padrão; *U*= Teste Mann-Whitney; *p*<0,05.

Na categoria Explicações, de acordo com a Tabela 14, as médias dos familiares que referem história familiar de CAL são maiores em todas as subcategorias, em comparação com os familiares sem história familiar de CAL.

A categoria Efeitos segue a mesma tendência, apresentando os familiares com história familiar de CAL médias mais altas em quase todas as subcategorias. Os familiares sem história familiar de CAL apresentam médias mais elevadas apenas nas subcategorias Vida em geral (*M*=2,45; *DP*=0,767) e Vida profissional (*M*=1,57; *DP*=0,638).

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas apenas na categoria Explicações, nomeadamente nas subcategorias Acontecimentos de vida negativos ($U=39,50$; $p=0,029$) e Saúde mental e desenvolvimento ($U=26,50$; $p=0,005$). Estes resultados sugerem que os familiares com história familiar de CAL apresentam uma maior tendência para atribuir os CAL ou TS dos jovens a Acontecimentos de vida negativos ($M=3,09$; $DP=0,916$) e a questões de Saúde mental e desenvolvimento ($M=3,12$; $DP=0,681$).

No que diz respeito às categorias Dificuldades e Comunicação, a amostra de familiares com história familiar de CAL compõe-se por apenas um indivíduo, pelo que não foi possível calcular se existem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 15.

Explicações dos familiares, Efeitos nas diferentes dimensões de vida, Dificuldades sentidas e Comunicação no seio familiar de jovens com CAL ou TS em função de existir ou não história familiar de TS.

Categorias	Subcategorias	Com história familiar de TS		Sem história familiar de TS		<i>d de Cohen</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Explicações	Comunicar mal-estar/pedir ajuda	3,81	0,961	3,88	0,650	-0,09	81,50	0,899
	Influência relacional e cultural	2,83	0,904	2,80	0,858	0,03	80,50	0,863
	Acontecimentos de vida negativos	2,97	0,995	2,33	0,691	0,82	52,00	0,117
	Saúde mental e desenvolvimento	3,09	0,706	2,17	0,682	1,34	31,50	0,010
Efeitos	Vida em geral	2,19	1,274	2,43	0,754	-0,27	53,50	0,282
	Efeitos negativos na família	2,14	0,903	1,88	0,633	0,37	62,00	0,540
	Efeitos positivos na família	2,62	0,932	2,57	0,978	0,05	72,50	0,957
	Vida social	1,93	1,592	1,52	0,622	0,44	67,00	0,707
	Vida profissional	1,57	0,787	1,56	0,581	0,02	67,00	0,719
	Saúde	2,82	1,289	2,42	0,860	0,41	58,00	0,409
Dificuldades	Ajuda/suporte	3,20	0,849	2,11	0,437	2,18	1,00	0,054
	Proatividade/ envolvimento na ajuda/ prevenção	3,71	0,808	2,38	0,202	4,03	0	0,031

Categorias	Subcategorias	Com história familiar de TS		Sem história familiar de TS		<i>d de Cohen</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
	Dificuldades emocionais/ relacionais/ comunicacionais	3,50	0,101	2,37	0,631	1,90	0	0,032
	Rotina quotidiana e gestão familiar	2,20	1,414	2,09	0,775	0,13	9,00	1,00
Comunicação	Dificuldades	3,75	1,061	2,11	0,697	2,20	1,50	0,067
	Comunicação aberta – sentimentos e evento suicidário – com o jovem	3,25	1,061	1,89	0,546	2,18	1,50	0,067
	Comunicação aberta – com os outros	3,80	0,566	2,47	0,300	3,91	0	0,031
	Segredo e tabu/sigilo	3,40	0,566	2,51	0,267	2,83	0,50	0,042

Nota. *N*(Efeitos-Com história familiar de TS)=7; *N*(Efeitos-Sem história familiar de TS)=21; *N*(Dificuldades e Comunicação-Com história familiar de TS)=2; *N*(Dificuldades e Comunicação-Sem história familiar de TS)=9; *N*(Explicações-Com história familiar de TS)=8; *N*(Explicações-Sem história familiar de TS)=21. *M*= Média; *DP*= Desvio-Padrão; *U*= Teste Mann-Whitney; *p*<0,05.

Com base na Tabela 15, pode perceber-se que os familiares que referem história familiar de TS apresentam médias mais elevadas em quase todas as subcategorias, quando comparados a familiares sem história familiar de TS. Os familiares sem história familiar de TS manifestam médias mais elevadas apenas nas subcategorias Comunicar mal-estar/pedir ajuda (*M*=3,88; *DP*=0,65) e Vida em geral (*M*=2,43; *DP*=0,754).

Foi possível observar diferenças estatisticamente significativas nas subcategorias: Saúde mental e desenvolvimento (*U*=31,50; *p*=0,010), Ajuda/suporte (*U*=1,00; *p*=0,054), Proatividade/ envolvimento na ajuda/ prevenção (*U*=0; *p*=0,031), Dificuldades emocionais/ relacionais/ comunicacionais (*U*=0; *p*=0,032), Comunicação aberta – com os outros (*U*=0; *p*=0,031) e Segredo e tabu/sigilo (*U*=0,50; *p*=0,042).

Os resultados remetem para que os familiares com história familiar de TS tenham maior tendência a atribuir os CAL ou TS dos jovens a questões relacionadas com a saúde mental e o desenvolvimento (*M*=3,09; *DP*=0,706), a sentir falta de apoio e suporte (*M*=3,20; *DP*=0,849) e dificuldades em ser proativo e envolver-se na ajuda e prevenção (*M*=3,71; *DP*=0,808), revelam maiores dificuldades emocionais, relacionais e comunicacionais (*M*=3,50; *DP*=0,101), manifestam maior tendência para manter uma

comunicação aberta com os outros ($M=3,80$; $DP=0,566$) e para manter o segredo e silêncio sobre o assunto ($M=3,40$; $DP=0,566$), quando comparados a familiares sem história familiar de TS.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subcategorias da categoria Efeitos.

Tabela 16.

Explicações dos familiares, Efeitos nas diferentes dimensões de vida, Dificuldades sentidas e Comunicação no seio familiar de jovens com CAL ou TS em função de existir ou não história familiar de suicídio consumado.

Categorias	Subcategorias	Com história familiar de suicídio		Sem história familiar de suicídio		<i>d de Cohen</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Explicações	Comunicar mal-estar/pedir ajuda	4,25	0,524	3,76	0,752	0,69	41,50	0,122
	Influência relacional e cultural	2,83	0,991	2,80	0,840	0,03	64,50	0,807
	Acontecimentos de vida negativos	2,83	1,045	2,42	0,755	0,50	51,50	0,344
	Saúde mental e desenvolvimento	2,58	1,045	2,38	0,742	0,25	60,00	0,625
Efeitos	Vida em geral	1,72	0,612	2,55	0,882	-0,99	29,50	0,038
	Efeitos negativos na família	1,61	0,421	2,04	0,739	-0,62	45,50	0,249
	Efeitos positivos na família	2,44	0,958	2,62	0,967	-0,18	62,50	0,843
	Vida social	1,25	0,418	1,73	1,020	-0,51	50,00	0,329
	Vida profissional	1,17	0,279	1,67	0,651	-0,84	34,00	0,062
	Saúde	2,00	0,822	2,66	0,981	-0,69	39,50	0,136

Nota. $N(\text{Efeitos-Com história familiar de suicídio})=6$; $N(\text{Efeitos-Sem história familiar de suicídio})=22$; $N(\text{Explicações-Com história familiar de suicídio})=6$; $N(\text{Explicações-Sem história familiar de suicídio})=23$. *M*= Média; *DP*= Desvio-Padrão; *U*= Teste Mann-Whitney; $p<0,05$.

Segundo a Tabela 16, os familiares com história familiar de suicídio apresentam médias mais elevadas em todas as subcategorias da categoria Explicações, em comparação aos familiares sem história familiar de suicídio.

Já na categoria Efeitos, são os familiares sem história familiar de suicídio que manifestam valores médios mais elevados em todas as subcategorias, comparativamente aos familiares com história familiar de suicídio.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas apenas na subcategoria Vida geral ($U=29,50$; $p=0,038$), o que sugere que os familiares sem história familiar de suicídio são mais propensos a sentir os efeitos dos CAL ou TS do jovem na sua vida em geral.

Não foi possível calcular se existem diferenças estatisticamente significativas nas categorias Dificuldades e Comunicação, devido a nenhum familiar ter referido história familiar de suicídio, sendo $N=0$.

5.9. Níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse, de Satisfação com o Suporte Social e de Emoção Expressa nos familiares de jovens com CAL ou TS, em função de variáveis sociodemográficas e da história familiar e clínica

Em seguida apresentar-se-ão os resultados referentes à sintomatologia ansiosa, depressiva e de stresse, à satisfação com o suporte social e aos níveis de emoção expressa, nos familiares de jovens com CAL ou TS, em função da história familiar de suicídio.

Os mesmos resultados foram também analisados em função dos seguintes fatores: grau de parentesco; género do familiar; género do jovem; coabitar ou não com o jovem com CAL ou TS; se foi a primeira vez que ocorreu CAL ou TS; ter ou não um diagnóstico psicopatológico; ter ou não acompanhamento psiquiátrico; ter ou não acompanhamento psicológico; história familiar de CAL; e história familiar de TS. Contudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível das habilitações académicas. Familiares com o ensino superior apresentam médias superiores para os níveis de Depressão ($M=4,18$; $DP=3,545$) e Stresse ($M=6,36$; $DP=3,202$), de Satisfação com os Amigos ($M=1,67$; $DP=0,711$), com a Intimidade ($M=1,91$; $DP=0,692$) e com a Família ($M=1,64$; $DP=1,140$) e de Emoção Expressa ($M=71,67$; $DP=14,236$), em comparação aos familiares sem o ensino superior. Estes, por sua vez, apresentam médias mais elevadas de Ansiedade ($M=3,06$; $DP=4,051$) e Satisfação com as Atividades Sociais ($M=2,50$; $DP=0,865$).

Foram observadas diferenças estatisticamente significativas na subescala correspondente à Satisfação com a Família ($U=55,50$; $p=0,046$), da Escala de Satisfação com o Suporte Social, o que sugere que os familiares com ensino superior tendem a apresentar maiores níveis de satisfação face à sua família ($M=1,64$; $DP=1,140$), que os familiares sem ensino superior ($M=0,85$; $DP=0,607$).

Tabela 17.

Níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse, de Satisfação com o Suporte Social e de Emoção Expressa dos familiares de jovens com CAL ou TS, em função da história familiar de suicídio consumado.

Escala e subcategorias	Com história familiar de suicídio		Sem história familiar de suicídio		<i>d de Cohen</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
	EADS Total	6,50	2,811	14,57			
EADS Ansiedade	0,83	1,602	3,43	3,776	-0,75	34,00	0,054
EADS Depressão	2,17	1,941	4,48	4,316	-0,58	51,00	0,328
EADS Stresse	3,50	1,643	6,65	4,344	-0,79	38,00	0,094
ESSS Total	1,85	0,207	1,66	0,522	0,40	48,00	0,258
ESSS Satisfação com os Amigos	1,27	0,484	1,62	0,690	-0,53	48,00	0,256
ESSS Satisfação com a Intimidade	2,38	0,984	1,67	0,668	0,96	34,00	0,057
ESSS Satisfação com a Família	0,67	0,632	1,28	0,946	-0,68	45,50	0,196
ESSS Satisfação com as Atividades Sociais	3,11	1,026	2,09	0,939	1,07	28,50	0,028

Nota. $N(\text{EADS-21 e ESSS-Com história familiar de suicídio})=6$; $N(\text{EADS-21 e ESSS- Sem história familiar de suicídio})=23$; *M*= Média; *DP*= Desvio- Padrão; *U*= Teste Mann-Whitney; $p<0,05$.

Os dados expostos na Tabela 17 indicam-nos que os familiares sem história familiar de suicídio apresentam médias mais elevadas nos níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse e nas suas subescalas, em comparação aos familiares com história familiar de suicídio.

Sobre a Satisfação com o Suporte Social, os familiares com história familiar de suicídio apresentam valores médios mais elevados nas subescalas Satisfação com a Intimidade ($M=2,38$; $DP=0,984$) e Satisfação com as Atividades Sociais ($M=3,11$; $DP=1,026$). Em contrapartida, os familiares sem história familiar de suicídio apresentam

médias mais elevadas nas subcategorias Satisfação com os Amigos ($M=1,62$; $DP=0,690$) e Satisfação com a Família ($M=1,28$; $DP=0,946$).

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Ansiedade ($U=34,00$; $p=0,054$), Satisfação com a Intimidade ($U=34,00$; $p=0,057$) e Satisfação com as Atividades Sociais ($U=28,50$; $p=0,028$). Estes resultados sugerem que familiares sem história familiar de suicídio manifestem maior sintomatologia ansiosa ($M=3,43$; $DP=3,776$), em comparação com familiares com história familiar de suicídio. Pode verificar-se também que os familiares com história familiar de suicídio manifestam maior Satisfação com a Intimidade ($M=2,38$; $DP=0,984$) e com as Atividades Sociais ($M=3,11$; $DP=1,026$), que os familiares sem história familiar de suicídio.

5.10. Relação entre as Explicações dos familiares, os Efeitos nas diferentes dimensões de vida, as Dificuldades sentidas e a Comunicação no seio familiar e os níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse, de Satisfação com o Suporte Social e de Emoção Expressa nos familiares de jovens com CAL ou TS

De seguida, serão expostos os resultados da análise realizada no intuito de avaliar a correlação entre as Explicações dos familiares, os Efeitos nas diferentes dimensões de vida, as Dificuldades sentidas e a Comunicação no seio familiar e os níveis de Ansiedade Depressão e Stresse, de Satisfação com o Suporte Social e de Emoção Expressa nos familiares de jovens com CAL ou TS.

Tabela 18.

Análise das correlações entre as categorias/subcategorias e os níveis de Ansiedade Depressão e Stresse, de Satisfação com o Suporte Social e de Emoção Expressa nos familiares de jovens com CAL ou TS.

Categorias e Subcategorias	EADS-21				ESSS			FAS
	A	D	S	SA	SI	SF	SAS	(Total)
Efeitos								
Vida geral	0,42*	0,24	0,37	0,16	-0,02	-0,06	-0,63**	-0,47
Efeitos negativos na família	-0,04	0,64**	0,69**	0,53**	-0,05	0,42*	-0,53**	-0,08
Efeitos positivos na família	0,25	0,18	0,34	-0,001	-0,29	-0,02	0,05	-0,30
Vida social	0,50**	0,37	0,55**	0,28	0,09	0,10	0,48**	-0,36
Vida profissional	0,36	0,40*	0,51**	0,33	0,01	0,15	-0,47*	-0,48
Saúde	0,71**	0,47*	0,56**	0,50**	-0,21	0,31	-0,41*	-0,06

Categorias e Subcategorias	EADS-21				ESSS			FAS
	A	D	S	SA	SI	SF	SAS	(Total)
Dificuldades								
Ajuda/suporte	0,03	-0,13	0,14	0,03	0,37	0,01	0,07	0,28
Proatividade/ envolvimento na ajuda/ prevenção	0,22	-0,01	0,18	0,03	0,27	-0,19	-0,34	0,01
Dificuldades emocionais/ relacionais/ comunicacionais	0,61*	0,43	0,39	0,44	0,29	0,23	-0,69*	-0,17
Rotina quotidiana e gestão familiar	0,69*	0,80**	0,79**	0,88**	0,34	0,73*	-0,17	-0,53
Explicações								
Comunicar mal-estar/pedir ajuda	0,04	0,13	0,04	-0,15	-0,19	-0,01	0,05	-0,68**
Influência relacional e cultural	-0,02	0,23	-0,04	-0,23	0,24	-0,27	-0,27	-0,76**
Acontecimentos de vida negativos	0,18	0,58**	0,21	-0,19	-0,03	-0,20	-0,33	-0,47
Saúde mental e desenvolvimento	0,33	0,53**	0,33	0,06	-0,003	-0,03	-0,42*	-0,41
Comunicação								
Dificuldades	0,38	0,19	0,38	0,28	0,40	0,06	-0,34	-0,12
Comunicação aberta – sentimentos e evento suicidário – com o jovem	-0,07	-0,28	-0,13	-0,15	0,39	-0,19	-0,15	-0,02
Comunicação aberta – com os outros	0,60	0,34	0,41	0,45	0,43	0,26	-0,59	-0,14
Segredo e tabu/sigilo	0,09	-0,04	0,18	0,08	0,38	0,27	-0,13	0,36

Nota. N (Efeitos em diferentes dimensões de vida-EADS-21 e ESSS)=28; N (Efeitos em diferentes dimensões de vida-FAS)=13; N(Dificuldades-EADS-21, ESSS e FAS)=11; N (Explicações atribuídas pelos familiares-EADS-21 e ESSS)=29; N (Explicações atribuídas pelos familiares-FAS)=14; N (Comunicação-EADS-21, ESSS e FAS)=11; 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; $p < 0,05^*$; $p < 0,01^{**}$

De acordo com a Tabela 18, os Efeitos na vida geral relacionam-se de forma positiva e moderada com os níveis de Ansiedade ($r=0,42$; $p<0,05$), o que indica quanto mais os efeitos na vida geral dos familiares, maiores os seus níveis de ansiedade.

Também os Efeitos negativos na família se relacionam de forma positiva e moderada com os níveis de Depressão ($r=0,64$; $p<0,01$) e Stresse ($r=0,69$; $p<0,01$), o que indica que quantos mais consequências negativas na família, maior a sintomatologia depressiva e de stresse dos familiares. Há também uma correlação positiva e moderada entre esta subcategoria e a Satisfação com os Amigos ($r=0,53$; $p<0,01$), com a Família ($r=0,42$; $p<0,05$) e com as Atividades Sociais ($r=0,53$; $p<0,01$).

Observa-se ainda uma relação positiva e moderada entre os efeitos na Vida social e os níveis de Ansiedade ($r=0,50$; $p<0,01$), Stresse ($r=0,55$; $p<0,01$), o que sugere que quanto mais efeitos na vida social dos familiares, maiores os seus níveis de ansiedade e stress. Esta subcategoria também se relaciona de forma positiva e moderada com a Satisfação com as Atividades Sociais ($r=0,48$; $p<0,01$).

Os efeitos na Vida profissional também estão positiva e moderadamente relacionados com os níveis de Depressão ($r=0,40$; $p<0,05$) e Stresse ($r=0,51$; $p<0,01$).

Os efeitos na Saúde, por sua vez, correlacionam-se de forma positiva e alta com os níveis de Ansiedade ($r=0,71$; $p<0,01$) e de forma positiva e moderada com os níveis de Stresse ($r=0,56$; $p<0,01$) e com a Satisfação com a família ($r=0,50$; $p<0,01$).

No que diz respeito à categoria das Dificuldades, pode observar-se uma associação positiva e moderada entre as Dificuldades emocionais/ relacionais/ comunicacionais e os níveis de Ansiedade ($r=0,61$; $p<0,05$). Verifica-se também que as dificuldades relacionadas com a Rotina quotidiana e gestão familiar têm uma positiva e moderada com a Ansiedade ($r=0,69$; $p<0,05$) e positiva e alta com os níveis de Depressão ($r=0,80$; $p<0,01$), Stresse ($r=0,79$; $p<0,01$), Satisfação com os Amigos ($r=0,88$; $p<0,01$) e Satisfação com a Família ($r=0,73$; $p<0,05$).

Foram também encontradas associações positivas e moderadas entre as explicações relacionadas com Acontecimentos de vida negativos e os níveis de Depressão ($r=0,58$; $p<0,01$) e as explicações relacionadas com questões da Saúde mental e desenvolvimento e os níveis de Depressão ($r=0,53$; $p<0,01$).

Não foram encontrados valores estatisticamente significativos e com associações de magnitude relevantes na categoria da Comunicação.

5.11. Caracterização dos participantes – Familiares de jovens sem CAL ou TS

Participaram neste estudo 109 familiares de jovens sem CAL ou TS, caracterizados tendo em conta o género, a idade, o estado civil, as habilitações académicas, a profissão, a situação profissional e o distrito.

Tabela 19.

Características sociodemográficas dos familiares de jovens sem CAL ou TS.

Características Sociodemográficas		N (%)
Género	Feminino	89 (81,7)
	Masculino	20 (18,3)
Estado Civil	Casado(a)/união de fato	56 (51,4)
	Divorciado(a)/separado(a)	12 (11,0)
	Solteiro(a)	34 (31,2)
	Viúvo(a)	7 (6,4)
Habilitações Académicas	1º ciclo	13 (11,9)
	2º ciclo	15 (13,8)
	3º ciclo	12 (11,0)
	Ensino secundário	28 (25,7)
Profissão	Ensino superior	41 (37,6)
	Representantes do poder legislativo e de órgãos	1 (0,9)
	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	13 (11,9)
	Técnicos e profissões de nível intermédio	11 (10,1)
	Pessoal administrativo	13 (11,9)
	Trabalhadores de serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	31 (28,4)
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	4 (3,7)
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	3 (2,8)
	Trabalhadores não qualificados	14 (12,8)
	Estudantes	13 (11,9)
	Trabalhadores da área da hotelaria e restauração	2 (1,8)
	Trabalhadores ligados ao desporto	1 (0,9)
	Aposentados	2 (1,8)
	Outro	1 (0,9)
	Situação Profissional	Empregado(a)

Características Sociodemográficas		N (%)
Distrito	Desempregado(a)	21 (19,3)
	Outra	11 (10,1)
	Évora	1 (0,9)
	Faro	27 (24,8)
	Lisboa	4 (3,7)
	Porto	2 (1,8)
	Santarém	3 (2,8)
	Setúbal	2 (1,8)
	Funchal	69 (63,3)
	Joinville/SC Brasil	1 (0,9)

Nota. N=109; % - Percentagem.

A amostra de familiares de jovens sem CAL ou TS é composta por um total de 109 participantes, dos quais 89 (81,7%) são do sexo feminino e 20 (18,3%) são do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos ($M=39,08$; $DP=12,303$). A maior parte dos participantes são casados ($N=56$; 51,4%) e reside no distrito do Funchal ($N=69$; 63,3%).

Grande parte dos participantes têm o ensino superior ($N=41$; 37,6%), estão empregados ($N=77$; 70,6%) e predominam os trabalhadores de serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores ($N=31$; 28,4%).

5.12. Níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse, de Satisfação com o Suporte Social e de Emoção Expressa nos familiares de jovens com e sem CAL ou TS

Apresentar-se-ão em seguida os valores relativos aos níveis de Ansiedade, Depressão e Stress, de Satisfação com o Suporte Social e de Emoção Expressa em ambas as amostras, isto é, em famílias de jovens com CAL ou TS e em famílias de jovens sem CAL ou TS.

Tabela 20.

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

Escala e Subescalas	Familiares de jovens com CAL ou TS		Familiares de jovens sem CAL ou TS		<i>d de Cohen</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
	EADS-21 (Total)	12,90	10,811	12,77			
1. Ansiedade	2,90	3,579	3,38	3,669	-0,13	1455,00	0,505
2. Depressão	4,00	4,027	3,75	3,647	0,07	1550,00	0,872
3. Stresse	6,00	4,123	5,64	3,957	0,09	1489,50	0,633
ESSS (Total)	1,70	0,477	1,74	0,842	-0,05	1475,50	0,583
1. Satisfação com os Amigos	1,54	0,661	1,53	1,051	0,01	1422,50	0,407
2. Satisfação com a Intimidade	1,82	0,779	1,90	0,945	-0,09	1528,50	0,785
3. Satisfação com a Família	1,15	0,915	1,52	1,350	-0,29	1412,00	0,374
4. Satisfação com as Atividades Sociais	2,30	1,029	1,99	1,185	0,27	1308,50	0,154
FAS (Total)	71,50	11,778	78,05	14,493	-0,46	547,00	0,093

Nota. N(EADS-21 e ESSS-Familiares de jovens com CAL ou TS)=29; N(EADS-21 e ESSS-Familiares de jovens sem CAL ou TS)=109; N(FAS- Familiares de jovens com CAL ou TS)=14; N(FAS- Familiares de jovens sem CAL ou TS)=108; *M*=Media; *DP*= Desvio-Padrão; *U*= Teste Mann-Whitney; $p < 0,05$

De acordo com o exposto na Tabela 20, os familiares de jovens com CAL ou TS apresentam médias mais elevadas na Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse ($M=12,90$; $DP=10,811$), em comparação com os familiares de jovens sem CAL ou TS. O mesmo acontece com as subcategorias Depressão ($M=4,00$; $DP=4,027$) e Stresse ($M=6,00$; $DP=4,123$). No que diz respeito aos níveis de Ansiedade, são os familiares de jovens sem CAL ou TS que manifestam valores médios mais elevados ($M=3,38$; $DP=3,669$).

De um modo geral, os familiares de jovens sem CAL ou TS manifestam maior Satisfação com o Suporte Social ($M=1,74$; $DP=0,842$), à semelhança do que acontece com as subcategorias Satisfação com a Intimidade ($M=1,90$; $DP=0,945$) e Satisfação com a Família ($M=1,52$; $DP=1,350$). Já os familiares de jovens com CAL ou TS apresentam valores médios mais elevados nas subcategorias Satisfação com os Amigos ($M=1,54$; $DP=0,661$) e Satisfação com as Atividades Sociais ($M=2,30$; $DP=1,029$).

Sobre os níveis de Emoção Expressa, verifica-se que os familiares de jovens sem CAL ou TS apresentam valores médios mais elevados ($M=78,05$; $DP=14,493$).

Contudo, as diferenças evidenciadas não são estatisticamente significativas.

6. DISCUSSÃO

Neste capítulo serão discutidos e interpretados os principais resultados obtidos nesta investigação, tendo por base os dados empíricos apresentados no enquadramento teórico, com o intuito de conhecer e compreender o impacto que os CAL ou TS dos jovens exercem sobre os seus familiares. A discussão organizar-se-á pela mesma ordem sequencial que os objetivos e os resultados do presente estudo.

Os familiares de jovens com CAL ou TS que aceitaram participar neste estudo são sobretudo do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 80 anos, têm o ensino superior, estão empregados, são casados e vivem no distrito de Faro. Os familiares de jovens sem CAL ou TS são também maioritariamente do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos, são casados, têm o ensino superior, estão empregados e vivem no distrito do Funchal. Outros estudos empíricos conduzidos sobre a temática têm também amostras compostas maioritariamente por mulheres (Daly, 2005; Lindgren *et al.*, 2010).

No que diz respeito à caracterização dos jovens com os CAL ou TS, estes são maioritariamente do sexo feminino. Também a OMS (2002), a DGS (2013) refere que os CAL e TS apresentam maior incidência no sexo feminino.

Verifica-se ainda que são sobretudo solteiros, têm o ensino secundário e encontram-se a seguir estudos superiores. De acordo com os seus familiares, a maioria dos jovens não tem diagnóstico psicopatológico, mas mantém acompanhamento psiquiátrico ou psicológico.

O método mais utilizado é a intoxicação medicamentosa, seguido dos cortes na pele com objeto cortante. Estes dados vão ao encontro da informação veiculada pela DGS (2013). Para grande parte dos jovens, foi a primeira ocorrência de CAL ou TS. No entanto, pode colocar-se a hipótese de que os familiares se tenham apercebido de um primeiro comportamento, mas na verdade já tenham existido outros.

À semelhança daquilo que acontece no estudo de Ferrey e colaboradores (2006), a maioria dos familiares que participaram neste estudo não refere história familiar de CAL, TS ou suicídio consumado.

No que concerne às Explicações dadas pelos familiares, destacam-se as que referem que os CAL ou TS dos jovens servem para expressar emoções intensas, lidar com os problemas da vida e pedir ajuda e devem-se a problemas relacionais e familiares e à influência dos meios de comunicação social. Este resultado vai ao encontro da ideia de Cruz, Narciso, Muñoz, Pereira e Sampaio (2013), que associam os CAL ou TS dos jovens a dificuldades nas relações familiares, na gestão de conflitos e de comunicação e de Nock e Prinstein (2004) que postulam que o uso da autolesão serve, muitas vezes, o propósito da regulação emocional.

Importa realçar que a maioria dos familiares não crê que os CAL ou TS dos jovens se devam a feitos da cultura juvenil ou influências de pares.

Os familiares não associam os CAL ou TS a maus-tratos ou a questões da primeira infância. Estes resultados não são congruentes com a noção existente na literatura de que os pais de jovens com CAL ou TS acreditam que estes comportamentos se devam a erros que tenham cometido ao longo de todo o seu percurso parental (Clark & Goldney, 2000; Daly, 2005; Ferrey et al., 2016; Henry-McAllister, 2011; Hughes et al., 2015; Lindgren, Aström, & Graneheim, 2010; McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007; Raphael, Clarke, & Kumar, 2006).

Os familiares também não acreditam que os CAL ou TS se devam ao pai ou mãe terem tido o mesmo tipo de comportamentos ou a problemas de saúde mental na família, o que contraria a ideia de Greene-Palmer e colaboradores (2015), de que um terço dos pais de jovens com CAL ou TS têm história destes comportamentos e sentem-se culpados por isso. Em contrapartida, muitos familiares associam os CAL ou TS dos jovens a problemas de saúde mental do próprio ou a efeitos da fase da adolescência e das alterações hormonais.

Apraz sublinhar que parte considerável da amostra de familiares não considera o ser vítima de bullying, mas, em simultâneo, outra parte considerável considera este fator. Este resultado pode estar relacionado com o tamanho reduzido da amostra, talvez com uma amostra maior, fosse possível obter dados mais conclusivos sobre este fator.

Em relação aos Efeitos nas diferentes dimensões de vida, a maioria dos familiares refere que os CAL ou TS dos jovens afetaram a sua vida geral e quotidiana e também a sua vida familiar.

Embora os CAL ou TS dos jovens sejam considerados uma ameaça à união familiar (Buus, Caspersen, Hansen, Stenager, & Fleischer, 2014) e contribuam para mudanças

disruptivas nas dinâmicas familiares (Arbuthnott & Lewis, 2015; Buus, Caspersen, Hansen, Stenager, & Fleischer, 2014; Byrne et al., 2008), a maioria dos familiares referiu que as suas relações não sofreram alterações, não havendo mudanças na sua relação com o jovem, com os seus filhos ou pais ou com outros familiares próximos. Também não foram relatadas alterações nas relações dos familiares com os seus companheiros, embora a literatura mencione que os CAL ou TS dos jovens tendem a causar discórdia e problemas na relação entre os pais (Ferrey, Hughes, & Hawton, 2016; Raphael, Clarke, & Kumar, 2016).

No entanto, os familiares consideram que os CAL ou TS também não fortaleceram as relações familiares, não contribuíram para uma aproximação entre si e o jovem e não fizeram com que a família ficasse mais unida.

Grande parte dos familiares conta também que os CAL ou TS do jovem afetaram os seus irmãos. Esta ideia vai ao encontro da literatura existente, onde são referidas reações por parte dos irmãos do jovem, que vão desde tornar-se sensíveis e protetores para com o jovem, a sentir raiva e frustração face aos comportamentos do mesmo (Buus, Caspersen, Hansen, Stenager, & Fleischer, 2014; Ferrey, Hughes, & Hawton, 2016).

Os familiares referem que, de um modo geral, não sentem a sua vida social e a sua relação com os amigos afetada.

A grande maioria dos familiares conta que as suas relações profissionais, com colegas e superiores, não foram afetadas, mas vários referem que o seu trabalho foi prejudicado. Outros estudos reforçam esta ideia, onde os familiares relatam sentir-se incapazes para trabalhar nas primeiras semanas após o sucedido (Raphael, Clarke, & Kumar, 2006), passar a trabalhar com horários e pagamentos reduzidos (Arbuthnott & Lewis, 2015) ou até mesmo abandonar os seus empregos para ter maior disponibilidade para os jovens (Daly, 2005; Ferrey, Hughes, & Hawton, 2016; McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007).

Existe um consenso na ideia de que os níveis de ansiedade da família, devido aos CAL ou TS dos jovens, são elevados, quer neste estudo, quer em outros sobre o mesmo tema (Henry-McAllister, 2011; Hughes *et al.*, 2015; McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007).

No que diz respeito às Dificuldades sentidas pelos familiares, em sequência dos CAL ou TS dos jovens, destacam-se as relacionadas com a procura de ajuda. Apesar de não terem problemas em recorrer à família, muitos familiares manifestam dificuldade em procurar a ajuda de amigos e até de profissionais de saúde. Grande parte dos familiares

refere sentir falta de apoio por parte de uma equipa de profissionais e ter falta de informação e orientações sobre como lidar com o assunto, sentindo dificuldades em saber quando devem ou não encaminhar o jovem para profissionais de saúde. Esta ideia vai ao encontro da literatura sobre o tema, na qual os familiares comumente referem que se sentem sozinhos e sem informação e apoio por parte dos serviços de saúde (Arbuthnott & Lewis, 2015; Byrne *et al.*, 2008; Daly, 2005; Ferrey, Hughes, & Hawton, 2016; Hughes *et al.*, 2015; Morgan *et al.*, 2013; Oldershaw, Richards, Simic, & Schmidt, 2008; Raphael, Clarke, & Kumar, 2016).

Os familiares revelam dificuldades em reconhecer sinais de alarme e em avaliar o risco de reincidência nos comportamentos, bem como em gerir a vigilância que devem ter sobre o jovem e em garantir-lhe um meio envolvente seguro e protegido. Na literatura encontram-se resultados congruentes, que afirmam que os pais se sentem culpados e angustiados por crer que não são capazes de reconhecer sinais de alerta, de impedir o comportamento do jovem e de ter controlo sobre a situação (Clark & Goldney, 2000; Raphael, Clarke & Kumar, 2006). Neste sentido, importa ainda realçar a quantidade de estudos em que os familiares referem passar a assumir uma parentalidade muito cuidadosa, marcada pela hipervigilância, pelo medo constante e pela necessidade de verificar regularmente a segurança do jovem (Daly, 2005; Henry-McAllister, 2011; Hughes *et al.*, 2015; Lindgren, Aström, & Graneheim, 2010; McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007; Oldershaw, Richards, Simic, & Schmidt, 2008; Raphael, Clarke, & Kumar., 2016).

Os familiares contam não saber como abordar o assunto com o jovem e sentir-se desamparados, angustiados e com medo de que volte a acontecer, à semelhança do que se observa em outros estudos empíricos, em que os familiares referem sentir-se sós e sem amparo (Arbuthnott & Lewis, 2015; Buus, Caspersen, Hansen, Stenager, & Fleischer, 2014; Clark & Goldney, 2000; Daly, 2005; Ferrey, Hughes, & Hawton, 2016; Henry-McAllister, 2011; Lindgren, Aström, & Graneheim, 2010; McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007; Morgan *et al.*, 2013; Oldershaw, Richards, Simic, & Schmidt, 2008). Os familiares dizem ainda não conseguir aceitar o que o jovem fez e não entender as suas emoções.

A amostra divide-se no que diz respeito às dificuldades na gestão da rotina diária, mas grande parte refere que pensa no sucedido de forma involuntária.

A maioria dos familiares refere consequências na vida financeira da família. Contudo, grande parte refere não sentir dificuldades económicas decorrentes do

acompanhamento médico ou psicológico, pelo que se supõe que as dificuldades relatadas em sequência dos CAL ou TS dos jovens sejam relacionadas com aspetos além do acompanhamento médico. A literatura refere que, muitas vezes, as famílias sofrem alterações na gestão financeira devido a mudanças no emprego, despesas extra com a educação, hospitalizações ou momentos de crise (Arbuthnott & Lewis, 2015; Ferrey, Hughes & Hawton, 2016).

Em relação à Comunicação no seio familiar, em sequência dos CAL ou TS dos jovens, a maior parte dos familiares sente que é muito difícil abordar o assunto com o jovem, à semelhança do que é referido na literatura, que aborda a comunicação familiar após os CAL ou TS dos jovens como fraca e marcada por sentimentos de insegurança (Arbuthnott & Lewis, 2015; Buus, Caspersen, Hansen, Stenager, & Fleischer, 2014; Daly, 2005; Henry-McAllister, 2011; McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007; Morgan *et al.*, 2013; Oldershaw, Richards, Simic, & Schmidt, 2008; Raphael, Clarke, & Kumar, 2016). Ainda assim, grande parte dos familiares refere ter falado abertamente com o jovem sobre os seus sentimentos e sobre os CAL ou TS.

Os familiares manifestaram tendência para falar abertamente sobre o assunto também com os seus filhos ou pais, com outros familiares e com os seus companheiros. Referem ainda não se sentir incompreendidos pelos seus companheiros.

Os familiares consideram que falar sobre o assunto é importante, para que haja mais entendimento e compreensão e grande parte conta não ter tentado manter segredo ou silêncio sobre o assunto e acreditar que fazê-lo não seria benéfico. Os familiares referem não acreditar que quanto mais se fale no assunto, maior seja a probabilidade de que os CAL ou TS dos jovens voltem a ocorrer.

Relativamente aos Recursos a que recorrem as famílias, a maioria recorreu ao hospital, aos Serviços de Urgência, aos serviços de saúde mental, ao psicólogo e ao psiquiatra. Estes resultados contradizem a noção de que apenas um quarto dos jovens com comportamentos suicidários tem contacto com os serviços de saúde (Tavares, 2004). No entanto, esta divergência pode dever-se ao tamanho reduzido da amostra, não podendo ser considerada representativa. Aproximadamente ainda referir que parte da amostra da presente investigação foi recolhida em serviços de saúde, o que nos indica que estes jovens tenham contacto com estes serviços.

Em contrapartida, grande parte refere não ter recorrido ao Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar, ao Serviço de Emergência (INEM), ao médico de medicina geral e familiar e ao enfermeiro.

Importa realçar que a maior parte dos familiares não tem tendência a recorrer a fontes de informação informais, como a internet ou os panfletos sobre o assunto. Nenhum familiar recorreu a linhas telefónicas de apoio. Estes resultados são opostos aos de outras pesquisas que indicam que algumas famílias recorrem à internet, livros, jornais e revistas (Arbuthnott & Lewis, 2015; Hughes *et al.*, 2015).

Importa sublinhar que, de uma forma geral, os familiares consideraram como úteis os serviços a que recorreram em busca de ajuda e suporte, na sequência dos CAL ou TS dos jovens.

Numa análise posterior, foram comparadas as explicações dadas pelos familiares, os efeitos nas diferentes dimensões de vida, as dificuldades sentidas e a comunicação no seio familiar, em função de várias características sociodemográficas e antecedentes familiares.

Em relação ao grau de parentesco, observaram-se diferenças estatisticamente significativas que indicam que os pais manifestam maior perceção dos efeitos que os CAL ou TS dos jovens têm na sua saúde. Estes resultados corroboram a ideia de que os CAL ou TS dos jovens afetam diretamente a saúde mental e o bem-estar dos seus pais (Arbuthnott & Lewis, 2015; Buus, Caspersen, Hansen, Stenager, & Fleischer, 2014).

No entanto, os pais tendem a ter também uma maior perceção dos efeitos positivos na família, advindos dos CAL ou TS dos jovens. Supõe-se que por se tratar de uma experiência traumática e desgastante (Arbuthnott & Lewis, 2015), os pais do jovem valorizem mais os aspetos positivos que possam surgir na sequência dos CAL ou TS dos jovens. Além disso, os CAL ou TS dos jovens constituem uma experiência inesperada no seio familiar, podendo dar origem a que haja uma reavaliação das relações familiares e um maior esforço para que a família se torne mais unida e coesa.

Foram encontradas algumas diferenças estatisticamente significativas em função de o familiar coabitar ou não coabitar com o jovem que comete os CAL ou TS. Os familiares que coabitam com o jovem manifestam uma maior perceção dos efeitos positivos na família, talvez por conviverem de perto com a situação e com todos os efeitos causados pela mesma.

Os familiares que não coabitam com o jovem apresentam maior tendência para manter uma comunicação aberta com os outros do que os familiares que coabitam com o

jovem. Em contrapartida, manifestam também mais dificuldades emocionais, relacionais e comunicacionais em sequência dos CAL ou TS dos jovens. Também na literatura podem encontrar-se resultados que referem as dificuldades emocionais dos familiares, tais como choque, vergonha, culpa, medo, raiva e outras emoções de cariz negativo (Arbuthnott & Lewis, 2015; Buus, Caspersen, Hansen, Stenager, & Fleischer, 2014; Byrne *et al.*, 2008; Clark & Goldney, 2000; Daly, 2005; Ferrey, Hughes, & Hawton, 2016, Hughes *et al.*, 2015; Lindgren, Aström, & Graneheim, 2010; McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007; Oldershaw, Richards, Simic, & Schmidt, 2008; Raphael, Clarke, & Kumar, 2006).

Os resultados revelam também que os familiares de jovens que tenham um diagnóstico psicopatológico, que mantenham acompanhamento psiquiátrico ou que mantenham acompanhamento psicológico, manifestam maior perceção dos efeitos dos CAL ou TS dos jovens na sua saúde, comparados aos familiares de jovens sem diagnóstico ou acompanhamento. Estes resultados poderão indicar que um contato regular com serviços de saúde mental, quer pelo acompanhamento, quer pela existência de um diagnóstico, facultam aos familiares mais informação fidedigna e conhecimento, contribuindo para que tenham noção da importância da saúde e de quando esta está a ser afetada.

No que diz respeito aos antecedentes familiares, verificou-se que familiares de jovens com CAL ou TS com história familiar de CAL tendem a considerar que os comportamentos dos jovens se devem a acontecimentos de vida negativos e a questões de saúde mental e desenvolvimento. Os resultados indicam ainda que familiares de jovens com CAL ou TS com história familiar de TS também acreditam que os comportamentos dos jovens se devem a questões de saúde mental e desenvolvimento. Os familiares que referem existir história familiar de TS manifestam ainda falta de apoio e suporte, dificuldades em ser proativo e envolver-se na ajuda e na prevenção, dificuldades emocionais, relacionais e comunicacionais e maior tendência para manter uma comunicação aberta com os outros e manter segredo e silêncio sobre o assunto no seio familiar. A literatura refere que familiares de indivíduos com comportamentos suicidários tendem a sentir-se sozinhos na batalha que travam e que este isolamento é exacerbado pelo estigma e pela falta de suporte por parte dos serviços de saúde (Arbuthnott & Lewis, 2015; Byrne *et al.*, 2008; Daly, 2005; Raphael, Clarke, & Kumar, 2016).

Importa mencionar que familiares de jovens com CAL ou TS sem história familiar de suicídio consumado mostraram-se mais propensos a sentir os efeitos dos comportamentos dos jovens na sua vida em geral. Estes resultados poderão dever-se ao

facto de ser uma realidade totalmente nova e desconhecida para os familiares que experienciam os comportamentos suicidários pela primeira vez, enquanto que famílias em que atos iguais ou semelhantes já tenham ocorrido comportamentos suicidários, terão já alguma orientação e estratégias e uma maior compreensão sobre o assunto.

Posteriormente, foram analisados os níveis de ansiedade, depressão e stresse, de satisfação com o suporte social e de emoção expressa nas famílias de jovens com CAL ou TS em função de determinadas características sociodemográficas e antecedentes familiares. No entanto, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas apenas em relação às habilitações académicas, isto é, o familiar ter ou não ter o ensino superior, e em relação à história familiar de suicídio consumado.

Os familiares com ensino superior manifestam maior satisfação com a família do que os familiares sem ensino superior. Estes resultados permitem-nos colocar a hipótese de que familiares com maiores níveis de literacia, desenvolvam mais capacidades para compreender e reagir aos comportamentos dos jovens, do que familiares com menos formação académica.

Os familiares de jovens sem história familiar de suicídio apresentam maior sintomatologia ansiosa do que familiares com história familiar de suicídio. Estes, por sua vez, manifestam maior satisfação com a intimidade e com as atividades sociais. Estes resultados indicam que famílias sem história de suicídio apresentem maiores níveis de ansiedade, possivelmente porque os comportamentos suicidários constituem uma nova e assustadora realidade, com a qual têm dificuldades em lidar. Em contrapartida, famílias em que exista história de suicídio, apresentam valores mais elevados de satisfação com a intimidade e com atividades sociais, talvez por reconhecerem o valor e importância dos momentos de socialização e tranquilidade e de diversão e companheirismo.

Foram também analisadas as correlações entre as explicações dos familiares, os efeitos nas diferentes dimensões de vida, as dificuldades sentidas e a comunicação no seio familiar e os níveis de ansiedade, depressão e stresse, de satisfação com o suporte social e de emoção expressa nos familiares de jovens com CAL ou TS.

Verificou-se que quanto mais efeitos na vida geral dos familiares, na sequência dos CAL ou TS dos jovens, maiores são também os níveis de ansiedade na família. Os estudos de Ferrey, Hughes e Hawton (2016) e de Raphael, Clarke e Kumar (2006) demonstram que a ansiedade é uma das principais consequências sentidas pelos familiares face aos

CAL ou TS dos jovens e aos seus efeitos. Outros estudos referem que os familiares de jovens com CAL ou TS passam a viver ansiosos, por não entender os significados subjacentes aos comportamentos do jovem (Henry-McAllister, 2011; Hughes *et al.*, 2015; McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007).

No mesmo sentido, quanto maior for a percepção dos efeitos negativos na família, maior é a sintomatologia de depressão e stresse. A literatura evidencia estados depressivos e sintomas físicos (Ferrey, Hughes, & Hawton, 2016) e perturbações de sono advindas da experiência traumática de ter um familiar com CAL ou TS (Ferrey, Hughes, & Hawton, 2016; Raphael, Clarke, & Kumar, 2006). Em contrapartida, maiores são também os níveis de satisfação com os amigos, com a família e com as atividades sociais, resultados que indicam que, possivelmente, estes indivíduos atribuem grande importância à união com familiares e amigos e os momentos alegres e prazerosos com os mesmos.

Os resultados indicam ainda que quanto maiores forem os efeitos sentidos na vida social dos familiares, maiores são também os níveis de ansiedade e stresse dos mesmos. Daly (2005) reuniu os relatos de seis mães que referem sofrer por se sentirem sozinhas e isoladas dos próprios maridos e familiares e até mesmo de mães de jovens saudáveis. Desta forma, a sua satisfação com as atividades sociais também é mais elevada, talvez por valorizarem os momentos em que podem usufruir da sua vida social.

A sintomatologia depressiva e de stresse também aumenta quanto maiores forem as consequências sentidas na vida profissional. Outros estudos sobre o tema referem as dificuldades na vida profissional como consequências impactantes na vida dos familiares (Arbuthnott & Lewis, 2015; Daly, 2005; Ferrey, Hughes, & Hawton, 2016; McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007; Raphael, Clarke, & Kumar, 2006).

Observou-se também que quanto maior a percepção dos familiares dos efeitos dos CAL ou TS dos jovens exercem sobre a saúde, maiores os níveis de ansiedade e stresse, talvez pela preocupação acrescida, sobretudo por manifestarem tendência para negligenciar as suas próprias necessidades, mas terem consciência de que os jovens precisam de si saudáveis. É também maior a sua satisfação com a família.

Quanto maiores as dificuldades emocionais, relacionais e comunicacionais, maiores os níveis de ansiedade. Outros estudos indicam que, muitas vezes, os familiares não sabem como abordar um assunto tão delicado e sentem receio de despoletar comportamentos semelhantes (Arbuthnott & Lewis, 2015; Raphael, Clarke, & Kumar, 2016).

Quanto mais dificuldades na gestão da rotina quotidiana e familiar, maiores os níveis de ansiedade, depressão e stresse. A literatura evidencia que os familiares de jovens com CAL ou TS passam a viver constantemente com medo de uma recaída (Daly, 2005; Henry-McAllister, 2011; Hughes *et al.*, 2015; Lindgren, Aström, & Graneheim, 2010; McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007; Oldershaw, Richards, Simic, & Schmidt, 2008; Raphael, Clarke, & Kumar., 2016) e com dificuldades em gerir a rotina do jovem em relação a aspetos como a vigilância e o garantir um meio seguro e protegido. Quanto maiores as dificuldades na gestão da vida familiar, maiores também os níveis de satisfação com os amigos e com a família.

Os resultados mostram ainda que quanto mais os familiares atribuem os CAL ou TS dos jovens à experiência de acontecimentos de vida negativos ou a questões de saúde mental, maior o desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

Por fim, foram comparados os níveis de ansiedade, depressão e stresse, de satisfação com o suporte social e de emoção expressa em ambos os grupos de familiares, isto é, de jovens com CAL ou TS e de jovens sem CAL ou TS.

Observou-se que os familiares de jovens com CAL ou TS manifestam maior sintomatologia depressiva e de stresse do que os familiares de jovens sem CAL ou TS. Buus e colaboradores (2014) consideram esta experiência como um duplo trauma e Arbuthnott e Lewis (2015) realçam o stresse vivenciado por estas famílias. Em contrapartida, os familiares de jovens sem CAL ou TS manifestaram maiores níveis de ansiedade, que poderão estar relacionados com outros aspetos das diferentes dimensões da sua vida, não abordados nesta investigação.

Familiares de jovens sem CAL ou TS revelaram maior satisfação com o suporte social, com a intimidade e com a família, em comparação com familiares de jovens com CAL ou TS. A literatura realça fortemente os sentimentos de solidão e desamparo dos familiares de jovens com CAL ou TS, bem como da falta de apoio por parte dos serviços de saúde (Arbuthnott & Lewis, 2015; Buus, Caspersen, Hansen, Stenager, & Fleischer, 2014; Byrne *et al.*, 2008; Clark & Goldney, 2000; Daly, 2005; Ferrey, Hughes, & Hawton, 2016; Henry-McAllister, 2011; Lindgren, Aström, & Graneheim, 2010; McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007; Morgan *et al.*, 2013; Oldershaw, Richards, Simic, & Schmidt, 2008).

Os familiares de jovens com CAL ou TS manifestam maior satisfação com os amigos e com as atividades sociais. Estes resultados prendem-se, possivelmente, com a noção já

referida de que estes familiares, tendo em conta o sofrimento e angústia em que vivem, valorizem a sua vida social e o apoio e satisfação que esta lhes proporciona.

Ao contrário do que se esperava, foram os familiares de jovens sem CAL ou TS que apresentaram maiores níveis de emoção expressa. Este resultado contraria o estudo de Pollard (1996), citado por Frazão e colaboradores (2014) e Santos, Saraiva e Sousa (2009). A literatura refere que as famílias de jovens com história de CAL ou TS tendem a apresentar níveis elevados de emoção expressa, enquanto famílias de jovens sem história de CAL ou TS assumem valores baixos e pouco significativos (Erse, 2018; Santos, 2006). No presente estudo, foram as famílias de jovens sem CAL ou TS que manifestaram valores mais elevados de emoção expressa, o que indica que estes familiares têm maior tendência a dirigir atitudes críticas e hostis aos jovens. Este resultado pode dever-se a outra noção existente na literatura, que refere que os familiares consideram que lidar com o jovem passa a ser como “andar sobre cascas de ovo” (Daly, 2005) e assumem uma postura mais permissiva e benevolente (Arbuthnott & Lewis, 2015; Oldershaw, Richards, Simic, & Schmidt, 2008; Raphael, Clarke, & Kumar, 2016), por medo de que qualquer coisa que digam ou façam possa despoletar uma recaída do jovem. Podemos ainda inferir que os níveis de emoção expressa nas famílias de jovens com CAL ou TS sejam mais baixos devido ao facto de muitos dos jovens com CAL ou TS frequentarem ou já terem frequentado acompanhamento psicológico e por estas famílias terem conseguido ajuda profissional.

7. CONCLUSÕES

A presente investigação teve como finalidade conhecer, avaliar e entender as principais consequências que os CAL ou TS dos jovens exercem sobre os seus familiares. Nesse âmbito, procurou-se conhecer as explicações atribuídas pelos familiares aos CAL ou TS dos jovens; os efeitos sentidos pelos familiares nas diferentes dimensões da sua vida; as principais dificuldades sentidas pelos familiares na sequência dos CAL ou TS dos jovens; a comunicação familiar desde e sobre o sucedido; e ainda os recursos a que tendem as famílias a recorrer e qual a sua utilidade. Avaliou-se ainda a sintomatologia ansiosa, depressiva e de stresse, os níveis de satisfação com o suporte social e os níveis de emoção expressa, quer em famílias de jovens com CAL ou TS, quer em famílias de jovens sem CAL ou TS, possibilitando a realização de análises comparativas entre ambos os grupos.

Tendo por base os resultados obtidos, verifica-se que os familiares de jovens com CAL ou TS tendem a ver os comportamentos do jovem como formas de expressar emoções intensas e de lidar com os problemas da vida, sendo que alguns mencionam também as dificuldades que os jovens sentem nas suas relações.

Verificou-se que os CAL ou TS dos jovens afetam sobretudo a vida geral, quotidiana e familiar dos seus familiares, a sua saúde mental e as suas rotinas de sono. Os níveis de ansiedade tendem a aumentar nestas famílias e sentem-se ainda alterações a nível financeiro e profissional/académico.

No que diz respeito às principais dificuldades sentidas, os familiares frisam a sua perceção de falta de apoio por parte dos serviços de saúde e revelam fortes dificuldades em reconhecer sinais de alarme, avaliar o risco de recaída do jovem, exercer a vigilância adequada e assegurar um meio envolvente seguro e protegido. Outro ponto que tendem a reforçar é a falta de acesso a informação e orientações e o não saber quando devem ou não encaminhar o jovem para um profissional de saúde. Os familiares de jovens com CAL ou TS passam a sentir medo de que o jovem repita o comportamento e dificuldades em compreender as suas emoções, não sabem como abordar o assunto e tendem a sentir-se angustiados e desamparados.

Os resultados indicam que, apesar das dificuldades em abordar o assunto, os familiares de jovens com CAL ou TS referem falar com o jovem sobre o sucedido e sobre os seus sentimentos. Referem conversar também com os seus companheiros, filhos ou

pais e outros familiares. Os familiares acreditam que é importante que se aborde o assunto, para que se torna mais fácil de explorar e entender e discordam de que o segredo ou o silêncio sobre o sucedido traga qualquer tipo de benefício.

Os dados refletem ainda que os familiares tendem a recorrer sobretudo ao hospital, aos serviços de urgência e aos serviços de saúde mental, especialmente a psicólogos e psiquiatras. Em contrapartida, não recorrem a fontes informais como a internet, livros e panfletos. Importa sublinhar que nenhum familiar recorreu a linhas de apoio telefónicas, o que poderá abrir espaço para uma reflexão sobre o conhecimento e perceção que as famílias têm sobre a mesma e sobre a necessidade de uma maior divulgação. A nível da utilidade percebida dos recursos, os familiares classificaram como úteis o hospital, os serviços de emergência, os serviços de urgência, os serviços de saúde mental, os psicólogos, os psiquiatras, os médicos de medicina geral e familiar e os enfermeiros.

No que concerne à sintomatologia ansiosa, depressiva e de stresse em ambos os grupos de familiares, observaram-se níveis mais elevados de depressão e stresse nos familiares de jovens com CAL ou TS e níveis de ansiedade mais elevados nos familiares de jovens sem CAL ou TS.

Os familiares de jovens sem CAL ou TS manifestaram, de uma forma geral, maior satisfação com o suporte social. No entanto, as famílias de jovens com CAL ou TS apresentam maior satisfação em relação aos amigos e às atividades sociais.

Os níveis de emoção expressa assumiram valores mais elevados nas famílias de jovens sem CAL ou TS, em comparação às famílias de jovens com CAL ou TS.

Os resultados obtidos neste estudo reforçam a necessidade de se investigar e explorar o tema e refletem que, de facto, os CAL ou TS dos jovens constituem um problema sério e com um enorme impacto na vida psicossocial não só do jovem, mas também dos seus familiares. Os CAL ou TS dos jovens constituem uma realidade epidemiológica preocupante e dão origem a consequências disruptivas e perturbadoras nos seus familiares (Cardoso, 2016), causando-lhes sofrimento, angústia, ansiedade e medo e afetando as mais variadas dimensões da sua vida.

É importante que se compreenda a necessidade de intervir de forma mais eficaz e empática junto destas famílias e a presente investigação procura sublinhar as carências e o sofrimento que estes familiares enfrentam.

Desta forma, é necessário que sejam delineadas estratégias específicas para o desenvolvimento de intervenções e serviços de ajuda especializada a casos de famílias de

jovens que manifestem comportamentos suicidários, melhorando não só a experiência destes familiares com os serviços de saúde, pelos quais se sentem desamparados, mas também as capacidades das famílias para aceitar, entender e superar os comportamentos dos jovens.

No mesmo sentido, abre-se espaço para uma reflexão sobre a necessidade de ampliar, atualizar e adaptar as intervenções já existentes e de investir um pouco mais na divulgação de informação sobre os vários tipos de ajuda que existem na sociedade para estas famílias e sobre as linhas de apoio disponíveis. É necessário instruir as pessoas, de famílias que já têm história de CAL ou TS e de famílias que não, sobre formas não só de lidar com o problema, mas também de se envolver na prevenção do mesmo e de reconhecer sinais de alerta, para que sejam detetados precocemente.

No que diz respeito às limitações do presente estudo, sublinha-se primeiramente o tamanho da amostra. Por se tratar de um tema sensível e delicado, a amostra torna-se difícil de recolher, pois depende da disponibilidade da pessoa para falar sobre um tema que lhe poderá despertar angústias e receios. Outra limitação está relacionada com a extensão do protocolo de recolha para famílias de jovens com CAL ou TS, o que poderá afetar a motivação e vontade dos participantes e conduzi-los a desistir. Também o facto de a informação ser recolhida passado um período variável dos CAL ou TS dos jovens constitui uma limitação, pois existe a possibilidade de que existam alterações de perceção e lacunas involuntariamente preenchidas que interfiram com as respostas. Por fim, importa realçar a falta de estudos empíricos que sustentem a temática.

Relativamente às potencialidades, importa realçar que este estudo permitiu chegar a conclusões de extrema importância acerca das principais consequências (explicações, efeitos, dificuldades, comunicação e recursos) destes comportamentos nas famílias e também da sintomatologia (ansiosa, depressiva e de stresse) que lhes está associada. O facto de se tratar de um estudo que compara o impacto em famílias de jovens com CAL ou TS e famílias de jovens sem CAL ou TS constitui também uma das principais potencialidades do estudo, pois permite perceber quais as principais diferenças entre os dois grupos e quais são significativas e carecem de intervenção mais rápida e especializada.

Por fim, apresentam-se algumas sugestões, com o intuito de potencializar futuras investigações sobre o tema. Primeiramente, sugere-se a realização de um estudo sobre a mesma temática, mas que consiga alcançar um maior número de participantes e que se torne mais representativa da população de indivíduos que vivenciem esta experiência.

Outra sugestão é a de replicar esta investigação, mas acrescentando variáveis como o padrão de vinculação estabelecido entre os jovens e os cuidadores, no intuito de perceber se se correlaciona com a adoção de comportamentos suicidários e influencia de alguma forma as consequências sentidas pelos familiares. Sugere-se ainda a realização de uma análise às respostas de carácter qualitativo dos familiares, procurando analisar os relatos, verificar se existem aspetos comuns entre os vários participantes e compreender melhor o impacto da problemática.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarenga, P. & Piccini, C. A. (2007). Preditores do desenvolvimento social na infância: Potencial e limitações de um modelo conceitual. *Interação em Psicologia, 11(1)*, 103-112. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
- Amaro, A. (2014). *História de Vitimização, Vinculação e Tentativas de Suicídio em Utentes de Serviço de Psiquiatria* (Tese de mestrado). Universidade do Minho, Portugal.
- Arbuthnott, A. & Lewis, S. (2015). Parents of youth who self-injure: a review of the literature and implications for mental health professionals. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health, 35(9)*. doi: 10.1186/s13034-015-0066-3
- Ayala-Nunes, L., Jiménez, L., Hidalgo, V. & Jesus, S. (2014). Family feedback in ChildWelfare Services: A systematic review of measures. *Children and Youth Services Review, 44*, 299–306.
- Barreira, A. (2016). *Associações entre a prática de auto-dano e a percepção de vinculação aos pais e pares em adolescentes portugueses* (Tese de mestrado). Universidade de Coimbra, Portugal.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology 61(2)*, 226-244.
- Bastos, V., Rocha, J. C. & Almeida, T. (2019). Os efeitos do rompimento de um relacionamento amoroso em estudantes universitários. *Psicologia, Saúde & Doenças, 20(2)*, 402-413. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200210>
- Botega, N., Werlang, B., Cais, C. & Macedo, M. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *Psico, 37(3)*, 213-220.
- Bousso, R. (2008). A teoria dos sistemas familiares como referencial para pesquisas com famílias que experienciam a doença e a morte. *Rev. Min. Enferm., 12(2)*, 257-261.
- Brás, M. (2013). *Condutas Suicidas: Vulnerabilidade e prevenção em adolescentes* (Tese de doutoramento). Universidade do Algarve, Portugal.
- Buus, N., Caspersen, J., Hansen, R., Stenager, E. & Fleischer, E. (2014). Experiences of parents whose sons or daughters have (had) attempted suicide. *John Wiley & Sons Ltd.*

- 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. Dublin, Ireland. doi: 10.1177/1359104508096765
- Cais, C. (2011). *Prevenção do suicídio: Estratégias de abordagem aplicadas no município de Campinas-SP* (Tese de doutoramento). Universidade Estadual de Campinas, Brasil
- Cardoso, G. T. (2016). *Comportamentos Autolesivos e Ideação Suicida nos Jovens* (Tese de mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal.
- Carvalho, C. B., da Motta, C., Sousa, M. & Cabral, J. (2017). Biting myself so I don't bite the dust: prevalence and predictors of deliberate self-harm and suicide ideation in Azorean youths. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 39(3), 252–262. doi: 10.1590/1516-4446-2016-1923
- Clark, S. & Golndey, R. (2000). The Impact of Suicide on Relatives and Friends. In Hawton, K. & Van Heeringen, K., (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, (pp. 467-484).
- Completo, J. (2014). *A influência das funções intrapessoais e interpessoais na auto-injúria não suicida e na ideação suicida* (Tese de mestrado). ISPA – Instituto Universitário, Portugal.
- Costa, I. (2012). *Adolescência: Ideação Suicida, Depressão, Desesperança e Memórias Autobiográficas* (Tese de mestrado). ISPA – Instituto Universitário, Portugal.
- Cruz, D., Narciso, I. & Daniel, S. (2016). Adolescents' maps about well-being, distress and self-destructive trajectories: what's in their voices? *Psychologica*, 59(1), 95-115. doi: https://doi.org/10.14195/1647-8606_59_1_6
- Cruz, D., Narciso, I., Pereira, C. & Sampaio, D. (2014). Self-Destructive Symptomatic Frames in Clinical Adolescents: Is the Same Different? *Journal of Research on Adolescence*, 1-10. doi: 10.1111/jora.12152
- Cruz, D., Narciso, I., Muñoz, M., Pereira, C. & Sampaio, D. (2013). Adolescents and self-destructive behaviours: An exploratory analysis of family and individual correlates. *Psicología Conductual*, 21, (2), 271-288.
- Daly, P. (2005). Mothers Living with Suicidal Adolescents: A Phenomenological Study of their Experiences. *Journal of Psychosocial Nursing* 44(3), 22-28.

- DGS (Direção Geral de Saúde (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio*. Programa Nacional para a Saúde Mental. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Erse, M. (2018). *Comportamentos suicidários nos adolescentes - Contributos para a validação do Adolescent Suicide Behaviour Questionnaire (ASBQ) para a população portuguesa* (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- 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, Portugal.
- Ferreira, J. (2014). *Mensagens sobre Escarificações na Internet: Um Estudo Psicanalítico* (Tese de Pós-graduação). Universidade Estadual de Maringá, Brasil.
- Ferreira, J. & Castela, M. (1999). Questionário de Ideação Suicida (Q.I.S.). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, 21.
- Ferreira, M. (2017). *Análise de um polimorfismo no gene transportador da serotonina (5-HTTLPR) em indivíduos da zona do Alentejo e a sua relação com o comportamento suicida* (Tese de mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Ferrey, A., 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
- Gonçalves, A. (2014). *Avaliação do risco de suicídio em estudantes do ensino superior politécnico: prevalência e fatores associados* (Tese de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Gonçalves, A. M., Freitas, P. P. & Sequeira, C. A. (2011). Comportamentos Suicidários em Estudantes do Ensino Superior: Factores de Risco e de Protecção. *Millenium*, 40: 149-159.
- Gouveira-Pereira, M., Abreu, S. & Martins, C. (2014). How do Families of Adolescents with Suicidal Ideation Behave? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(1), 171-178. ISPA – Instituto Universitário.
- 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(4), 414–421. doi: 10.1080/13811118.2015.1094367.
- Henrique, V. (2017). *Vínculo a pais e pares e comportamento suicida em adolescentes*. (Tese de doutoramento). Universidade de Brasília.

- Henry-McAllister, B. E. (2011). *Freeing the Parent Voice: A Hermeneutic Phenomenological Understanding of Parents Whose Children Have Survived Suicide Attempts*. (Dissertação não publicada). Chicago School of Professional Psychology, Illinois, Chicago.
- 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., Locock, L., Simkin, S., Stewart, A., Ferrey, A. E., Gunnell, D., Kapur, N. & Hawton, K. (2015). Making sense of an unknown terrain: how parents understand self-harm in young people. *Qualitative Health Research, 1 – 11*. doi: 10.1177/1049732315603032.
- Jorge, J., Queirós, O. & Saraiva, J. (2015). Descodificação dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida – Estudo qualitativo das funções e significados na adolescência. *Análise Psicológica, 33*(2), 207-219. doi: 10.14417/ap.991
- Kavanagh, D. J., O'Halloran, P., Manicavasagar, V., Clark, D., Piatkowska, O., Tennant, C., & Rosen, A. (1997). Family Attitude Scale.
- 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. *Psychiatry Research, 70*, 185–195. doi: 10.1016/S0165-1781(97)00033-4.
- Laranjeira, P. (2015). *A relação entre depressão e ideação suicida em jovens adultos: O papel mediador da desesperança e da dor mental* (Tese de mestrado). Universidade de Évora, Portugal.
- Lindgren, B., Astrom, 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), 1-10. Umea, Suíça. doi: 10.3402/qhw.v5i3.5482
- Lopes, F. (1998). *O suicídio sem fronteiras: entre a razão e a desordem mental* (Tese de mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Brasil.
- Mann, J. J., Brent, D. A. & Arango, V. (2001). The Neurobiology and Genetics of Suicide and Attempted Suicide: A Focus on the Serotonergic System. *Neuropsychopharmacology, 24*(5). Nova York, EUA.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L. & Malone, K. M. (1999). Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. *Am J Psychiatry, 156*, 181–189.

- Matos, M., Pinto-Gouveia, J. & Martins, S. (2011). O impacto traumático de experiências de vergonha: estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da Impact of Event Scale – Revised. *Psychologica*, 54, 413 – 438.
- McDonald, G., O’Brien, L. & Jackson D. (2007). Guilt and shame: experiences of parents of self-harming adolescents. *Journal of Child Health Care*, 11(4), 298-310. doi: 10.1177/1367493507082759
- Melo, O. & Mota, C. (2014). Protótipos de vinculação amorosa: Bem-estar psicológico e psicopatologia em jovens de famílias intactas e divorciadas. *Análise Psicológica*, 32(3), 307-322. doi: 10.14417/ap.718
- Mendonça, F. V. M. (2015). *Suicídio Na Adolescência* (Tese de mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2016). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics and Change*. Nova York: The Guilford Press.
- Moreira, J. (1995). Questionário de Estilo Relacional. Universidade de Lisboa, Lisboa. (Documento não publicado).
- 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. Dublin, Irlanda. doi: 10.1186/1753-2000-7-13.
- Nobre-Lima, L., Barreira, A. & Castilho, P. (2017). A influência de fatores sociodemográficos na expressão de comportamentos autolesivos não suicidários (NSSI) em adolescentes portugueses. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 8, 33-48.
- Nock, M. & Prinstein, M. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 72(5), 885-890. doi: 10.1037/0022-006X.72.5.885
- Nunes, C. (2013). *Auto-dano e ideação suicida na população adolescente: Aferição do Questionário de Impulso, Auto-dano e Ideação suicida na Adolescência (QIAIS-A)* (Tese de mestrado). Universidade dos Açores, Portugal.
- Nunes, F. & Mota, C. P. (2017). Vinculação aos pais, competências sociais e ideação suicida em adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69(3), 53-65.

- O'Connor, R. & Portzky, G. (2018). The relationship between entrapment and suicidal behavior through the lens of the integrated motivational–volitional model of suicidal behavior. *Current Opinion in Psychology*, 22, 12–17.
- Oldershaw, A., Richards, C, Simic, M. & Schmidt, U. (2008). Parents' perspectives on adolescent self-harm: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 193(2), 140-144. doi: 10.1192/bjp.bp.107.045930
- OMS (Organização Mundial de Saúde) (2000). Prevenir o suicídio: um guia para profissionais dos mídia. Genebra, OMS.
- OMS (Organização Mundial de Saúde) (2001). Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, OMS.
- OMS (Organização Mundial de Saúde) (2006). Prevenção do Suicídio: um recurso para conselheiros. Genebra, OMS.
- OMS (Organização Mundial de Saúde) (2014). Preventing suicide: A global imperative. Genebra, OMS.
- Pachecho, J. & Hutz, C. (2009). Variáveis Familiares Predictoras do Comportamento Anti-Social em Adolescentes Autores de Atos Infracionais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 25(2), 213-219.
- 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.
- Palma, A. (2018). “O Que Sentiste Antes? O Que Sentiste Depois? Porque os Fizeste?” *As Emoções e Funções dos Comportamentos Autolesivos Na Adolescência* (Tese de mestrado). ISPA – Instituto Universitário, Portugal.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5). Lisboa, Portugal.
- Power, L., Morgan, S., Byrne, S., Boylan, C., Carthy, A., Crowley, S., Fitzpatrick, C. & Guerin, S. (2009). A pilot study evaluating a support programme for parents of young people with suicidal behavior. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(20), 1-8. Dublin, Irlanda. doi:10.1186/1753-2000-3-20
- 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.

- 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
- Raupp, C. S., Marin, A. H. & Mosmann, C. P. (2018). Comportamentos autolesivos e administração das emoções em adolescentes do sexo feminino. *Psicologia Clínica* 30(2), 289-308. Rio de Janeiro, Brasil.
- Ribeiro, J. & Sousa, M. (2002). Vinculação e comportamentos de saúde: Estudo exploratório de uma escala de avaliação da vinculação em adolescentes. *Análise Psicológica*, 20(1), 67-75.
- Roths, 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.
- Roths, I., Henriques, M., Santos, J.C., & Brás, M. (2016). Questionário da Experiência da Tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo de um Familiar QETSALF 6 - versão para Familiares.
- Roths, I. & Henriques, M. (2017). Health Professionals' Explanations of Suicidal Behaviour: Effects of Professional Group, Theoretical Intervention Model, and Patient Suicide Experience. *Omega - Journal of Death and Dying*, 0(0), 1–28. doi: 10.1177/0030222817693530
- Santos, J. C. (2006). Conflitualidade Familiar e Comportamentos Para-suicidários. O Papel da Emoção Expressa. In. B. Peixoto, C. B. Saraiva, & D. Sampaio (Eds.), *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp. 183-201). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Santos, L. C. & Faro, A. (2018). Aspectos conceituais da conduta autolesiva: Uma revisão teórica. *Psicol. Pesqui.* 12(1). doi: 10.24879/201800120010092
- Segal, J. (2004). *Análise do gene transportador da serotonina em pacientes deprimidos que tentaram o suicídio* (Tese de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
- Silva, D. (2014). *O efeito da sintomatologia de stress traumático no envolvimento parental escolar* (Tese de Mestrado). Universidade Portucalense, Portugal.
- Silva, I. (2017). *A qualidade de vinculação aos pais e aos pares, os comportamentos auto-lesivos e a ideação suicida nos adolescentes* (Tese de mestrado). ISPA – Instituto Universitário, Portugal.

- Silva, N. F. (2014). *Teoria da Vinculação* (Tese de mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.
- Soole, R., Kølves, K. & DeLeo, D. (2015). Suicide in Children: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research, 19*(3), 285-304. doi: 10.1080/13811118.2014.996694
- Suyemoto, K. (1998). The Functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review, 18*(5), 531–554.
- Tavares, C. (2014). *Projeto “Viva a Vida”* (Tese de mestrado). Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal.
- 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, 13*(4), 115 – 124. doi.10.12707/RIV17008.
- Van Orden, K., Witte, T., Cukrowicz, K., Braithwaite, S., Selby, E. & Joiner Jr., T. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychol Rev, 117*(2), 575-600. doi: 10.1037/a0018697
- 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: 10.1097/00004583-20000400000011.
- Wei, M., Russell, D. W., Mallinckrodt, B. & Vogel, D. L. (2007). The Experiences in Close Relationship Scale (ECR)-Short Form: Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment, 88*(2), 187-204. doi: 10.1080/00223890701268041
- Weissenberger, A. A. (2006). *Parental Understanding of and Impact on Child’s Adjustment in the Aftermath of a Suicide Attempt* (Tese de doutoramento). Catholic University of America, Washington, EUA.
- Xavier, A. (2016). *Experiências emocionais precoces e (des)regulação emocional: implicações para os comportamentos autolesivos na adolescência* (Tese de doutoramento). Universidade de Coimbra, Portugal.
- Yang, B. & Clum, G. (1996). Effects of early negative life experiences on cognitive functioning and risk for suicide: a review. *Clinical psychology Review, 16*(3), 177-195.
- Zdravec, T., Grad, O. & Socan, G. (2006). Expert and lay explanations of suicidal behaviour: comparison of the general population’s, suicide attempters’, general practitioners’ and psychiatrists’ views. *International journal of social psychiatry, 52*(6), 535 – 551. doi: 10.1177/00207640060668408.

9. ANEXOS

Anexo A. 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 a52065@ualg.pt (Inês Raposo). Relembro que a sua colaboração é extremamente importante.



Eu, _____ (nome completo do participante), declaro 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:

____ / _____ / 2019

O coordenador local:

O(A) investigador(a) de contacto

(Marta Brás, mbras@ualg.pt)

(Inês Raposo, a52065@ualg.pt)

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.

Anexo B. 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: _____
5. Habilitações Académicas (assinale o ano/ grau que concluiu):
 1º Ciclo. Ensino Secundário
 2º Ciclo. Ensino Superior
 3º Ciclo. Outra: _____
6. Estado civil:
 Casado(a)/União de facto. Solteiro(a).
 Divorciado(a)/Separado(a). Viúvo(a).
7. Distrito onde vive: _____

As questões que se seguem são referentes **ao seu (sua) familiar.**

1. Género: Feminino Masculino
2. Idade atual: _____ anos _____ meses
3. Estado civil:
 Casado(a)/União de facto. Solteiro(a).
 Divorciado(a)/Separado(a). Viúvo(a).
4. Ano de escolaridade que frequenta: _____ ou Profissão: _____
e Habilitações Académicas do(a) seu(sua) familiar (assinale o ano/ grau que concluiu):
 1º Ciclo. Ensino Secundário

- 2º Ciclo. Ensino Superior
- 3º Ciclo. Outra: _____
5. O(a) seu (sua) familiar tem ou teve algum diagnóstico psicopatológico/ psiquiátrico?
- Sim Não
- a. Se Sim, qual (quais) diagnóstico(s)?
- _____
6. O(a) seu (sua) familiar tem ou teve acompanhamento psiquiátrico?
- Sim Não
7. O(a) seu (sua) familiar tem ou teve acompanhamento psicológico?
- Sim Não
8. O seu familiar tem ou teve história de comportamento(s) autolesivo(s) ou tentativa(s) de suicídio?
- SIM NÃO
9. Se respondeu "**sim**" na questão anterior, diga o grau de parentesco com a pessoa que efetuou tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo:
- Irmão(ã). Pais.
- Companheiro(a)/namorado(a). Primo(a).
- Tio(a). Filho(a).
- Outro: _____
10. Vive com o(a) familiar que efetuou a tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo?
- SIM NÃO

**Anexo C. Questionário de Experiência de Tentativa de Suicídio ou
Comportamento Autolesivo de um Familiar (QETSALF)**

QETSALF (Questionário de Experiência de Tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo de um Familiar)

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

Tentativa de enforcamento

O que tomou? _____

Quantidade? _____

Arma de fogo

Intoxicação por pesticida ou outros tóxicos

Precipitação

Asfixia/ intoxicação por gás doméstico ou dióxido de carbono

Afogamento

Corte/ contusão/ Flebotomia

Cortes na pele com objeto cortante

Queimaduras na pele

Não sei

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 _____

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"/>
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.**

Recorreu ou não

Utilidade

Caso não tenha usado o serviço apresentado escolha a opção NÃO	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"/>

6. 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 1	Pouco frequente 2	Algo frequente 3	Frequente 4	Muito frequente 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	Muito frequente
	1	2	3	4	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?

Anexo D. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (versão para familiares de jovens com comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídio)

EADS (Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse)

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 E. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (versão para familiares de jovens sem comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídio)

EADS (Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse)

Por favor, indique quanto cada afirmação se aplicou a si **na última semana**. 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. Preocupe-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 F. Escala de Satisfação com o Suporte Social

ESSS (Escala de Satisfação com o Suporte Social)

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 G. Family Attitude Scale (FAS-30)

FAS (Family Attitude Scale)

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