

**Ânia Vicente Martins Correia**

**Experiências de familiares de jovens com comportamentos  
suicidários: a ansiedade, depressão e stresse**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2018

**Ânia Vicente Martins Correia**

**Experiências de familiares de jovens com comportamentos  
suicidários: a ansiedade, depressão e stresse**

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação de mestrado realizada sob a orientação de:

Professora Doutora Marta Sofia Ventosa Brás



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2018

# **Experiências de familiares de jovens com comportamentos suicidários: a ansiedade, depressão e stresse**

## **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.

*Ânia Vicente Martins Correia*

---

Copyright © Ânia Vicente Martins Correia

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**

Elaborar uma dissertação exigiu, em primeiro lugar, vontade própria, apoio e disponibilidade para a sua execução.

O primeiro agradecimento vai para a minha orientadora, professora doutora Marta Brás, que orientou a elaboração desta dissertação. É de facto, pelo apoio e disponibilidade sempre evidenciados, pelos ensinamentos, exigências e pelos conhecimentos transmitidos que contribuíram para que eu conseguisse.

Quero agradecer aos meus pais, pelo apoio, incentivo e convicção e por ser graças a eles, que batalharam pela minha educação e formação, que me foi possível prosseguir os estudos e espero deixá-los sempre orgulhosos.

Ao meu namorado, pelo amparo, pela paciência e compreensão, por toda a força que depositou em mim e por nunca me ter deixado desistir.

À minha família e amigos que sei que torceram sempre por mim.

A todos os familiares que participaram neste estudo, pela disponibilidade, compreensão e colaboração nos questionários.

Foi um trabalho em equipa e agradeço toda a confiança depositada em mim!

*“No meio da dificuldade  
encontra-se a oportunidade”*

Albert Einstein

## **Resumo**

Os comportamentos suicidários e autolesivos dos jovens parecem ter sérias repercussões nos seus familiares. Contudo, os estudos acerca das experiências destes familiares são escassos e sobretudo de natureza qualitativa.

O presente estudo tem como objetivo compreender as experiências dos familiares após um comportamento suicidário e/ou autolesivo de um jovem, mais especificamente as explicações, as reações emocionais, as consequências na comunicação, assim como a sintomatologia psicopatológica e traumática dos familiares.

Neste estudo participaram 18 familiares (11 pais), que responderam ao Questionário da Experiência da Tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo de um Familiar (QETSALF – 6), à Escala do Impacto do Acontecimento Revista (IES – R) e à Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS – 21).

Os resultados demonstram que os familiares consideram que os comportamentos suicidários ou autolesivos dos jovens consistem maioritariamente na expressão de emoções intensas, enquanto os jovens como forma de aliviar a tristeza. Perante estes comportamentos, os familiares sentem preocupação, sofrimento, sendo a experiência emocionalmente mais negativa para os pais. A comunicação na família também é afetada, embora os pais concordem que pode ser positivo abordar o tema com os jovens. Na sequência deste tipo de comportamentos dos jovens, os familiares apresentam sintomatologia psicopatológica e traumática, sendo de salientar que estes sintomas são mais intensos quando não há história familiar de comportamentos suicidários.

Estes resultados vão globalmente ao encontro dos dados da literatura, alertando para as consequências e necessidades que os familiares vivenciam após esta experiência. São discutidas as implicações práticas para a intervenção junto de familiares.

**Palavras-chave:** Comportamentos suicidários, Jovens, Familiares, Sintomatologia psicopatológica e traumática.

## **Abstract**

The suicidal and self-harms behavior of young people seems to have serious repercussions on their families. However, the studies about the experiences of these relatives are scarce and, above all, of a qualitative approach.

The present study aims to understand the experiences of family members after self-harms and/or suicidal behaviors of a young person.

In this study, 18 family members participated (11 parents, 18 to 80 years old), who answered the Experience of Attempted Suicide or Self - Harms Behavior Questionnaire (QETSALF - 6); Impact of Event Scale - Revised (IES - R) and Depression Anxiety Stress Scale (DASS - 21).

The results show that the family members consider that the suicidal or self-harms behaviors of young people consist mainly in the expression of intense emotions, while young people as a way to alleviate sadness. Faced with these behaviors, family members feel worry, suffering, and the experience is more emotionally negative for parents. Communication in the family is also affected, although parents agree that it can be positive to address the issue with young people. Following this type of behavior of the young, the family members exhibit psychopathological and traumatic symptomatology, and it should be pointed out that these symptoms are more intense when there is no family history of suicidal behavior.

These results will globally meet the data of the literature on the subject, alerting to the consequences and needs that the family experiment after this experience. The practical implications for intervention with family members are discussed.

**Keywords:** Suicide behavior, Young people, Family members, Psychopathological and traumatic symptoms.

# Índice

<b>1. Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Enquadramento Teórico.....</b>	<b>3</b>
2.1. Definição de conceitos: suicídio, tentativa de suicídio e comportamento autolesivo .....	3
2.2. Modelos explicativos dos comportamentos suicidários.....	5
2.3. Características das famílias com jovens: o risco de comportamentos suicidários ou autolesivos .....	9
2.4. Os jovens e o contexto social e familiar .....	15
2.5. Impacto emocional dos comportamentos suicidários e autolesivos dos jovens nos familiares.....	17
2.6. Consequências, dificuldades e necessidades das famílias após comportamentos autolesivos e/ou suicidários dos jovens .....	22
2.7. Estratégias utilizadas pelos familiares após os comportamentos autolesivos e/ou suicidários dos jovens .....	27
2.8. Medidas de apoio para os familiares de jovens com comportamentos autolesivos e/ou suicidários .....	32
<b>3. Objetivos .....</b>	<b>36</b>
<b>4. Método.....</b>	<b>37</b>
4.1. Participantes.....	37
4.2. Tipo de estudo.....	37
4.3. Instrumentos.....	38

4.3.1.	“Questionário da Experiência da Tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo de um familiar” (QETSALF – 6).....	38
4.3.2.	Escala do Impacto do Acontecimento (IES – R).....	40
4.3.3.	Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21).....	41
4.4.	Procedimento de Recolha de Dados .....	42
4.5.	Procedimento de Análise de Dados .....	44
<b>5.</b>	<b>Resultados .....</b>	<b>47</b>
5.1.	Caraterização da amostra .....	47
5.2.	Caraterização dos jovens e dos comportamentos autolesivos e/ou suicidários	49
5.3.	Experiência dos comportamentos autolesivos e/ou suicidários nos familiares	52
5.3.1.	Explicações referidas pelos familiares relativamente aos comportamentos autolesivos e/ou suicidários dos jovens.....	52
5.3.2.	Explicações referidas pelos jovens para os seus comportamentos autolesivos e/ou suicidários, de acordo com os familiares.....	55
5.3.3.	Reações emocionais dos familiares .....	57
5.3.4.	Comunicação na família após um comportamento autolesivo e/ou suicidário do jovem .....	60
5.4.	Experiências dos familiares em função de variáveis sociodemográficas e da história clínica.....	62
5.5.	Ansiedade, depressão e stresse nos familiares .....	71
5.6.	Sintomatologia psicopatológica e traumática nos familiares.....	72

5.7. Relação entre as Explicações, Reações Emocionais e Comunicação e a sintomatologia dos familiares .....	75
<b>6. Discussão .....</b>	<b>78</b>
7. Conclusões .....	93
<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>97</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>105</b>

## Índice de Tabelas

Tabela 1. Caraterísticas sociodemográficas dos familiares.....	47
Tabela 2. Caraterísticas dos jovens e dos comportamentos autolesivos e/ou suicidários .....	49
Tabela 3. Explicações referidas pelos familiares relativamente aos comportamentos autolesivos e/ou suicidários dos jovens.....	52
Tabela 4. Explicações referidas pelos jovens para os seus comportamentos autolesivos e/ou suicidários, de acordo com os familiares.....	55
Tabela 5. Reações emocionais dos familiares na sequência dos comportamentos autolesivos e/ou suicidários dos jovens.....	57
Tabela 6. Comunicação na família na sequência dos comportamentos autolesivos e/ou suicidários dos jovens.....	60
Tabela 7. Explicações, Reações Emocionais e Comunicação em função do Grau de Parentesco dos familiares.....	63
Tabela 8. Comparação de valores médios das Explicações, Reações Emocionais e Comunicação em função de o jovem ter tido ou não Acompanhamento psicológico....	65
Tabela 9. Comparação de valores médios das Explicações, Reações Emocionais e Comunicação em função da História familiar de comportamentos autolesivos (CAL)..	66
Tabela 10. Comparação de valores médios das Explicações, Reações Emocionais e Comunicação em função da História familiar de tentativas de suicídio (TS).....	68
Tabela 11. Comparação de valores médios das Explicações, Reações Emocionais e Comunicação em função da História familiar de suicídio consumado.....	70
Tabela 12. Depressão, Ansiedade e Stresse em função da História familiar de suicídio consumado.....	71

Tabela 13. Comparação de valores médios do Evitamento, Intrusão e Hiperativação em função da História familiar de comportamentos autolesivos (CAL).....	73
Tabela 14. Comparação de valores médios do Evitamento, Intrusão e Hiperativação em função da História familiar de suicídio consumado.....	74
Tabela 15. Correlações entre a sintomatologia psicopatológica e traumática.....	75
Tabela 16. Correlações entre categorias e sintomatologia psicopatológica e traumática.....	76

## **Índice de Anexos**

Anexo A – Questionário da Experiência da Tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo de um Familiar (QETSALF – 6).....	106
Anexo B – Escala do Impacto do Acontecimento – Revista (IES – R).....	116
Anexo C – Escala Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS – 21).....	118
Anexo D – Autorização da Comissão de Ética e da Saúde da ARS do Algarve.....	120
Anexo E – Declaração do Consentimento Informado .....	122

## **1. Introdução**

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018), o suicídio constitui, atualmente, um problema de saúde pública mundial, sendo a segunda principal causa de morte, especialmente em adolescentes e jovens-adultos dos 15 aos 29 anos. Os comportamentos suicidários entre os jovens são comuns e são uma crescente preocupação devido aos danos físicos imediatos e potenciais a longo-prazo que causam, bem como a sua associação com sofrimento psicológico (Doyle et al., 2015). Este tipo de comportamentos deve ser encarado como um sinal de alerta para um suicídio futuro, sendo a tentativa de suicídio o fator de risco mais preditor do suicídio.

Existem adolescentes em que as diversas transformações, exigências, necessidades de ajustes internos e externos, instabilidade e desequilíbrio, originam dificuldades na gestão do desenvolvimento saudável nos campos afetivo, pessoal, familiar, escolar e de socialização, tornando-os desta forma vulneráveis a comportamentos suicidários (Trinco, Santos, & Barbosa, 2017).

A tentativa de suicídio ou o comportamento autolesivo do jovem podem ter significativos impactos sobre os pais e a família. Estes comportamentos exercem sobre os pais um mal-estar constante com sentimentos de tristeza, inquietação, ansiedade, culpa e medo do futuro (Ferrey et al., 2016; Greene-Palmer et al., 2015), com consequências a nível pessoal, familiar, laboral e social. No que se refere aos cuidados de saúde, a literatura existente mostra que, essencialmente os pais, sentem-se incompreendidos e carentes de apoio emocional que contribui para que se sintam mais angustiados, negligenciados e ignorados, dificultando o enfrentamento da situação (Trinco, Santos, & Barbosa, 2017).

Face ao exposto, pretende-se explorar o impacto dos comportamentos suicidários sobre a família e examinar o tipo de explicações mais comum para justificar o

comportamento do jovem, as reações emocionais mais frequentes e a maneira como comunicam acerca do que aconteceu, após uma tentativa de suicídio ou comportamentos autolesivos dos jovens. Paralelamente, também se tenciona analisar as dificuldades que os familiares sentiram, após o comportamento suicidário e/ou autolesivo do jovem e que tenham sido indutoras de ansiedade, depressão e stresse, assim como a presença de sintomatologia traumática nos familiares. Esta investigação insere-se no âmbito de um estudo nacional longitudinal multicêntrico, a decorrer numa parceria universitária, que inclui a Universidade do Algarve, Porto e Coimbra (UALG, CPUP – FPCEUP e ESenfC) e várias instituições hospitalares.

Esta dissertação está dividida em vários capítulos. Primeiramente, é apresentada a fundamentação teórica que sustenta a investigação, com base na literatura existente acerca do tema, que se divide em subtópicos de modo a tornar a leitura mais esclarecedora. Posteriormente, segue-se a apresentação do estudo empírico, onde se descrevem detalhadamente os objetivos do estudo, a metodologia de investigação os resultados obtidos e a discussão dos mesmos. Na discussão, comparam-se e debatem-se os resultados do presente estudo com os resultados de estudos prévios consultados na revisão da literatura. Por último, efetuaram-se as conclusões gerais de acordo com os resultados obtidos, apresentam-se as limitações inerentes ao estudo, as suas potencialidades e termina-se com propostas de investigação para o futuro.

## **2. Enquadramento Teórico**

### **2.1. Definição de conceitos: suicídio, tentativa de suicídio e comportamento autolesivo**

A angústia e o desespero que alguns indivíduos sentem perante acontecimentos de vida percebidos como intoleráveis e intermináveis leva-os a ponderarem a própria morte como a única saída (Saraiva, 2006), para terminarem com um sofrimento psicológico que se torna insuportável (Shneidman, 1993; Silva & Polubriaginof, 2009). É esta dor psicológica, a principal motivadora para a autodestruição (Fensterseifer, et al., 2004; Shneidman, 1993).

Porém, é importante entender que, a probabilidade de uma pessoa cometer o suicídio varia num contínuo, que contempla, num ponto inicial, a ideação suicida, ou seja, pensamentos e cognições acerca da possibilidade de cometer o suicídio; em seguida os comportamentos autolesivos que são comportamentos automutilatórios não-fatais, sem intenção suicida, mas com a intenção de se magoar fisicamente e são, muitas vezes, concretizados em segredo; posteriormente a tentativa de suicídio que tem a intenção de provocar a própria morte, mas por razões alheias não é fatal; e, num último ponto, o suicídio consumado, que é um ato fatal autoprovocado intencionalmente (DGS, 2013; Greydanus & Shek, 2009). O nível de intencionalidade distingue os comportamentos autolesivos das tentativas de suicídio (DGS, 2013). Assim, no comportamento autolesivo o jovem não está consciente do desejo de se matar, enquanto no suicídio ele tem um desejo consciente e deliberado de pôr fim à sua vida (Marcelli e Braconnier, 2005).

Atualmente, segundo a Organização Mundial de Saúde (2018) o número de pessoas que comete suicídio é bastante elevado, dos quais 78% ocorrem em países de classe baixa e média e suicidam-se anualmente, em todo o mundo, mais de 800 mil

peessoas (o que representa uma morte por suicídio a cada 20 segundos e uma tentativa de suicídio a cada 2 segundos) e estima-se que em 2020, aproximadamente 1,53 milhões de pessoas morrerão por suicídio. Acrescenta também que, a Europa foi a região do mundo com a taxa mais elevada de suicídio, nomeadamente 14,1 por cada cem mil habitantes. Portugal, em 2015, registou uma taxa de 10,9 mortes por suicídio por cada cem mil habitantes, o que significa que, tendo em conta cerca de dez milhões de habitantes, aproximadamente 1090 ter-se-ão suicidado (INE, 2017). A taxa de mortalidade por suicídio é maior nos homens, sendo 4 a 6 vezes superior quando comparada com a taxa de suicídio nas mulheres, encontrando-se o Alentejo com a cotação mais elevada para ambos os géneros, seguindo-se a região do Algarve (DGS, 2016). Entre os métodos mais comuns de suicídio estão a ingestão de pesticidas, enforcamento e armas de fogo (OMS, 2018).

Entre os jovens, dos 15 aos 29 anos, o suicídio foi a segunda causa de morte em 2015 e estima-se que o número de tentativas de suicídio seja bastante superior aos suicídios (OMS, 2018). É frequente comunicarem a sua intenção por sinais de angústia ou recursos, pelo apelo à autonomia ou à mudança, mesmo que de forma inconsciente (Shneidman, 1993). A literatura sugere que estes comportamentos suicidários têm início na adolescência, e que as raparigas têm maior tendência para os comportamentos autolesivos sem intenção suicida e, nestes casos, os métodos mais utilizados por estas são as intoxicações e sobredosagens terapêuticas, autoenvenenamento e automutilações (DGS, 2013; Greydanus & Shek, 2009; Hughes et al., 2015; Marcelli & Braconnier, 2005). No entanto, é difícil identificar o número exato deste tipo de comportamentos, uma vez que estes jovens, por vezes, não procuram atendimento hospitalar (Klineberg et al, 2013; Lindgren, Astrom, & Graneheim, 2010) ou, mesmo quando o fazem, não existem registos oficiais sobre o motivo da consulta (DGS, 2013). Aliás, estudos

baseados na comunidade relatam que apenas 10-13% dos adolescentes que se automutilam se apresentaram aos serviços de saúde (Klineberg et. al, 2013).

Apesar de os comportamentos autolesivos normalmente se extinguirem no final da adolescência, é mais provável que persistam nas mulheres do que nos homens (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012), porém também podem ser um precursor de problemas específicos de saúde mental na idade adulta (Greydanus & Shek, 2009). A persistência deste tipo de comportamentos na idade adulta está associada à repetição de comportamentos autolesivos durante um longo período de tempo na adolescência (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012). Face a qualquer um destes comportamentos, a questão central focaliza-se no que motiva alguém, sobretudo um jovem, a prescindir do direito de viver.

## **2.2. Modelos explicativos dos comportamentos suicidários**

O suicídio, por ser um comportamento complexo e multidimensional, não se explica por um único modelo teórico explicativo universalmente aceite sobre este assunto. Apesar da existência de um corpo teórico abrangente que difere nos fatores (biológicas, psicológicas ou sociais) considerados cruciais para a explicação, tratamento e prevenção do comportamento suicidário, a sua multiplicidade cria dificuldades na elaboração de um paradigma. Posto isto, seguidamente serão enunciados alguns modelos de natureza médica e outros de natureza psicológica que dão ênfase essencialmente à dor psicológica, às crenças disfuncionais, a fatores indutores de stresse, à vulnerabilidade individual e à vinculação, que têm como consequência o suicídio.

As explicações médicas ou biológicas (fatores familiares ou genéticos) do comportamento suicidário afirmam que o suicídio geralmente é uma complicação de

uma perturbação psiquiátrica. Porém, a probabilidade de ocorrência do comportamento suicidário também depende de uma diátese que inclua desesperança e aumento da impulsividade ao longo da vida. Assim, nesta interação, a doença psiquiátrica pode levar a uma maior vulnerabilidade ao stress e, potencialmente, aumentar o risco de comportamentos suicidários. Neste contexto, o tratamento das perturbações psiquiátricas é crucial para reduzir estes comportamentos (Mann, 2002). Um estudo realizado por Rothes e Henriques (2017) mostrou que a interpretação dos profissionais de saúde sobre os comportamentos suicidários é realizada não só através do modelo psicopatológico ou biomédico, mas também e predominantemente por o modelo que enfatiza a importância da dor psicológica. O estudo evidenciou que, para os profissionais de saúde portugueses, o paradigma da saúde mental apenas expõe uma parte das explicações dos comportamentos suicidários, pois consideram que as perturbações psiquiátricas são geralmente uma condição necessária, mas insuficiente, para explicar o comportamento suicidário.

As explicações psicológicas dão ênfase à forma como os processos cognitivos internos e os estados afetivos influenciam o comportamento suicidário (Zdravec, et al., 2006). O Modelo da dor psicológica, que tem a sua maior referência em Shneidman (1993), defende que a dor psicológica (*psychache*) é o fator desencadeante para o suicídio, quando há vivências negativas ou quando as necessidades psicológicas (i.e. necessidade de conforto, segurança, autonomia, relações interpessoais, entre outras) não são satisfeitas. Quando a dor psicológica aumenta, os indivíduos tentam escapar por comportamentos suicidários, numa tentativa de aliviar esse sofrimento sentido. Portanto, o comportamento suicidário é um método aprendido para lidar com determinadas dificuldades (Zdravec, et al., 2006).

Segundo Beck (1997), as principais causas do suicídio são as crenças disfuncionais que o indivíduo tem sobre o próprio, sobre os outros e sobre o mundo, influenciando a forma como processa, percebe e atribui significados às suas emoções e comportamentos, deixando-o mais vulnerável a pensamentos repetitivos sobre a morte, associados a comportamentos suicidários e à diminuição do patamar esperado para um episódio suicidário.

Existem ainda outros modelos que consideram a vulnerabilidade ao stresse como um fator determinante para o suicídio – Modelo diátese do stresse – em que fatores de vulnerabilidade (psiquiátricos, psicológicos e biológicos) predis põem o indivíduo aos comportamentos suicidários, em interação com fatores ambientais (i.e. conflitos familiares) a que o indivíduo está exposto (acontecimentos altamente indutores de stresse), aumentando o risco. Assim, quer o nível de stresse, quer a vulnerabilidade individual apresentada, terão influência nas respostas a acontecimentos stressores. Quanto mais intensos forem estes acontecimentos relativamente à capacidade do indivíduo para lidar com eles, maior a probabilidade dos comportamentos suicidários ocorrerem (Evans, Hawton, & Rodham, 2004).

O Modelo motivacional e volitivo integrado de Nock e O'Connor (2014) defende o suicídio como um comportamento que se desenvolve através da fase de motivação (fatores que comandam o desenvolvimento da ideação e intenção suicidária) e da fase voluntária (inclui fatores que determinam se um indivíduo tenta ou não o suicídio). Neste modelo, os sentimentos de fracasso e o aprisionamento (ou seja, o indivíduo é incapaz de escapar de situações stressantes ou humilhantes) são postulados para ser de maior importância. Porém, os fatores psicológicos não atuam isoladamente, ou seja, quando um indivíduo se sente fracassado e “encurralado”, a probabilidade de surgir

ideação suicida aumenta quando moderadores motivacionais (por exemplo, baixos níveis de apoio social) estão presentes.

Mais recentemente, o Modelo dos três passos (3ST) de Klonsky e May (2015), refere que a ideação suicida se desenvolve devido à conexão da dor psicológica extrema e da desesperança, e que é a combinação destes fatores que pode permitir a progressão da ideação suicida para a tentativa de suicídio, se existir disponibilidade, capacidade e meios para tal. Portanto, para reduzir o risco de suicídio, é fundamental reduzir a dor e aumentar a esperança.

A nível sistémico, de acordo com Bowlby, em 1980, os comportamentos suicidários dos jovens têm o objetivo de produzir um efeito no cuidador com quem se sentem inseguros. Segundo as teorias da vinculação e da coerção familiar, a intenção do jovem ao realizar este ato é punir o cuidador e suprimir o seu comportamento hostil, de modo a incentivá-lo a estar mais atento a si e a terminar com o seu mal-estar. Este comportamento pretende também comunicar o sofrimento do jovem aos outros, como uma chamada de atenção, um grito de ajuda, para provocar uma resposta contingente no cuidador (Wagner et. al, 2000).

Os modelos são importantes teórica e clinicamente porque fornecem uma estrutura para entender como a interação complexa de fatores se combina para potenciar o risco de suicídio (Nock, & O'Connor, 2014). Assim, quando se pretende avaliar o risco de suicídio importa sempre considerar o contributo de outros fatores para além das doenças mentais.

### **2.3. Características das famílias com jovens: o risco de comportamentos suicidários ou autolesivos**

A adolescência é uma passagem entre a infância e a idade adulta. Afirma-se muitas vezes que o adolescente é simultaneamente uma criança e um adulto, mas de facto já não é uma criança e ainda não é um adulto. Este duplo movimento de negação da sua infância por um lado, e procura de um estatuto estável de adulto por outro, constitui a própria essência da “crise”, por toda a evidente instabilidade que esta fase proporciona, caracterizada por contradições, confusões, conflitos com os pais e procura de identidade e autonomia (Marcelli & Braconnier, 2005; Pratta & Santos, 2007). Adicionalmente, surgem diversos problemas no seio familiar e por esta razão, o ciclo de vida com descendentes adolescentes é considerado também um período de crise, pois exige reestruturação, transformação e adaptação, tanto para o adolescente (ciclo individual – que experimenta modificações físicas, emocionais e comportamentais), como para a família (ciclo familiar – que vivencia mudanças na relação pais-filho, como os pais atingem a meia-idade e os avós atingem a velhice) (Gouveia-Pereira et al., 2012). Neste sentido, a necessidade do adolescente por maior independência e participação nas decisões familiares exige uma reorganização nos padrões de funcionamento familiar. Portanto, verifica-se que na adolescência as transformações ocorrem, não somente num nível intrapsíquico, mas também relacional (Wagner et al., 2002).

No entanto, as mudanças relacionais anteriormente referidas, não implicam uma rutura no vínculo com os pais, mas sim uma transformação da sua relação, que é necessária para a aquisição da autonomia do jovem. Esta transformação relacional implica uma flexibilização de fronteiras e/ou regras, bem como um envolvimento emocional equilibrado (contido e de apoio), para que a família mobilize padrões alternativos, interativos, funcionais e adequados para esta nova etapa do adolescente e

da vida familiar (Gouveia-Pereira et al., 2012). O clima familiar e sobretudo a qualidade do contato com os pais são fatores significativos que diferenciam os adolescentes com ou sem problemas (Marcelli & Braconnier, 2005). A não ocorrência desta transformação pode comprometer o processo de autonomia do adolescente, favorecendo o aparecimento de sintomas entre os quais, é um exemplo, a ideação suicida (Gouveia-Pereira et al., 2012).

A adolescência, por ser uma fase de desenvolvimento marcada por diversas transformações e descobertas, aparenta estimular a vulnerabilidade do jovem. É no decorrer e desenvolvimento desta etapa, que surge a necessidade de uma crescente independência, afastamento da proteção parental e maior autonomia para os jovens se dedicarem à relação com os grupos de pares, conduzindo à construção da sua vida social. As transformações vividas pelo adolescente, ainda que muito individuais, não se processam isoladamente, ocorrendo integradas num contexto social que inclui a família, a escola e os pares. Sendo a família a principal fonte de socialização, ocupa um lugar de destaque no desenvolvimento e formação do adolescente, influenciando estados de humor e padrões de comportamento. Posteriormente, o adolescente atinge a sua individualidade e integração social que será uma estrutura base na sua vida adulta (Mesquita et al., 2011).

Nesta perspetiva, é possível estabelecer relações de associação entre uma maior probabilidade de ocorrência de comportamentos autolesivos e/ou suicidários e acontecimentos de vida negativos, que incluem o divórcio dos pais, exposição à violência, abuso/maus-tratos na infância (sexual ou psicológico, dentro ou fora da família), sendo que estes estão associados à ideação suicida e a tentativas de suicídio em idades mais precoces. Também são fatores de risco a presença de doenças ou mortes de figuras significativas, suicídios na família, acidentes de viação de algum familiar. Estes

momentos de crise que exigem transição e mudança aumentam a probabilidade de disfunção familiar e aparecimento de alguns sintomas, como a ideação suicida num dos seus membros. Não obstante, também são fatores relevantes para a maior probabilidade de ocorrência de comportamentos suicidários, determinadas características do funcionamento familiar, como o alcoolismo, baixos níveis de afeto, de suporte e de responsabilidade, problemas de comunicação, uma vez que a má comunicação familiar pode levar o jovem a sentir-se facilmente isolado (pois existe uma grande associação entre a falta de um confidente familiar e as automutilações), problemas financeiros e desemprego na família (DGS, 2013; Evans, Hawton, & Rodham, 2004; Frazão & Sampaio, 2006; Gouveia-Pereira et al., 2012; Greene-Palmer et al., 2015; Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012; Marcelli & Braconnier, 2005; Morgan et al., 2013; Weissenberger, 2006).

A nível individual, determinadas características pessoais como as desilusões amorosas, as dificuldades de resolução de problemas, de adaptação social, académicas, afetivas, certas características psicológicas (i.e., a impulsividade, a agressividade ou a baixa autoestima) e certos traços de personalidade (i.e., perfeccionismo). Indivíduos com perturbações de personalidade estão em maior risco de cometer uma tentativa de suicídio, contudo o impacto destes traços de personalidade vai reduzindo à medida que a idade progride (Braga & Dell'Aglio, 2013; DGS, 2013; Greydanus & Shek, 2009; Hawton, Saunders & O'Connor, 2012; Hughes et al., 2015; Marcelli & Braconnier, 2005; McDonald, O'Brien & Jackson, 2007; Rothes & Henriques, 2017; Weissenberger, 2006).

Como foi mencionado anteriormente, também a história familiar de suicídio é um fator de risco relevante (DGS, 2013). Isto porque os comportamentos suicidários dos outros, provavelmente, fornecem um comportamento modelo para indivíduos

vulneráveis (como os jovens), aumentando deste modo, a probabilidade dos pensamentos suicidários se concretizarem (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012). Assim sendo, comportamentos suicidários na família estão associados a um risco acrescido e a um início precoce de tentativa de suicídio na descendência, sugestionando que os comportamentos suicidários de início antecipado possam ser de causa familiar (Brent & Mann, 2005). Posto isto, também se pode afirmar que o predomínio de fatores de risco característicos entre os jovens que tentam o suicídio varia de acordo com a faixa etária. Ainda segundo o defensor das teorias médicas e biológicas, Mann (2002) afirma que o comportamento suicidário possa ser hereditário, ou seja, a presença de suicídio na família pode indicar uma transmissão de doenças psiquiátricas entre as gerações e assim indicar a transmissão do comportamento suicidário na família.

Também é de referir que estes jovens pertencem, geralmente, a famílias que vivem num clima de instabilidade, de discórdia ou separação, que se caracterizam por terem uma estrutura disfuncional, com elevada rigidez e coesão, exigências excessivas ou inadequadas, com expectativas irrealistas, com frequentes conflitos intrafamiliares e dificuldades na comunicação (DGS, 2013; Marcelli & Braconnier, 2005). O facto de os jovens se isolarem quando há problemas familiares faz com que seja mais difícil perceber se existem perturbações mentais e alterações negativas de comportamento. Para um pai/mãe o que, muitas vezes, é interpretado como um comportamento frequente nos jovens, pode ser sintoma de algo mais sério (Oldershaw et al., 2008). Com toda a atenção direcionada para os problemas familiares, os jovens sentem-se insignificantes e acreditam que os seus problemas não têm valor (McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007). Posto isto, jovens socialmente isolados e com sentimentos de tristeza e desesperança apresentaram prevalência mais alta de comportamentos suicidários (Braga & Dell'Aglio, 2013; Silva & Polubriaginof, 2009; Zdravec, et al., 2006). Ou seja, por

detrás deste tipo de comportamentos, existe uma panóplia de fatores relacionados com dificuldades emocional, contextual e de personalidade e acabam por ser um acumular de acontecimentos stressantes (Mesquita et al., 2011; Oldershaw et al., 2008).

Assim, a tentativa de suicídio é um dos comportamentos mais significativos da adolescência (Marcelli & Braconnier, 2005) e quando ocorre, remete para o fracasso do jovem em algum ponto do seu desenvolvimento, numa perspetiva individual, nomeadamente no seu processo de autonomia, pois é uma das tarefas fundamentais da adolescência (Gouveia-Pereira et al., 2012), mas também numa perspetiva familiar e social, determinando uma visão negativa do próprio (Saraiva, Peixoto, & Sampaio, 2014). Neste sentido, os comportamentos suicidários têm uma função apelativa e relacional, ou seja, apelam para a mudança na comunicação do sistema familiar (metacomunicação), transmitindo que algo não está certo e que é necessário que ocorram alterações no contexto familiar (tentativas de comunicação) (Santos & Neves, 2014). Na perspetiva sistémica, um comportamento sintomático emerge como um meio para expressar a disfunção familiar e mal-estar psicológico, e o sintoma de um (ou mais) elementos familiares tem a função de alcançar o "equilíbrio" do sistema. Nesse sentido, a tentativa de suicídio pode ser considerada uma forma de expressar a necessidade de mudanças, tanto a nível individual como familiar, para que a família atinja o equilíbrio desejado e se possa tornar um fator de proteção (Gouveia-Pereira et al., 2012).

Por outro lado, os comportamentos autolesivos também estão relacionados com o mal-estar psicológico individual servindo, muitas vezes, para o jovem resistir a pensamentos suicidários, canalizar para si a ira ou desgosto que sente, reduzindo a dor emocional (Greydanus & Shek, 2009; Mesquita et al., 2011; Morgan et al., 2013) e expressar de uma maneira não-verbal a emoção (Klineberg et. al, 2013), aquilo que não consegue por palavras. A dor física definida e localizável torna mais fácil gerir o

sofrimento mental, deslocando o foco de atenção desse sofrimento (Lindgren, Astrom, & Graneheim, 2010; Mesquita, et al., 2011). Fazem-no através da autopunição, para demonstrarem o seu desespero, procurarem ajuda de outros, descobrirem se são amados, para procurarem atenção, para assustarem ou se vingarem de alguém (passando a ideia do suicídio enquanto uma forma bem-sucedida de punição, ou uma visão fatalista de que não vale a pena pedir ajuda) (Greydanus & Shek, 2009; Hughes et al., 2015; Mcdonald, O'Brien, & Jackson, 2007).

Com referência específica ao papel das emoções neste tipo de comportamentos, os adolescentes automutilam-se de forma a influenciar os comportamentos dos outros, enquanto a tentativa de suicídio acaba por funcionar para aumentar as emoções positivas dos outros (i.e. sentimentos de “pena”, recebem maior atenção e cuidados) (Greene-Palmer et al., 2015; Greydanus & Shek, 2009). Estes comportamentos são descritos como uma forma de lidar com o sofrimento mental grave e são muitas das vezes, referidos como uma estratégia de *coping* ou de sobrevivência (Lindgren, Astrom, & Graneheim, 2010).

Tendo em conta o que foi mencionado previamente, todas as variáveis e sistemas em que os jovens estão inseridos (família, escola, grupo de pares, entre outros) podem fornecer apoio e proteção para um desenvolvimento saudável, mas também podem ser considerados fatores de risco para o comportamento suicidário (Gouveia-Pereira et al., 2012). Deste modo, não há um único fator de risco ou fator protetor que determine ou evite o ato suicidário (DGS, 2013; Saraiva, Peixoto, & Sampaio, 2014). O modo de reagir a determinados estímulos exteriores culminados com fatores stressantes como as perturbações psicológicas ou eventos de vida adversos, podem levar ao suicídio. Assim sendo, o nível de stresse e a vulnerabilidade individual manifestada, irão ter influência nas respostas a acontecimentos stressantes (Zdravec, et al., 2006). Na maioria dos

jovens, decorre de uma combinação complexa de experiências de grande sofrimento (Ferrey et al., 2016), da interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais e o que se chama a “causa” é, geralmente, o elo final desta cadeia (Braga & Dell’Aglío, 2013; Silva & Polubriaginof, 2009). Especula-se que a história clínica de tentativas de suicídio, a negatividade e o sentimento de exclusão são três dos fatores de risco mais significativos para o suicídio e este risco pode aumentar com tentativas mais letais, frequentes ou recentes (Byrne et al., 2008; Greene-Palmer et al., 2015; Marcelli & Braconnier, 2005; Silva & Polubriaginof, 2009; Werlang, Oliveira, & Argimon, 2004).

#### **2.4. Os jovens e o contexto social e familiar**

O ser humano precisa de contato social, faz parte do seu desenvolvimento e é durante a adolescência, que o grupo de pares se torna mais importante. Quando pensamos nas consequências pessoais e sociais da relação entre pares, podem representar influências positivas ou negativas. De facto, na fase da adolescência, o grupo de pares desempenha um papel determinante na vida da maior parte dos jovens, pois perante as dificuldades com que se confrontam, possibilita-lhes ou não de encontrar soluções adequadas para fazer face às dificuldades e exigências com que se confrontam diariamente (Marcelli & Braconnier, 2005).

Numa outra perspetiva e numa tentativa de explicar a relação entre os comportamentos autolesivos nos jovens e exposição destes comportamentos no grupo de pares, conclui-se que os jovens com maior vulnerabilidade aos comportamentos autolesivos são mais propensos a se associarem com jovens com comportamentos semelhantes – efeito de seleção, ou os jovens adotam este tipo de conduta como resultado da aprendizagem social de colegas que também se automutilam – efeito de

modelagem/contágio (Doyle et. al, 2015; Fortune, Sinclair & Hawton, 2008). Também, ser excluído ou não conseguir fazer parte de um grupo pode ser muito angustiante para um jovem, produzindo sensações de rejeição, baixa autoestima e de incapacidade, originando um sentimento de solidão e desesperança. O número de amigos e problemas de relacionamento com o grupo de pares estão significativamente relacionados com o grau de ideação suicida e tentativas de suicídio recorrentes. Intensos conflitos com colegas podem induzir estes comportamentos, especialmente, se o adolescente for vítima de *bullying* (Fortune, Sinclair, & Hawton, 2008; Yen et al., 2015).

Com a evolução do mundo digital, o acesso às informações tornou-se mais fácil. Com apenas um clique consegue-se interagir com pessoas de todo o mundo e a qualquer momento. Posto isto, as redes sociais e a *Internet* têm aproximado jovens com interesses patológicos em comum, podendo encorajar os comportamentos autolesivos ao normalizar e incentivar este tipo de comportamentos entre os jovens (Greydanus & Shek, 2009). Como os indivíduos mais jovens são mais vulneráveis às influências dos *media* e com o crescimento de *sites* e fóruns pró-suicídio, o impacto potencial sobre o suicídio de jovens e a automutilação é considerável (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012).

Em contrapartida, sabe-se que o sentimento de pertença a uma comunidade, a uma instituição, a um grupo, a uma escola ou a uma família funciona como fator protetor contra as tentativas de suicídio (Greydanus & Shek, 2009). As trocas afetivas com os pares, nesta fase de desenvolvimento, reduzem o impacto das experiências adversas e influenciam positivamente o desenvolvimento social, afetivo e cognitivo (Braga & Dell'Aglio, 2013; Byrne et al., 2008; DGS, 2016).

A coesão familiar, uma ligação positiva entre pais e filho, com dispêndio de tempo entre estes, a supervisão familiar e expectativas académicas e comportamentais

adequadas funcionam como fatores protetores e são fundamentais para o bem-estar do jovem (Bridge, Goldstein, & Brent, 2006). Neste sentido, os pais também têm uma grande influência nas emoções, comportamentos e bem-estar dos seus filhos. São os pais que promovem um ambiente de suporte e afeto e que ao mesmo tempo encorajam níveis apropriados de autonomia e independência, que certamente criarão adolescentes com melhores níveis psicossociais (Henry-McAllister, 2011; Weissenberger, 2006).

Na família nuclear, a mãe é citada, pela maioria dos jovens, como a pessoa da família com quem mais conversam, sendo considerada uma pessoa muito coerente e com grande capacidade de entendimento. Já o pai ainda ocupa, de forma genérica, um lugar periférico na vida do jovem no que se refere às questões mais pessoais e de caráter íntimo (Wagner et al., 2002). Ainda segundo os mesmos evidenciam uma maior disponibilidade e tempo de diálogo entre os irmãos, demonstrando a importância do subsistema fraterno se revelar um espaço potenciador de saúde e entendimento familiar. Nesta sequência, a comunicação entre os membros da família torna-se uma peça fundamental para o desenvolvimento da coesão e adaptabilidade familiar e para potencializar e auxiliar o estabelecimento de relações mais satisfatórias e saudáveis (Greydanus & Shek, 2009; Wagner et al., 2002). A família pode assim ser considerada um fator de risco ou fator protetor em relação ao suicídio (Morgan et al., 2013), o que tem motivado inúmeros estudos sobre as características das famílias dos jovens que têm condutas suicidárias.

## **2.5. Impacto emocional dos comportamentos suicidários e autolesivos dos jovens nos familiares**

Existem muito poucos estudos acerca do impacto dos comportamentos suicidários de um jovem na família, quer a nível internacional, quer a nível nacional. Numa recente revisão sistemática da literatura, acerca das experiências de pais cujos filhos tentaram o suicídio, em quinze bases de dados científicas internacionais, identificaram-se apenas

dez artigos empíricos acerca deste tema (Rothes, Henriques, & Brás, 2016), que essencialmente abordam as vivências dos pais e poucos referem as vivências dos familiares mais próximos (como por exemplo os irmãos, tios, avós, primos).

Recentemente, foi publicada uma investigação sobre as vivências e necessidades dos pais no internamento de um filho adolescente com comportamentos autolesivos, que essencialmente, aprofunda o impacto da notícia, os sentimentos/emoções, os pensamentos mais comuns e as necessidades, principalmente ao nível dos serviços de saúde (Trinco, Santos, & Barbosa, 2017). Posto isto, e como estes comportamentos são um grave problema de saúde pública, surge a crescente necessidade de uma investigação que permita conhecer o verdadeiro impacto destes comportamentos na vida dos familiares destes jovens, visto que a bibliografia existente não é suficiente para explicar a forma como a família experiencia uma tentativa de suicídio e/ou comportamentos autolesivos, especificamente as consequências emocionais, pessoais, familiares, laborais e sociais, dificuldades, necessidades, sintomatologia psicopatológica e/ou traumática.

De acordo com estes artigos acima mencionados, as explicações apresentadas pelos pais acerca deste tipo de comportamentos dos seus filhos, devem-se destacar que não os consideram necessariamente uma doença, embora na maioria, estejam associados a diversos problemas de saúde mental (Bertolote, Mello-Santos, & Botega, 2010). Aliás, a generalidade dos estudos diz que em 90% dos jovens que cometem suicídio está presente o diagnóstico de doença mental (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012; Saraiva, Peixoto, & Sampaio, 2014). Os pais dos jovens que se automutilam, descrevem este ato como compulsivo, difícil de suportar e como um sinal de desordem, mas não o consideram uma patologia. Avaliam-no como o culminar de um período prolongado de sofrimento psicológico e a exibição de uma perturbação de comportamento (Buus et al.,

2013; Lindgren, Astrom, & Graneheim, 2010). Estes pais também relataram que os seus filhos tinham níveis mais altos de dificuldades no geral, de hiperatividade e de problemas emocionais (Power et al., 2009).

Consoante o estudo de Ferrey e seus colaboradores (2016), os pais tiveram conhecimento destes comportamentos através dos professores, amigos dos filhos ou a partir dos próprios (i.e., lesões visíveis). Outros, suspeitavam e procuravam informações em diários ou nas redes sociais. No entanto, quando confrontados diretamente, os jovens negavam que se automutilavam e arranjavam explicações sem fundamento (Oldershaw et al., 2008). Estas situações poderiam ser muito angustiantes para os pais, principalmente se exigissem tratamento hospitalar (Ferrey et al., 2016) e instintivamente questionavam-se acerca do que tinha motivado tal conduta por parte do jovem (Oldershaw et al., 2008). No confronto com a notícia, os pais reconheceram que foi um momento de grande impacto negativo nas suas vidas. Tiveram manifestações de surpresa/choque, seguida de um misto de revolta, desespero e vergonha. O primeiro pensamento que tiveram foi tentar perceber o porquê daquele comportamento, sentindo simultaneamente que as suas competências parentais eram inadequadas. Para outros pais, o primeiro pensamento foi de que o filho o estava a manipular e desvalorizavam o comportamento. Mas quando confrontados com a realidade, sentiram-se completamente desorientados e sem saberem o que fazer perante aquela situação, mas tendencialmente, recorreriam ao hospital (Trinco, Santos, & Barbosa, 2017). Neste seguimento, e consoante os estudos atuais, alguns resultados indicam que as emoções parentais de ansiedade, carinho e tristeza aumentam a partir do momento em que as tentativas de suicídio dos filhos são descobertas (Greene-Palmer et al., 2015). Os pais tornavam-se ansiosos por medo de perderem o seu filho (Wagner, et al., 2000). Até porque segundo Bridge, Goldstein e Brent (2006), o risco de repetição de um comportamento suicidário

é mais elevado nos primeiros 3 a 6 meses após a tentativa de suicídio, considerado o período de maior risco para novas tentativas (DGS, 2013).

De acordo com a literatura atual, o impacto emocional dos comportamentos autolesivos ou suicidários na família é semelhante ao suicídio consumado, apesar de ser em menor intensidade. Para estes pais, lidar com as consequências, principalmente na família, não é simples, requer sensibilidade para trabalhar as emoções que surjam. Os sentimentos de culpa, inutilidade e fracasso por não terem conseguido evitar o ocorrido, fazem com que estes pais se sintam responsáveis pela infelicidade do seu filho e conseqüentemente, pelo seu comportamento (Hughes et al., 2015; Mcdonald, O'Brien, & Jackson, 2007). Os pais sentiam-se culpados ao relatarem determinação relativamente baixa nas suas capacidades para reconhecer sinais de alerta, que prediziam o comportamento dos filhos e como tal, não tinham préstimo enquanto pais (Czyz, 2017; Lindgren, Astrom, & Graneheim, 2010; Mcdonald, O'Brien & Jackson, 2007). Os pais sentiam-se responsabilizados por terem exigências demasiado elevadas para os filhos e consideravam-se maus pais (Lindgren, Astrom, & Graneheim, 2010). Reconheciam que deveriam ter falhado ou ter feito algo de horrível para que o seu filho tenha optado pela morte (a lógica é, se tivessem sido bons pais o seu filho não iria tentar suicidar-se) e, por isso, autorrecriminam-se constantemente (Daly, 2005; Mcdonald, O'Brien & Jackson, 2007; Silva & Polubriaginof, 2009). Quanto mais estes pais acreditavam que os seus filhos queriam morrer, maiores eram esses sentimentos de falha (Greene-Palmer et al., 2015). Perante esta situação, surgem sentimentos de negação, vergonha, angústia e solidão por terem um filho com problemas de saúde mental (Lindgren, Astrom, & Graneheim, 2010; Mcdonald, O'Brien, & Jackson, 2007). Aparecem dúvidas quanto às suas capacidades parentais e, conseqüentemente, aumentam os sentimentos de

inquietação para tentar compensar o filho (Daly, 2005; Hughes et al., 2015; Morgan et al., 2013; Trinco, Santos, & Barbosa, 2017; Wagner et al., 2000).

Por outro lado, também podem aparecer sentimentos de raiva contra si próprios, que os pais percebem como resultantes do perigo percebido que este ato causou ao filho, ou surgem em resposta a um ato hostil por parte do jovem (Daly, 2005). Posto isto, os problemas de saúde dos jovens poderiam ser agravados pelas reações emocionais demasiado intensas destes pais (Ferrey et al., 2016). Neste sentido, a regulação/desregulação emocional dos pais pode, por sua vez, afetar o suporte do filho (Weissenberger, 2006).

Infelizmente, nas situações de suicídio dentro da família, a experiência das mães é muitas vezes a dimensão oculta. Experimentam uma dor única associada à incapacidade de realizar as suas tarefas, essencialmente dar, cuidar, e mais importante, manter a vida (Daly, 2005). Segundo o mesmo, as mães sentiam que tentaram rejeitar a vida dos filhos e posteriormente rejeitaram a sua própria vida, porque reconheciam que nunca tal situação teria acontecido se o seu filho não tivesse nascido. As mães dos jovens que fazem tentativas de suicídio mais letais e mais recorrentes, sentiram-se menos irritadas em relação aos seus filhos, do que as mães dos filhos cuja tentativa de suicídio tenha sido clinicamente menos grave, talvez por a cólera das mães diminuir quando a saúde do jovem e a sua sobrevivência estão em causa (Greene-Palmer et al., 2015). As mães demonstravam mais carinho e preocupação/ansiedade, do que tristeza e hostilidade quando descobriam a tentativa de suicídio (quanto maior a letalidade, mais intensos eram estes sentimentos). Todavia, a excessiva preocupação pós-tentativa de suicídio, pode funcionar como reforço para o jovem, aumentando o risco de um novo comportamento autolesivo (Greene-Palmer et al., 2015) e, por isso mesmo, as mães sentiam que tinham de se distanciar emocionalmente dos seus filhos, como meio de

autopreservação, para que não fossem um fator desencadeador de uma nova tentativa de suicídio (Daly, 2005).

A tentativa de suicídio pode provocar duas emoções incompatíveis nos pais destes jovens. Por um lado, vivem momentos de tristeza, sofrimento, dor, desorientação, desespero, apatia, preocupação e, portanto, existem esforços para o conforto e apoio ao jovem. Por outro lado, efetuam-se esforços para reabilitá-lo e para lhe comunicar firmemente que o seu comportamento suicidário não é adequado para resolver os problemas, acreditam que levá-los ao hospital pode ser o momento de resolução da situação, podendo o adolescente perceber que o seu caminho está errado (Trinco, Santos, & Barbosa, 2017). Em contrapartida, os pais normalmente suprimem a expressão de emoções negativas, uns por considerarem perigoso demonstrar irritação perante um adolescente vulnerável, outros pelo receio de perderem o controlo emocional perante a situação (Wagner et al., 2000), e como tal, são poucos os pais que expressam hostilidade (Greene-Palmer et al., 2015). Frequentemente, falaram de apoio, abordaram o acontecimento e reconfortaram o adolescente, em vez de discutirem (Wagner et. al, 2000).

## **2.6. Consequências, dificuldades e necessidades das famílias após comportamentos autolesivos e/ou suicidários dos jovens**

Para além do impacto emocional, as famílias e, especificamente, os pais destes jovens, experienciam múltiplas consequências negativas a nível pessoal, familiar, social e profissional (Santos & Neves, 2014). O suicídio e as tentativas de suicídio representam uma grande violência no âmbito familiar e nos profissionais envolvidos, pois implicam atitudes que traumatizam, silenciam e aterrorizam. A evidência é que estes pais vivem permanentemente com medo da repetição de uma tentativa de suicídio

no futuro, mas desta vez com desfecho fatal. Por isso, descrevem que o desespero se apodera deles, sobretudo quando o jovem tem comportamentos recorrentes (Trinco, Santos, & Barbosa, 2017). Esta crença pode afetar o estilo parental e a capacidade de disciplinar, estipular e manter limites e por sua vez, influenciar o comportamento suicidário do adolescente (Byrne et al, 2008; Czyz, 2017; Daly, 2005; Henry-McAllister, 2011; Oldershaw et al., 2008).

Inúmeras dificuldades e stresses emocionais interferem no ciclo de vida familiar e este acontecimento surge como um episódio traumático. Torna-se importante lembrar que a pessoa que tenta ou comete o suicídio apesar de se tornar o foco de toda a funcionalidade familiar, não é somente ela a vítima. Surgem as dúvidas, as questões e os sentimentos de cólera e frustração, muitas vezes dirigida ao filho, culpando-os, pois, o comportamento suicidário veio disfuncionalizar toda a família (Buus et al., 2013; Byrne et al., 2008; Lachal, 2015). Os pais admitem ter pensamentos sobre a sua vida ser mais fácil sem este jovem (Daly, 2005). Após a ocorrência de um acontecimento desta natureza, a família e amigos necessitaram, muitas vezes, de assistência médica e/ou psicológica (Silva & Polubriaginof, 2009).

São muitos os pais que relataram ter experienciado sintomas somáticos e psicológicos (Morgan et al., 2013). A sintomatologia depressiva parece ser comum entre os pais e pode ser a causa para o aparecimento deste tipo de comportamentos por parte dos jovens. Isto é, mães com história anterior de depressão eram menos aptas a dizer algo reconfortante aos filhos que se tentavam suicidar (Wagner, et. al, 2000). Todavia, a sintomatologia depressiva também surge, muitas das vezes, como consequência dos longos períodos de contínuas ruminções e preocupações em relação ao filho (Buus et al., 2013) e, à medida que estes se automutilam, os pais sentem-se cada vez mais desgastados física e psicologicamente e quanto mais constantes e intensos

forem os comportamentos do jovem, maior será o sofrimento psicológico destes pais (Ferrey et al., 2016).

Os pais estão tão enraizados na dor e sofrimento do seu filho, que não entendem a sua experiência (Henry-McAllister, 2011) e acabam por chegar ao extremo da exaustão emocional, pelo anseio constante que têm de verificar a segurança e bem-estar do jovem. Depois de descoberta a automutilação surge uma grande necessidade de estarem hipervigilantes (McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007). O som das chamadas telefónicas e mensagens de texto foram associadas a notícias catastróficas no que diz respeito ao bem-estar do jovem (Buus et al., 2013) e como tal, sentem grande necessidade de verificar a sua localização, e assim, estão em constante vigília para perceberem se acontece algo de errado (Daly, 2005).

O sono também se encontra perturbado, sobretudo pela necessidade que sentem em vigiar constantemente o jovem durante a noite. Alguns pais relataram que passaram a dormir perto do filho para garantirem a sua segurança (Ferrey et al., 2016). De acordo com os resultados de um estudo, as mães destes adolescentes relataram que se viram obrigadas a espreitar os *emails* dos seus filhos, ouvir conversas que os seus filhos tinham com os amigos e mudar as rotinas da família para que pudessem supervisionar as suas atividades mais detalhadamente. Já não permitiam a mesma privacidade e tornavam-se muito mais indiscretas em relação ao estilo de vida do jovem (McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007).

Muitos pais sentiram que tinham de negar as suas próprias necessidades e fazer alterações ou limitar o seu estilo de vida como resultado direto do comportamento autolesivo ou suicidário. Encontraram dificuldades em equilibrar a paternidade e assegurar as necessidades do jovem, o que acentuou o impacto psicológico da automutilação, aumentando a carga parental, a pressão e o stresse (Oldershaw et al.,

2008). Este stresse parental está correlacionado com o aumento do risco de suicídio no filho (Henry-McAllister, 2011). De outro ponto de vista, alguns pais consideraram que os comportamentos autolesivos dos filhos originaram mudanças positivas para a vida familiar, através do reforço da relação pais-filho (Oldershaw et al., 2008).

No seguimento destas consequências negativas dos atos suicidários, os familiares podem ainda sentir uma série de dificuldades e necessidades relacionadas com esta experiência. Vivenciaram o afastamento da família, amigos mais próximos e, até mesmo, dos pais de adolescentes saudáveis (Daly, 2005). Este afastamento é reforçado pelo estigma de terem um filho que se automutila e pelo receio do julgamento dos outros (Byrne et al., 2008; McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007; Trinco, Santos, & Barbosa, 2017).

Segundo Klineberg e seus colaboradores (2013), os comportamentos autolesivos que eram descobertos por outros, eram vistos como uma experiência negativa, por isso estes pais acabavam por deixar em privado os problemas do adolescente, com receio do que os outros pudessem pensar e pelos efeitos negativos que poderiam causar no futuro do jovem (logo, as referências e expectativas sociais parecem dominar a forma como os pais percecionam os acontecimentos que vivenciam). Como consequência, este distanciamento poderia levar à perda temporária ou permanente dos seus amigos (Ferrey et al., 2016), criando a sensação de estarem sozinhos nas suas experiências (McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007). Além de que, este estigma associado ao suicídio pode dificultar a procura de apoio e impedir os outros de ajudar (Klineberg, et al., 2013).

Também tem sido postulado que os comportamentos autolesivos têm um efeito “cascata” sobre as famílias (Byrne et al., 2008; Morgan et al., 2013). As mães de jovens com comportamentos autolesivos reportaram consequências também na sua atividade profissional, distanciavam-se das suas funções habituais no trabalho e em casa, o que

levava a que se sentissem culpadas por não corresponderem às expectativas dos outros (McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007). Além disso, o desinvestimento na atividade profissional refletia-se negativamente na situação financeira da família. Os pais queriam estar disponíveis quando o seu filho precisasse e, como tal, uns ausentavam-se do emprego num curto-prazo de tempo, outros despediam-se para assumirem um papel mais ativo nos cuidados do jovem, ficando a situação financeira da família assegurada apenas por um dos membros do casal (Ferrey et al., 2016; McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007).

Adicionalmente, estes pais despendem uma quantia considerável de dinheiro em atendimentos psiquiátricos privados, ou aconselhamentos para os seus filhos, ou despesas em viagens, quando os jovens ficam hospitalizados num sítio longe da área de residência, ou em aulas particulares quando estes estavam incapazes de frequentar a escola. Em alguns casos, a incapacidade dos adolescentes (quando mais velhos) para saírem de casa dos pais, de se tornarem independentes e adquirirem meios de sustento, causa uma tensão financeira adicional (Ferrey et al., 2016).

Não obstante, o impacto não se centra somente nos pais, também na família nuclear, como os irmãos não ficam indiferentes. Sabe-se a partir do senso comum que nas interações fraternas, oscilam sentimentos de afeto, solidariedade, rivalidade e hostilidade. Em certas situações, os irmãos aprendem a dividir o espaço e as novas regras familiares (Wagner et al., 2002), noutras demonstram agressividade, frustração e ficam ressentidos pela atenção acrescida que o(a) irmão(ã) recebe. Em alguns casos, as relações tornam-se demasiado tensas e os irmãos evitam ter afinidades com o jovem e distanciam-se completamente do núcleo familiar. Concludentemente, as mães sentiam-se culpadas pelo tempo, atenção e energia extras que prestavam ao jovem que se

automutilava, negligenciando os cuidados aos restantes irmãos (Buus et al., 2013; Mcdonald, O'Brien, & Jackson, 2007).

A relação com o parceiro(a) também poderia ficar afetada. O casamento tornava-se tenso e a comunicação era deteriorada, o jovem inconscientemente acaba por colocar os pais, um contra o outro, podendo chegar ao divórcio (Buus et al., 2013). Porém, esta consequência, poderia motivar um novo comportamento por parte do jovem, causado por um conjunto complexo de mudanças e novos desafios de vida, incluindo dificuldades na escola, nas suas relações sociais com os amigos ou com os novos elementos da família e nas suas relações amorosas (Hughes et al., 2015).

Também a relação com alguns membros da família com mais idade fica afetada negativamente, pois estes não compreendem e recusam-se a abordar o assunto por acharem vergonhoso (são pensamentos de gerações diferentes) (Daly, 2005). Por outro lado, as automutilações também podem fortalecer essas relações e, por vezes, os avós destes jovens são capazes de se envolver e desenvolvem relacionamentos mais fortes com os filhos e netos, em vez de julgarem a sua atitude (Ferrey et al., 2016).

## **2.7. Estratégias utilizadas pelos familiares após os comportamentos autolesivos e/ou suicidários dos jovens**

Segundo Oldershaw e colaboradores (2008), os pais demonstravam alguma ambivalência para procurarem tratamento para o filho, pois achavam que a situação se poderia resolver sozinha de maneira espontânea e consideravam que falar pouco sobre o assunto era a melhor abordagem. Julgavam que era um comportamento típico de jovens, quer por influências dos pares, quer por considerarem “moda”. Estes pais tinham a crença de que os jovens que verbalizavam ideais suicidas não se iriam suicidar, sem entenderem que aquela manifestação subtil era um pedido de amparo (Saraiva, Peixoto,

& Sampaio, 2014). Assim, só depois de um grande culminar de problemas é que decidiam procurar ajuda profissional (Oldershaw et al., 2008). Por outro lado, certos pais descrevem a primeira tentativa de suicídio como um alívio, ou seja, esperavam que quando os filhos “batessem no fundo do poço”, tivessem mais dispostos a aceitar auxílio (Buus et al., 2013), mas na maioria das vezes, quando os jovens aceitavam a ajuda dos serviços de saúde, esta poderia ser deficitária.

Segundo um estudo de Lachal e seus colaboradores (2015), a negligência na prestação dos cuidados de saúde é justificada pela dificuldade que os profissionais têm em empatizar com um jovem que os trata de forma tão agressiva, expressa através destes comportamentos que revelam a violência dirigida à família, amigos e profissionais, como se fosse um comportamento “egoísta” (todos experimentaram e expressaram grande dificuldade em se identificar com a angústia desses jovens). Por isso, também é considerado um ato devastador relativamente à família, amigos e prestadores de cuidados de saúde, que os apoiam.

Os pais contestaram de lhes ser fornecida pouca informação e apoio insuficiente por parte dos profissionais de saúde, agravando o seu desespero (Byrne et al., 2008; Daly, 2005; Hughes et al., 2015; Trinco, Santos, & Barbosa, 2017). De acordo com o estudo de Lindgren, Astrom e Graneheim (2010), os profissionais ignoravam o ato suicidário, negligenciavam a ansiedade dos pacientes e, por conseguinte, os pais destes jovens sentiam-se presos entre o anseio de serem pais e primarem pela homeostasia da sobrevivência, segurança, desenvolvimento dos filhos e para compensarem esta negligência ao nível dos cuidados de saúde. Consoante este facto, os pais perdiam a confiança no sistema de saúde, experienciavam uma perda de esperança para o fim dos comportamentos autolesivos e/ou suicidários dos jovens, para o retorno às suas vidas outrora felizes, para um futuro próspero e brilhante para os seus filhos e para si mesmos

e as expectativas que tinham em relação ao tratamento ficavam comprometidas (surgiam sentimentos de engano) (Lindgren, Astrom, & Graneheim, 2010).

Contudo, estes pais preferiam aceitar um cuidado deficitário do que não terem nenhum. Desejavam receber ajuda para os filhos, apoio emocional e alívio para si, no entanto esta negligência forçou-os a procurarem ajuda de outros para que pudessem compartilhar os seus pensamentos e sofrimento, pois a falta de atenção dos profissionais de saúde contribuiu para se sentirem mais angustiados. Queriam informações sobre como se comportar e o que fazer para ajudar os jovens, sentiam a necessidade de saberem o que se passava com o seu filho e de como as coisas iriam decorrer (Trinco, Santos, & Barbosa, 2017).

Os pais consideravam-se “invisíveis”, distantes e impotentes por não conseguirem estabilizar o jovem (Buus et al., 2013) quando eram forçados a não se envolverem no tratamento e não participarem nas tomadas de decisão no que dizia respeito aos jovens e à confidencialidade (a este nível surge o conflito entre o direito dos pacientes à confidencialidade e o direito da família à informação), o que posteriormente afetaria a relação entre a família e os profissionais de saúde. O facto de serem excluídos do tratamento estava associado a experiências de impotência, de falta de confirmação e de cooperação, isolamento e sentimentos de alienação (Lindgren, Astrom, & Graneheim, 2010), visto que a incompreensão é uma barreira para o cuidado eficaz (Lachal et. al, 2015).

O grande desafio coloca-se no estabelecimento de uma interação de apoio entre o profissional e a família, para que a experiência possa ser menos dolorosa e mais apaziguadora para todos (Silva & Polubriaginof, 2009). Os pais têm um papel fundamental na garantia de oferta de tratamento, desde a avaliação da saúde mental do jovem, que requer a sua permissão, até à sua atitude e envolvimento, que influencia a

adesão do jovem ao tratamento e a sua evolução terapêutica (Henry-McAllister, 2011; Oldershaw et al., 2008; Rothes, Henriques, & Brás, 2016).

De uma maneira geral, as investigações indicaram que ser pai/mãe de um jovem que se automutila está associado a elevados níveis de frustração e irritação no diálogo com os profissionais. Porém, verificou-se que relações de apoio têm uma grande influência na forma como as pessoas superam a saúde mental. Situações que foram compreendidas pelos pais e resolvidas de forma pacífica por profissionais de saúde que demonstravam genuinidade, confiança e positividade, foram experimentadas como momentos de libertação e surgiram sentimentos de esperança em relação à recuperação dos seus filhos (Lindgren, Astrom, & Graneheim, 2010). Como tal, apesar de considerarem a sua maior vulnerabilidade para as dificuldades da vida futura, os pais tinham expectativas de que com o amadurecimento do jovem, este iria desenvolver mecanismos de *coping* mais adequados, possivelmente com o apoio dos profissionais de saúde (Ferrey et al., 2016). Assim sendo, a oferta de apoio contínua é valorizada, ou seja, os pais que tinham aceiteado a oferta de apoio específico, acharam que foi muito benéfico. Em contraste, os pais sem acesso ao suporte de apoio, consideraram que a falta de aconselhamento especializado aumentou a sua angústia. Os pais sentiam que precisavam de mais apoio profissional para compreenderem e aceitarem a automutilação e darem a atenção apropriada à situação (Oldershaw et al., 2008). Deste modo, percebemos que a compreensão e tratamento são tão úteis para o bem-estar de ambos os pais, como para o adolescente (Henry-McAllister, 2011).

Porém, são notórias as necessidades relativamente a conhecimentos e informações sobre a maneira como lidar com o jovem. A informação é muito importante para os pais e para a sua capacidade de resolução de situações de crise ou stresse, reduzindo sentimentos de incerteza. A necessidade mais descrita pelos pais foi a falta de

compreensão, incluindo no diálogo com os profissionais e no apoio emocional. Muitas vezes sentiram que os profissionais, para além de não primarem pela comunicação, ainda os estigmatizavam. Os pais também revelaram que sentiram grande necessidade de ter orientações específicas de como direcionar o jovem, e que essas orientações eram muito escassas. O desconhecimento do que se está a passar, não receberem informações sobre o estado de saúde do jovem, não serem escutados nem compreendidos, poderá potenciar a frustração e incompreensão destes pais para o sucedido, sentindo-se negligenciados e ignorados (Trinco, Santos, & Barbosa, 2017).

Quando o indivíduo em risco é menor de idade, é fundamental que as intervenções também se concentrem em envolver e apoiar pais ou outros cuidadores. É possível constatar que o envolvimento familiar é um elemento-chave de intervenções eficazes, quer na melhoria da adesão ao tratamento, quer na redução dos resultados relacionados com comportamentos suicidários (Czyz et al., 2017). Para isso, o mais importante é concentrarem-se no que podem fazer e não no que fizeram de errado. Finalmente, ao longo do tempo, estes pais construirão uma nova maneira de ver os comportamentos autolesivos e de olharem para um futuro do jovem sem os mesmos (Hughes et al., 2015).

É importante não assumir que o comportamento autolesivo dos jovens é inócuo e que apenas reflete um comportamento "inofensivo" de procura de atenção. Ao invés disso, todos os jovens com evidência destes comportamentos devem ser levados a sério e cuidadosamente avaliados quanto ao risco de suicídio, uma vez que essa ameaça aumenta após um comportamento autolesivo (Greydanus & Shek, 2009; OMS, 2018). A compreensão desta experiência, permitirá desenvolver intervenções psicossociais ajustadas às necessidades identificadas, no sentido de reduzir os pós-efeitos da tentativa de suicídio quer para os pais, quer para os jovens, quer para a família mais alargada,

uma vez que o bem-estar dos jovens está significativamente ligado ao das pessoas que o rodeiam (Henry-McAllister, 2011).

Assim e tendo em consideração as consequências, dificuldades e necessidades evidenciadas por estes pais cujos filhos tentaram o suicídio, as intervenções devem ser a nível sistémico individual, familiar e comunitário (Rothes, Henriques, & Brás, 2016), e os três principais elementos a examinar, são: identificar o risco, proteger o paciente e remover ou tratar os fatores de risco (Bertolote, Mello-Santos, & Botega, 2010). É essencial identificar que muitos destes fatores variam em intensidade, podendo aumentar ou reduzir o perigo para comportamentos autolesivos ou para tentativas de suicídio. Também, o papel do contexto interpessoal e cultural na formação do risco de suicídio é inegável, exigindo que os fatores socioculturais sejam levados em consideração na compreensão e na prevenção/intervenção do suicídio (Rothes & Henriques, 2017). Os jovens necessitam de se sentir aceites e integrados, para terem a determinação de partilharem o que pensam/sentem.

## **2.8. Medidas de apoio para os familiares de jovens com comportamentos autolesivos e/ou suicidários**

Vários autores têm verificado que o adequado suporte social e familiar do indivíduo que pensa em suicídio é de vital importância na prevenção dos pensamentos e comportamentos suicidários (Braga & Dell’Aglío, 2013). A literatura propõe algumas estratégias para minimizar certas dificuldades e que deixam os pais mais confiantes na sua disciplina em relação aos seus filhos. Exemplos disso são o ajustamento das capacidades parentais, o restabelecimento da estrutura familiar e o apoio prático para lidar com incidentes de comportamentos autolesivos. A facilitação de grupos/redes de apoio pode ser uma possibilidade para aliviar o seu isolamento e angústia. A

comunicação aberta pode ajudar os pais a aceitarem e procurarem mais facilmente ajuda profissional para se sentirem mais apoiados (McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007), nestes casos, a comunicação é um instrumento crucial entre o profissional e o paciente.

Segundo um estudo realizado por Czyz e colaboradores (2017), os resultados demonstraram que os pais de jovens com elevado risco de suicídio relataram, genericamente, alta autoeficácia para se comprometerem na maioria das estratégias para ajudar os seus filhos a se manterem em segurança. Contudo, os resultados, também revelaram incerteza de que o seu filho lhes revelaria as suas ideias suicidas, que não repetiria o comportamento suicidário e por isso, os pais demonstraram hesitação de não serem capazes de manter o jovem em salvaguarda, se este tivesse ideias suicidas. Isto demonstra a desesperança dos pais sobre a sua capacidade de ajudar os jovens a superar uma crise suicidária, apresentando dificuldades em iniciar ou persistir com as ações recomendadas para prevenir e ajudar os jovens a gerir estas crises. Por isso, a informação é primordial para os pais e para a sua capacidade de resolução da crise ou stresse, reduzindo esses sentimentos de incerteza (Trinco, Santos, & Barbosa, 2017). Assim, e uma vez que estes jovens tendem a usar estratégias de *coping* menos adaptativas para lidarem com o sofrimento, se estes pais têm baixa autoeficácia para ensinar e modelar estratégias efetivas de *coping*, esta postura pode, por sua vez, ter um impacto sobre os jovens, dado que facilmente se envolvem em comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídio para amenizarem a dor psicológica (Czyz et. al, 2017).

Também os pais podem ter um papel importante na prevenção/intervenção nos comportamentos suicidários dos jovens, pois estes são mais propensos a confiar num par do que num adulto. É fundamental que tenham a perspicácia de se limitarem a ouvir

e denunciar quaisquer possíveis sinais de alerta e/ou ficando responsáveis por dar algum aconselhamento (Gould et al., 2003).

Dada a evidência substancial da propagação do suicídio, uma estratégia recomendada de prevenção envolve educar os profissionais dos *media* sobre o contágio, a fim de produzir histórias que minimizem os danos (por exemplo, não fazer manchetes na página inicial sobre acontecimentos desta natureza e dar sugestões descrevendo os recursos do tratamento). O papel positivo dos *media* em educar o público sobre os riscos de suicídio e moldar as atitudes sobre o suicídio deve ser encorajado (DGS, 2013; Gould et al., 2003).

Ao nível dos profissionais de saúde, subsiste uma necessidade de enfermeiros e apoio de saúde às famílias para normalizar a experiência de culpa e vergonha que é sentida por estes pais, fornecendo-lhes informação necessária sobre as automutilações (McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007). A oportunidade de ouvirem acerca das experiências de outras famílias pode ajudar os pais a compreenderem e gerirem as emoções que podem surgir e o impacto nas suas relações sociais e familiares (Ferrey et al., 2016). Debater opções realistas para desenvolver estratégias úteis para uma abordagem holística para a família, que inclui uma avaliação das dificuldades de todos os membros da família, tanto do passado (o que motivou este comportamento por parte do jovem), como no presente (o que pode influenciar a situação atual) (McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007). A intervenção deve centrar-se em normalizar os sentimentos e responsabilidades, bem como desenvolver as capacidades focadas no aumento do feedback positivo e evitar críticas e a hostilidade (Power et al., 2009).

Também Bertolote e seus colaboradores (2010) consideram que, em termos individuais, a resiliência emocional, a capacidade para resolver problemas e certas

habilidades sociais podem reduzir o impacto dos fatores ambientais adversos ou intrapsíquicos e, dessa forma, contrabalançar o peso de certos fatores de risco.

Desta forma e dada a complexidade dos comportamentos suicidários juvenis, parece provável que nenhuma estratégia de prevenção/intervenção, por si só, seja suficiente para combater este problema preocupante. Em vez disso, é necessário um esforço abrangente e integrado envolvendo múltiplos domínios - individual, familiar, escolar, comunitário, *media* e sistema de saúde (Gould et al., 2003).

Face ao exposto, pode afirmar-se que a tentativa de suicídio de um jovem é um acontecimento extremamente perturbador e parece ter um impacto significativo nos seus familiares, em diferentes áreas da sua vida. É possível afirmar que de forma a entenderem o comportamento do jovem, primeiramente, os pais respondem a sentimentos de perplexidade ao ruminarem sobre possíveis reincidências e/ou comportamentos autolesivos, examinam as experiências passadas e as atuais para descobrirem sinais que possam explicar o que motivou tal procedimento no seu filho (que por um lado acabam por se culpabilizar por terem falhado no seu papel de pais e por outro, culpam os filhos pela disfuncionalidade familiar que, inevitavelmente, sucedeu).

Seguidamente, procuram especialistas, pessoas com quem possam partilhar as suas experiências similares, e sobretudo, para perceberem a melhor forma de dar uma resposta eficaz. No entanto, a nível internacional, o número de estudos sobre esta temática é muito parco (Rothes, Henriques, & Brás, 2016) e, em Portugal, existe um único estudo recente, mas especificamente em contexto de urgência hospitalar (Trinco, Santos, & Barbosa, 2017).

Neste sentido, justifica-se desenvolver um estudo acerca do impacto que a experiência de uma tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo de um jovem tem nos seus familiares. Importa conhecer mais especificamente o tipo de explicações para o comportamento do jovem, as reações emocionais sentidas e a forma de comunicação acerca do incidente, mencionadas pelos familiares dos jovens, para verificar a forma como lidam e superam a situação.

### 3. Objetivos

O presente estudo está integrado numa investigação mais ampla que se propõe aumentar o conhecimento empírico sobre o impacto nos familiares dos comportamentos suicidários e autolesivos de jovens ou jovens-adultos, seus parentes próximos, de modo a contribuir para uma melhor intervenção na gestão destes comportamentos nas famílias.

Este estudo tem como **objetivo geral** compreender as experiências de familiares após um comportamento autolesivo e/ou suicidário de um descendente próximo, jovem ou jovem-adulto. Neste sentido, foram formulados os seguintes **objetivos específicos**: (a) caracterizar os antecedentes familiares de comportamentos suicidários e autolesivos do jovem ou jovem-adulto; (b) descrever as explicações dadas pelos familiares relativamente ao comportamento autolesivo e/ou suicidário do membro da sua família e as explicações dadas pelo próprio indivíduo para a sua tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo; (c) identificar as reações emocionais dos familiares na sequência do comportamento autolesivo e/ou suicidário do jovem ou jovem-adulto; (d) analisar a comunicação na família na sequência do comportamento autolesivo e/ou suicidário do jovem ou jovem-adulto e (e) avaliar a sintomatologia psicopatológica (ansiedade, depressão e stresse) e a sintomatologia traumática (intrusão, evitamento e

hiperativação) destes familiares, associadas ao comportamento autolesivo e/ou suicidário do jovem ou jovem-adulto.

#### **4. Método**

Neste capítulo pretende-se fazer uma apresentação da metodologia utilizada na realização do estudo. Assim, são apresentados os participantes, o tipo de estudo, os instrumentos utilizados e os procedimentos de recolha e de análise de dados.

##### **4.1. Participantes**

Foram contactados 20 sujeitos, dos quais 18 aceitaram participar no estudo e responder ao protocolo de investigação. Neste estudo, recorreu-se a um processo de amostragem não-probabilística por conveniência, sendo o critério de inclusão o facto de serem familiares (com idade igual ou superior a 18 anos) de um jovem (com idades compreendidas entre os 10 anos e os 35 anos), de ambos os sexos, que tenham cometido uma tentativa de suicídio e/ou adotado comportamentos autolesivos. Os participantes foram inquiridos pelo menos um mês após o comportamento suicidário do jovem ter ocorrido.

##### **4.2. Tipo de estudo**

Foi adotado um paradigma de investigação quantitativa, do tipo descritiva (Marôco & Bispo, 2003, Pestana & Gageiro, 2008), na qual se procurou realizar análises, descrições, interpretações dos factos e encontrar relações entre variáveis, recorrendo ao tratamento estatístico dos dados recolhidos, corroborar teorias e tirar conclusões que, tanto quanto possível, a um retrato real de toda a população-alvo do estudo. Neste caso, os recursos mais usados foram os questionários estruturados.

### **4.3. Instrumentos**

#### **4.3.1. “Questionário da Experiência da Tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo de um familiar” (QETSALF – 6)**

O *QETSALF – 6* (ANEXO A), divide-se em três partes essenciais, a primeira parte – Caracterização sociodemográfica e familiar – que tem como objetivo recolher informação sociodemográfica sobre o pai, a mãe ou familiar do jovem que cometeu o comportamento suicidário, para além de recolher informação acerca de dados clínicos do jovem. A segunda parte – Tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo – compila informações sobre as características do ato suicidário, tais como o método utilizado, o número de práticas suicidárias ocorridas previamente, o grau de intencionalidade de morrer, se se tratava de um comportamento esperado ou se foi totalmente imprevisível, a história de perturbações psicopatológicas e se teve acompanhamento psiquiátrico/psicológico, entre outros aspetos. Na terceira parte do questionário – Experiência e impacto da tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo – tem como propósito examinar as explicações que os familiares dão para o comportamento do jovem assim como as que o próprio jovem refere ao familiar, como é que o familiar ficou a saber do comportamento do jovem, pretende analisar de que maneira a tentativa de suicídio/comportamento autolesivo afetam a vida dos familiares destes jovens (i.e., impacto na vida pessoal, familiar, laboral, a nível dos efeitos na saúde mental, quer sejam psicológicos ou emocionais e na saúde física); averiguar a comunicação na família na sequência da tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo, as dificuldades relacionadas com o acontecimento (i.e., competências para cuidar/ parentais), recursos utilizados (i.e., serviços de saúde, profissionais de saúde, de apoio como as linhas telefónicas, entre outros) e as necessidades que estes pais sentem (e.g., económicas, assistência médica e/ou psicológica, suporte social). Neste estudo, as

partes exploradas são a primeira, a segunda e a terceira, não na sua totalidade, ou seja, analisou-se especificamente, as Explicações dadas pelos familiares para o comportamento do jovem e as Explicações do próprio jovem para o seu comportamento, as Reações emocionais mencionadas e a Comunicação na família).

Este instrumento é de autorresposta e para cada afirmação, existem cinco alternativas de resposta numa escala de resposta tipo *Likert*, que para os temas Explicações e Comunicação varia entre 1 (*Discordo totalmente*) até 5 (*Concordo totalmente*), e para o tema Reações emocionais a escala de resposta varia de 1 (*Não sinto de modo algum*) até 5 (*Sinto muito*). Cada um destes temas é composto por categorias calculadas através da média dos resultados dos itens que as compõem. Para cada categoria foi calculado o alfa de *Cronbach* e, nos casos em que este não obteve um valor aceitável,  $\alpha < 0,7$  (dado o reduzido número de itens por categoria ou reduzido tamanho da amostra), calculou-se também a Média da Correlação Inter-Item (MIC – *Mean-Inter-Item Correlation*). O tema Explicações inclui as seguintes categorias: Comunicar mal-estar/pedir ajuda (itens 1, 15;  $\alpha=0,58$ ; MIC=0,48), Influência relacional e cultural (itens 2, 3, 9, 10, 13;  $\alpha=0,58$ ; MIC=0,25), Acontecimentos de vida negativos (itens 4, 6, 12, 14) e Saúde mental e desenvolvimento (itens 5, 7, 8, 11;  $\alpha=0,64$ ; MIC=0,30). O tema Comunicação integra: Dificuldades (itens 1, 11;  $\alpha=-0,17$ ; MIC=-0,09), Comunicação aberta – sentimentos e evento suicidário – com jovem (itens 2, 3;  $\alpha=0,88$ ), Comunicação aberta – com outros (itens 5, 6, 8, 9, 10;  $\alpha=-0,52$ ; MIC=-0,07) e Segredo e tabu/sigilo (itens 4, 7, 12, 13, 14;  $\alpha=0,43$ ; MIC=0,13). O tema Reações Emocionais compila as seguintes categorias: Sofrimento (itens 1, 2, 3, 4, 14, 36;  $\alpha=0,62$ ; MIC=0,25), Negação e Choque (itens 5, 15;  $\alpha=0,79$ ), Ansiedade, preocupação e medo (itens 6, 7, 8, 9, 10, 24, 25, 29;  $\alpha=0,91$ ); Zanga e frustração (itens 11, 12, 13, 26, 27, 28;  $\alpha=0,58$ ; MIC=0,17), Culpa e sentimento de falha (itens 16, 17, 18, 19, 32;

$\alpha=0,85$ ), Aceitação (itens 20, 21;  $\alpha=0,57$ ; MIC=0,51), Vergonha (itens 22, 37;  $\alpha=-0,49$ ; MIC=-0,25) e Perturbação mental (itens 23, 30, 31, 34, 35;  $\alpha=0,79$ ).

#### **4.3.2. Escala do Impacto do Acontecimento (IES – R)**

A versão original da Escala do Impacto do Acontecimento-Revista – *Impact of Event Scale-Revised*, IES-R – foi desenvolvida por Weiss e Marmar, em 1997 e, mais tarde, adaptada à população portuguesa por Matos, Pinto-Gouveia e Martins (2011) (ANEXO B).

A IES-R tornou-se um instrumento de medida relevante na literatura sobre trauma, que tem como objetivo avaliar a sintomatologia traumática ou reações extremas de stresse traumático, com características de intrusão, evitamento e hiperativação, em relação a um acontecimento de vida específico. É pedido aos intervenientes que se pronunciem acerca do grau de sofrimento/perturbação causado pelos sintomas, em vez da sua frequência.

É um instrumento de autorresposta, constituído por 22 itens, que se subdividem em 8 itens de Intrusão, 8 itens de Evitamento e 6 itens de Hiperativação, que medem as três características primordiais da sintomatologia traumática associada a uma determinada experiência. O formato de resposta é classificado numa escala de *Likert* de 5 pontos, de 0 (*Nada*) a 5 (*Muitíssimo*). Portanto, os indivíduos que obtêm pontuações mais elevadas na IES-R apresentam maior sintomatologia de stresse traumático do que os que pontuam menos na escala. A aplicação desta escala proporciona ainda a possibilidade de obter três fatores que avaliam aspetos diferentes de um acontecimento traumático: Evitamento; Intrusão e Hiperativação que se obtêm através da média dos itens pertencentes a cada uma das subescalas: Evitamento (itens 5; 7; 8; 11; 12; 13; 17; 22), Intrusão (itens 1; 2; 3; 6; 9; 14; 16; 20) e Hiperativação (itens 4; 10; 15; 18; 19; 21).

Neste instrumento, todos os estudos encontraram bons indicadores de fidelidade, apresentando valores de consistência interna que variaram de elevados a muito elevados, quer para o total da escala (alfas de *Cronbach* ( $\alpha$ ) de 0,88 a 0,96) quer para as três subescalas (Intrusão:  $\alpha=0,86$  a 0,94; Evitamento:  $\alpha=0,85$  a 0,90; Hiperativação:  $\alpha=0,79$  a 0,91).

No presente estudo a consistência interna da escala foi estimada usando o alfa de *Cronbach*, que apresentou um valor de 0,94 para o total da escala. Para cada uma das subescalas, Evitamento, Intrusão e Hiperativação, os alfas de *Cronbach* foram de  $\alpha=0,86$ ;  $\alpha=0,89$ ;  $\alpha=0,84$ , respetivamente.

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

A versão original da Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse - *Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS)* – foi desenvolvida por Lovibond e Lovibond, em 1995, e adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, em 2004 (ANEXO C).

Este instrumento é de autorresposta e composto por 21 itens, organizados em três subescalas com 7 itens cada (depressão, ansiedade e stresse). Os itens indicam sintomas emocionais negativos e os participantes são instruídos a classificar as suas respostas numa escala tipo *Likert* de 4 pontos de gravidade, de 0 (*Não se aplicou nada a mim*) a 3 (*Aplicou-se a mim a maior parte das vezes*), tendo em conta a sintomatologia depressiva, ansiosa e relativamente ao grau de stresse que experimentaram na semana após o comportamento autolesivo e/ou suicidário do jovem familiar. Os resultados de cada escala são determinados pelo somatório dos resultados dos sete itens de cada uma das subescalas: Depressão (itens 3; 5; 10; 13; 16; 17; 21), Ansiedade (itens 2; 4; 7; 9; 15; 19; 20) e Stresse (itens 1; 6; 8; 11; 12; 14; 18).

Para a versão portuguesa desta escala, os autores encontraram bons valores de consistência interna, com alfas de *Cronbach* a variarem entre 0,83 e 0,93, sendo que as três subescalas mostraram valores de consistência interna entre boa e razoável (Depressão,  $\alpha=0,85$ ; Ansiedade  $\alpha=0,74$ ; Stresse,  $\alpha=0,81$ ).

No presente estudo o valor de alfa de *Cronbach* encontrado foi de 0,89 para o total da escala. Relativamente às subescalas, estas apresentaram uma consistência interna razoável (Depressão,  $\alpha=0,74$ ; Ansiedade  $\alpha=0,72$ ; Stresse,  $\alpha=0,80$ ).

#### **4.4. Procedimento de Recolha de Dados**

O presente estudo faz parte de um projeto de investigação que se insere no âmbito de uma investigação a nível nacional longitudinal, que decorre em parceria com várias instituições de ensino superior incluindo a Universidade do Algarve – Departamento de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve (DPCE, FCHS, UAlg), Universidade do Porto – Centro de Psicologia da Universidade do Porto – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (CPUP – FPCEUP) e Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESenfC) e algumas instituições hospitalares.

O projeto de investigação recebeu parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade do Porto e do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. No Algarve, o projeto foi submetido à Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve e da Administração Regional de Saúde, da qual também recebemos parecer positivo a 23 de junho de 2017 (ANEXO D).

A técnica de amostragem foi sobretudo não-probabilística por conveniência, conforme já referido anteriormente, através de contatos informais em que os participantes foram selecionados por facilidade de acesso, tendo a recolha de dados

decorrido entre os meses de dezembro de 2016 a julho de 2017. O critério de inclusão estabelecido firmava no facto de serem familiares próximos de um jovem ou jovem-adulto que tenha cometido comportamentos autolesivos e/ou tentativa de suicídio.

De modo a assegurar os procedimentos éticos os sujeitos que aceitaram participar na investigação assinaram previamente um termo de consentimento informado, onde estavam detalhadas as condições de participação, os objetivos da investigação, a garantia da confidencialidade das suas respostas (exclusivas para fins de investigação científica) e ainda sobre a possibilidade de abandonarem o estudo a qualquer momento, visto que era uma participação voluntária (ANEXO E).

A aplicação dos questionários foi individual e realizada em hora e local mais conveniente para o participante e o seu preenchimento teve a duração aproximada de 1 hora. Foi explicado verbalmente e de forma sucinta aos participantes, a importância do seu contributo para a investigação científica, para percebermos como são afetados em diferentes áreas da sua vida, como reagem, como comunicam acerca do tema e as dificuldades e necessidades sentidas. O protocolo de investigação iniciava-se com o “Questionário da Experiência da Tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo” e posteriormente, os questionários eram aleatorizados relativamente à ordem de apresentação dos restantes que o compunham.

Foi ainda desenvolvida e entregue aos participantes um folheto recomendações e contatos/recursos que pudessem utilizar caso sentissem necessidade após terem participado neste estudo ou caso a experiência destes comportamentos por parte dos jovens se voltassem a repetir.

#### 4.5. Procedimento de Análise de Dados

Após a recolha dos dados dos 18 participantes do estudo, estes foram organizados e foi feita uma transcrição para suporte informático. Foi realizado o tratamento estatístico dos mesmos, por meio dos programas estatísticos adequados para o efeito, recorrendo-se ao *software* de análise estatística *Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics – Versão 25)*. As técnicas estatísticas utilizadas foram selecionadas de acordo com as características da amostra e os objetivos do estudo.

Primeiramente foi realizada uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas dos familiares, características dos comportamentos suicidários e história familiar e clínica dos jovens. Estas variáveis foram examinadas de acordo com as frequências e percentagens, bem como através da média (medida de tendência central, usada para resumir os dados) e desvio-padrão (medida de dispersão) (Pestana & Gageiro, 2008).

Seguidamente, de forma a definir a consistência interna de cada escala e categoria, procedeu-se à análise da fidelidade dos instrumentos utilizados através do cálculo do alfa de *Cronbach* ( $\alpha$ ), considerada a melhor estimativa de fidelidade de um teste. A consistência interna varia entre zero e um. O cálculo da consistência interna teve como padrão, para a análise do seu valor, os indicadores sugeridos por Pestana e Gageiro (2008), ou seja, um  $\alpha$  inferior a 0,60 indica uma consistência interna inadmissível, entre 0,60 e 0,70 uma consistência interna fraca, entre 0,70 e 0,80 uma consistência interna razoável, entre 0,80 e 0,90 uma consistência interna boa e um  $\alpha$  superior a 0,90 indica uma consistência interna muito boa.

Para dar início à análise estatística, de acordo com os objetivos delineados para a presente investigação, para se proceder à análise dos 18 questionários, foi necessário transformar os dados originais. Foram formulados temas, categorias e subcategorias

principais de modo a compilar toda a informação e permitir um maior enquadramento face às respostas dos inquiridos, priorizando indicar numericamente a frequência e a intensidade dos comportamentos dos indivíduos de cada grupo e inferir resultados sobre a população de conveniência. Posto isto, no QETSALF – 6 procedeu-se a uma análise descritiva dos vários itens que compõem essas categorias, com vista à análise das distribuições [Frequências, Média (*M*), Desvio-Padrão (*DP*); Mínimo (*min*) e Máximo (*máx*)]. Numa primeira instância, foram identificadas as respostas com maior concordância relativamente aos temas em estudo – Explicações dos familiares e dos jovens que justifiquem o comportamento, as Reações Emocionais dos familiares e a forma de Comunicação na família após o comportamento do jovem – nesta fase é importante mencionar que as possibilidades de resposta foram agrupadas, de forma a avaliá-las em 3 níveis que tornam a leitura e interpretação dos dados mais exequível. O tema das Explicação e da Comunicação são agrupados em: 1º nível que engloba 1 (*Discordo totalmente*) e 2 (*Discordo*), o 2º nível integra a resposta 3 (*Concordo pouco*) e o 3º nível abrange 4 (*Concordo*) e 5 (*Concordo totalmente*). O tema das Reações Emocionais é classificado em: 1º nível referente à resposta 1 (*Não sinto de modo algum*), 2º nível incorpora as respostas 2 (*Sinto um pouco*) e 3 (*Sinto algo*) e o nível 3 inclui as respostas 4 (*Sinto*) e 5 (*Sinto muito*).

Seguidamente, na análise de grupos com tamanho reduzido foram utilizados testes não-paramétricos. No sentido de identificar em que medida a média de determinada variável apresenta diferenças significativas entre dois grupos independentes, foi realizado o cruzamento entre diversas variáveis sociodemográficas e os três temas em estudo, recorrendo-se a testes não-paramétricos para comparar médias de duas amostras – *Mann Whitney* – útil quando a amostra em estudo é inferior a 30 participantes e em substituição ao teste *t* (Pestana & Gageiro, 2008). O mesmo processo foi repetido para a

Escala do Impacto do Acontecimento (IES – R) e para a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21). A utilização desta técnica foi apoiada computacionalmente recorrendo ao *software Microsoft Excel 2013*, para proceder ao cálculo do  $r$  de *Cohen* e extrair o seu valor.

Posteriormente analisou-se a relação dos temas em estudo com as categorias e respetivas subcategorias e destas últimas com as variáveis sociodemográficas e clínicas, através do coeficiente de correlação não-paramétrico – Teste de *Spearman* – com o objetivo de medir o grau de relacionamento, a intensidade e a direção da relação linear entre estas variáveis, dados pelo coeficiente de correlação de *Spearman* ( $r_s$ ) que indica se é uma correlação forte ou fraca. A correlação de *Spearman* assume valores reais entre -1 e 1 (quanto mais próximo de -1 ou 1, mais forte a relação entre as variáveis). Contudo, a correlação pode ser positiva, sempre que as variáveis tendam a mudar na mesma direção ou pode ser uma correlação negativa, quando variam em sentidos opostos, isto é, se uma variável aumenta, a outra variável diminui. Para a análise dos dados utilizou-se a convenção usada por Pestana e Gageiro (2008). Assim, um valor  $r_s$  abaixo de 0,20 é indicador de uma correlação muito baixa, entre 0,20 e 0,39 de uma correlação baixa, entre 0,40 e 0,69 de uma correlação moderada; entre 0,70 e 0,89 de uma correlação alta, sendo, que maior que 0,90 é sinónimo de uma correlação muito alta.

Na análise estatística consideraram-se os seguintes níveis de significância ( $\rho$ ):  $\rho < 0,05^*$  e  $\rho < 0,01^{**}$ .

Posto isto, os resultados conclusivos deste estudo encontram-se expostos de seguida.

## 5. Resultados

Nesta parte são apresentados os resultados das análises estatísticas dos dados recolhidos, de modo a dar resposta aos objetivos delineados.

### 5.1. Caraterização da amostra

A caraterização da amostra foi feita tendo em conta os seguintes parâmetros sociodemográficos: sexo e idade do participante; grau de parentesco em relação ao jovem; habilitações académicas; situação profissional; estado civil; agregado familiar (número de filhos) e o distrito onde o familiar reside, tal como estará representado na Tabela 1.

**Tabela 1**

*Caraterísticas sociodemográficas dos familiares*

<b>Caraterísticas Sociodemográficas</b>		<b>N (%)</b>
Grau de Parentesco	Mãe	7 (38,9)
	Pai	4 (22,2)
	Prima	2 (11,1)
	Primo	1 (5,6)
	Tia	1 (5,6)
	Irmã	1 (5,6)
	Avó materna	1 (5,6)
	Avô materno	1 (5,6)
	Género	Feminino
Masculino		6 (33,3)
Profissão	Pessoal Administrativo	4 (22,2)
	Trabalhadores não qualificados	4 (22,2)
	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	3 (16,7)
	Técnicos e profissões de nível intermédio	3 (16,7)
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	2 (11,1)
	Trabalhadores dos serviços pessoais, proteção e segurança e vendedores	1 (5,6)
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, pesca e floresta	1 (5,6)
Habilitações Académicas	4º ano	2 (11,1)
	6º ano	1 (5,6)
	8º ano	1 (5,6)
	9º ano	3 (16,7)

<b>Caraterísticas Sociodemográficas</b>		<b>N (%)</b>
	11º ano	1 (5,6)
	12º ano	5 (27,8)
	Licenciatura	4 (22,2)
	Mestrado	1 (5,6)
Número de filhos	0	2 (11,1)
	1	4 (22,2)
	2	8 (44,4)
Estado Civil	Casado/União de fato	11 (61,1)
	Divorciado/Separado	3 (16,7)
	Solteiro	3 (16,7)
	Viúvo	1 (5,6)
Vive com o familiar	Não	10 (55,6)
	Sim	8 (44,4)
Distrito onde vive	Faro	18 (100)

*Nota.* N=18; % - Percentagem

Neste estudo, a amostra é composta por um total de 18 familiares de jovens que tentaram o suicídio e/ou tiveram comportamentos autolesivos, dos quais 4 pais (22,2%), 7 mães (38,9%), 1 tia (5,6%), 1 avô (5,6%), 1 avó (5,6%), 1 irmã (5,6%), 1 primo (5,6%) e 2 primas (11,1%), havendo na amostra predominância de pais (N=11). Todos os participantes (N=18) residem no distrito de Faro.

As idades dos familiares são compreendidas entre os 18 e os 80 anos, com uma média de idades de 44,94 anos (DP=15,78), dos quais 66,7% (N=12) são do sexo feminino e 33,3% (N=6) do sexo masculino. Dos participantes inquiridos, 61,1% são casados ou vivem em união de facto (N=11), 16,7% estão divorciados (N=3), 16,7% estão solteiros (N=3) e 5,6% em estado de viuvez (N=1). Em relação ao número de filhos, 55,6% (N=10) dos participantes têm 2 filhos, 22,2% dos inquiridos (N=4) têm 1 filho e os restantes 22,2% (N=4) não têm filhos.

No que diz respeito ao tipo de relacionamento que os entrevistados têm com os jovens, é de salientar que 55,6% (N=10) são elementos da família nuclear (pai, mãe ou irmã), ou seja, coabitam com o jovem, 44,4% (N=8) são elementos da família alargada (tia, primos, avós) e, portanto, não vivem com o jovem.

Relativamente ao nível de escolaridade, cerca de 27,8% dos sujeitos concluíram o 12º ano de escolaridade ( $N=5$ ), 22,2% ( $N=4$ ) concluíram a licenciatura, 16,7% ( $N=3$ ) terminaram o 9º ano, 11,1% ( $N=2$ ) frequentaram a escola até ao 4º ano e 4 familiares interromperam a escolaridade no 6ºano ( $N=1$ ; 5,6%), 8º ano ( $N=1$ ; 5,6%), 11º ano ( $N=1$ ; 5,6%) e mestrado ( $N=1$ ; 5,6%). As profissões dos participantes incluem os serviços administrativos ( $N=4$ ; 22,2%), 22,2% os trabalhos não-qualificados ( $N=4$ ), 16,7% pelas atividades intelectuais e científicas ( $N=3$ ), 16,7% profissionais de nível intermédio ( $N=3$ ), 11,1% trabalhos qualificados de indústria, construção e artífices ( $N=2$ ), 5,6% trabalhos de nível pessoal, proteção e segurança ( $N=1$ ) e 5,6% trabalhos agrícolas, pesca e floresta ( $N=1$ ).

## 5.2. Caraterização dos jovens e dos comportamentos autolesivos e/ou suicidários

Na Tabela 2, poder-se-á observar as caraterísticas do jovem que cometeu o comportamento suicidário ou autolesivo, tais como o género, estado civil, situação profissional, história clínica e familiar e a descrição dos seus comportamentos suicidários, mais especificamente o método utilizado, número de ocorrências, entre outros.

**Tabela 2**

*Caraterísticas dos jovens e dos comportamentos autolesivos e/ou suicidários*

<b>Caraterísticas</b>		<b><i>N (%)</i></b>
Género do jovem	Feminino	15 (83,7)
	Masculino	3 (16,7)
Estado Civil	Casado/União de fato	2 (11,1)
	Divorciado/Separado	2 (11,1)
	Solteiro	14 (77,8)
Ocupação/Profissão	Estudante	11 (61,1)
	Trabalhadores dos serviços pessoais, proteção e	3 (16,7)

Caraterísticas		N (%)
	segurança e vendedores	
	Técnicos e profissões de nível intermédio	2 (11,1)
	Trabalhadores não-qualificados	1 (5,6)
Diagnóstico	Sim	8 (44,4)
psiquiátrico/psicológico	Não	10 (55,6)
Acompanhamento	Sim	11 (61,1)
psiquiátrico	Não	7 (38,9)
Acompanhamento	Sim	16 (88,9)
psicológico	Não	2 (11,1)
Método utilizado	Intoxicação medicamentosa	12 (66,7)
	Cortes na pele com objeto cortante	4 (22,2)
	Tentativa de enforcamento	2 (11,1)
Primeira vez que aconteceu	Sim	12 (66,7)
	Não	6 (33,3)
História familiar de	Sim	7 (38,9)
comportamento autolesivo	Não	11 (61,1)
História familiar de tentativas	Sim	6 (33,3)
de suicídio	Não	12 (66,7)
História familiar de suicídio	Sim	6 (33,3)
	Não	12 (66,7)

Nota. N=18; % - Percentagem

De acordo com as respostas dos familiares relativamente aos jovens com comportamentos autolesivos ou suicidários, estes são predominantemente do sexo feminino ( $N=15$ ; 83,3%), com idades compreendidas entre os 13 e os 30 anos de idades ( $M=20,11$ ;  $DP=5,43$ ). A maioria dos jovens ( $N=11$ ; 61,1%;) são estudantes e frequentam a escola, estando distribuídos 5,6% ( $N=1$ ) pelo 6º ano, 11,1% ( $N=2$ ) pelo 8º ano, 5,6% ( $N=1$ ) pelo 9ºano, 16,7% ( $N=3$ ) frequentam o 11º ano e 27,8% ( $N=5$ ) estão no 12ºano. Já os restantes jovens 38,9% ( $N=7$ ) terminaram os estudos e neste momento estão a trabalhar, nomeadamente 16,7% ( $N=3$ ) são trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção, de segurança e vendedores, 11,1% ( $N=2$ ) são técnicos de profissões de nível intermédio e 5,6% ( $N=1$ ) pertencem aos trabalhadores não-qualificados (sendo que um dos jovens, se desconhece a profissão).

No que diz respeito aos comportamentos autolesivos e/ou suicidários dos jovens, na maioria dos casos ( $N=12$ ; 66,7%), os familiares indicaram que foi a primeira vez que o jovem adotou este tipo de comportamentos, sendo que a idade mais mencionada pelos familiares para os primeiros comportamentos foi os 15 anos ( $N=6$ ), num intervalo de 11 anos ( $N=1$ ) e 27 anos ( $N=2$ ), com um valor médio de 17,11 ( $DP=4,98$ ).

O método mais referido foi a intoxicação medicamentosa ( $N=12$ ; 66,7%), sendo que as raparigas realizaram intoxicação medicamentosa ( $N=11$ ) e cortes na pele com objeto cortante ( $N=4$ ) e os rapazes realizaram a intoxicação medicamentosa ( $N=1$ ) e uma tentativa de enforcamento ( $N=2$ ). Em relação à história clínica pessoal e familiar, aproximadamente metade dos jovens ( $N=10$ ; 55,6%) não tem diagnóstico psicopatológico/psiquiátrico, os restantes jovens ( $N=8$ ; 44,4%) têm esse diagnóstico. Neste seguimento, 61,1% ( $N=11$ ) têm ou tiveram acompanhamento psiquiátrico, assim como 88,9% ( $N=16$ ) têm ou tiveram acompanhamento psicológico.

De acordo com as respostas dadas, 61,1% ( $N=11$ ) dos jovens não tem história familiar de comportamentos autolesivos e/ou suicidários. Porém, nos casos em foi assinalada a história de comportamentos suicidários na família, constatou-se que 38,9% ( $N=7$ ) dos familiares adotaram comportamentos autolesivos, 33,3% ( $N=6$ ) tentaram o suicídio e 33,3% ( $N=6$ ) suicidaram-se, correspondendo a familiares não-diretos, como o tio, avô, avó ou bisavó. Dos jovens que têm história familiar de suicídio consumado, 3 (16,7%) foi a primeira vez que tiveram comportamentos suicidários, enquanto os outros 3 (16,7%) jovens, já tinham adotado este tipo de práticas.

### 5.3. Experiência dos comportamentos autolesivos e/ou suicidários nos familiares

Numa primeira fase, apresenta-se a análise descritiva dos itens que compõem as categorias. Esta análise permitirá extrair o grau de concordância dos sujeitos em relação a cada um desses itens apresentados.

#### 5.3.1. Explicações referidas pelos familiares relativamente aos comportamentos autolesivos e/ou suicidários dos jovens

Na Tabela 3 será apresentado o grau de concordância com várias explicações dadas pelos familiares para a ocorrência da tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo dos jovens, ou seja, as razões que consideram a causa para o jovem ter adotado estes comportamentos.

**Tabela 3**

*Explicações referidas pelos familiares relativamente aos comportamentos autolesivos e/ou suicidários dos jovens*

	<b>Discordo totalmente (1) e Discordo (2) (N/%)</b>	<b>Concordo pouco (3) (N/%)</b>	<b>Concordo (4) e Concordo totalmente (5) (N/%)</b>	<b>M (DP)</b>	<b>Amplitude (min. – máx.)</b>
<b>1. Comunicar mal-estar/pedir ajuda</b>					
1. Expressar emoções intensas.	0 (0)	1 (5,6)	17 (94,4)	4,50 (0,62)	3 – 5
15. Forma de pedir ajuda.	3 (16,7)	7 (38,9)	8 (44,5)	3,39 (1,09)	1 – 5
<b>2. Influência relacional e cultural</b>					
2. Dificuldades nas relações.	3 (16,7)	2 (11,1)	13 (72,2)	3,83 (1,04)	2 – 5
3. Problemas familiares.	9 (50)	2 (11,1)	7 (38,9)	2,67 (1,61)	1 – 5
9. Influência dos amigos e colegas.	14 (77,8)	1 (5,6)	3 (16,7)	1,72 (1,18)	1 – 5
10. Influência da internet e meios de comunicação social.	12 (66,7)	2 (11,1)	4 (22,3)	2,11 (1,37)	1 – 5

	<b>Discordo totalmente (1) e Discordo (2) (N/%)</b>	<b>Concordo pouco (3) (N/%)</b>	<b>Concordo (4) e Concordo totalmente (5) (N/%)</b>	<b>M (DP)</b>	<b>Amplitude (min. – máx.)</b>
13. Efeitos da cultura juvenil.	15 (83,4)	2 (11,1)	1 (5,6)	1,61 (1,09)	1 – 5
<b>3. Acontecimentos de vida negativos</b>					
4. Consequência de abusos/maus tratos	16 (88,9)	1 (5,6)	1 (5,6)	1,33 (0,84)	1 – 4
6. Primeira infância	10 (55,5)	5 (27,8)	3 (16,7)	2,28 (1,41)	1 – 5
12. Ter sido vítima de <i>bullying</i> ou <i>ciberbullying</i> .	10 (55,5)	3 (16,7)	5 (27,8)	2,28 (1,32)	1 – 4
14. Forma de lidar com os problemas da vida.	2 (11,1)	2 (11,1)	14 (77,8)	3,78 (1,17)	1 – 5
<b>4. Saúde mental e desenvolvimento</b>					
5. Problemas de saúde mental.	6 (33,4)	2 (11,1)	10 (55,6)	3,28 (1,57)	1 – 5
7. O pai e/ou mãe e/ou outro familiar também terem tido estes comportamentos.	14 (77,8)	3 (16,7)	1 (5,6)	1,61 (1,15)	1 – 5
8. Problemas de saúde mental na família.	14 (77,8)	3 (16,7)	1 (5,6)	1,78 (1,11)	1 – 5
11. Efeitos da adolescência e das “hormonas”.	8 (44,5)	4 (22,2)	6 (33,4)	2,67 (1,57)	1 – 5

Nota. N=18; % - Percentagem; M – Média; DP – Desvio-Padrão

Antes de mais, de acordo com a Tabela 3, torna-se relevante mencionar a existência de um maior número de concordância por parte dos familiares para as explicações que remetam para a comunicação de mal-estar, sendo o comportamento visto como uma forma de pedir ajuda e essencialmente para expressar emoções intensas (N=17; 94,4%), por exemplo a ira, sofrimento, ódio de si mesmo. A resposta que obteve maior discordância dos familiares está relacionada com o facto de o comportamento do jovem ser uma consequência de abusos/maus-tratos (N=16; 88,9%).

Não menos importante, um número elevado de familiares também demonstraram desacordo relativamente à influência dos problemas de saúde mental na família no comportamento do jovem (N=14; 77,8%), quer sejam influenciados pelos comportamentos da família direta (pais) (N=14; 77,8%) ou dos amigos e colegas (N=14;

77,8%) ou da Internet e meios de comunicação social ( $N=12$ ; 66,7%), nem concordam que a conduta do jovem esteja relacionada com os efeitos da cultura juvenil (por exemplo, motivo de orgulho no grupo) ( $N=15$ ; 83,4%).

No que respeita à categoria – Acontecimentos de vida negativos –, 55,6% ( $N=10$ ) dos familiares inquiridos não concordam que os comportamentos suicidários dos jovens sejam estimulados por estes terem sido vítimas de *bullying* ou *ciberbullying*, nem que estas condutas tenham surgido porque tenha ocorrido algum acontecimento de vida negativo na primeira infância destes jovens ( $N=10$ ; 55,6%).

Pelo observado e para além do que foi mencionado anteriormente, relativamente à categoria – Influência relacional e cultural –, 72,2% ( $N=13$ ) dos familiares dos jovens concordam que as dificuldades nas relações podem explicar o comportamento suicidário do jovem, destacando-se que pode ser uma forma deste lidar com os problemas da vida ( $N=14$ ; 77,8%).

Relativamente à categoria – Saúde mental e desenvolvimento –, no ponto de vista dos familiares, 55,6% ( $N=10$ ) consentem que este tipo de conduta por parte do jovem possa ser explicado por problemas de saúde mental.

Comparando o valor médio do grau de concordância de todas as explicações, a explicação referida pelos familiares que obteve um maior grau de concordância foi “Expressar emoções intensas” com um valor médio de 4,50 ( $DP=0,62$ ), em contrapartida a afirmação com menor grau de concordância foi “Consequências de abusos/maus-tratos” com um valor médio de 1,33 ( $DP=0,84$ ).

### 5.3.2. Explicações referidas pelos jovens para os seus comportamentos autolesivos e/ou suicidários, de acordo com os familiares

A seguir serão exploradas as explicações que melhor descrevem a razão para os jovens realizarem estes comportamentos. Foram explicações dadas pelos próprios jovens (aos pais, a outros familiares ou a algum profissional de saúde) para a sua tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo.

**Tabela 4**

*Explicações referidas pelos jovens para os seus comportamentos autolesivos e/ou suicidários, de acordo com os familiares*

	<b>Discordo totalmente (1) e Discordo (2) (N/%)</b>	<b>Concordo pouco (3) (N/%)</b>	<b>Concordo (4) e Concordo totalmente (5) (N/%)</b>	<b>M (DP)</b>	<b>Amplitude (min. – máx.)</b>
1. Aliviar a tensão.	5 (27,8)	3 (16,7)	10 (55,5)	3,22 (1,31)	1 – 5
2. Dor/ sofrimento.	5 (27,8)	2 (11,1)	11 (61,1)	3,50 (1,38)	1 – 5
3. Aliviar a tristeza.	2 (11,1)	3 (16,7)	13 (72,2)	3,89 (0,96)	2 – 5
4. Sentir -se infeliz.	3 (16,7)	2 (11,1)	13 (72,2)	3,78 (1,31)	1 – 5
5. Lidar melhor com a vida.	7 (38,9)	4 (22,2)	7 (38,9)	2,83 (1,30)	1 – 5
6. Não ter amigos.	10 (55,6)	2 (11,1)	6 (33,3)	2,44 (1,65)	1 – 5
7. Ter sido vítima de bullying e cyberbullying.	12 (66,6)	2 (11,1)	4 (22,2)	2,11 (1,37)	1 – 5
8. Sentir – se diferente.	9 (50,0)	1 (5,6)	8 (44,4)	2,61 (1,50)	1 – 5
9. Não gostar de si próprio.	4 (22,2)	5 (27,8)	9 (50,0)	3,39 (1,50)	1 – 5
10. Não gostar da sua vida.	3 (16,7)	5 (27,8)	10 (55,5)	3,39 (1,29)	1 – 5
11. Castigar-se.	8 (44,4)	2 (11,1)	8 (44,4)	2,83 (1,47)	1 – 5
12. Querer viver de outra forma.	10 (55,5)	5 (27,8)	3 (16,7)	2,22 (1,17)	1 – 4
13. Para se matar.	10 (55,5)	1 (5,6)	7 (38,9)	2,83 (1,43)	1 – 5
14. Afastar pensamentos suicidas da mente.	9 (50,0)	6 (33,3)	3 (16,7)	2,33 (1,28)	1 – 5
15. Culpar/ castigar o pai e/ou a mãe.	11 (61,1)	5 (27,8)	2 (11,1)	2,22 (1,31)	1 – 5
16. Dificuldades nas relações com os pais.	10 (55,6)	4 (22,2)	4 (22,2)	2,56 (1,54)	1 – 5
17. Estar zangado com os pais.	11 (61,1)	2 (11,1)	5 (27,8)	2,50 (1,62)	1 – 5
18. Influência de outros jovens.	14 (77,8)	2 (11,1)	2 (11,1)	1,78 (1,06)	1 – 4

	<b>Discordo totalmente (1) e Discordo (2) (N/%)</b>	<b>Concordo pouco (3) (N/%)</b>	<b>Concordo (4) e Concordo totalmente (5) (N/%)</b>	<b>M (DP)</b>	<b>Amplitude (min. – máx.)</b>
19. Conflitos/ dificuldades nas relações com outros jovens/ colegas.	9 (50,0)	2 (11,1)	7 (38,9)	2,56 (1,46)	1 – 5
20. Ruturas/ desilusões amorosas.	10 (55,5)	3 (16,7)	5 (27,8)	2,50 (1,65)	1 – 5

*Nota.* N=18; % - Percentagem; M – Média; DP – Desvio-Padrão; (importante relembrar que nunca houve contacto com os jovens, estas explicações foram indicadas pelos familiares)

De acordo com os resultados da Tabela 4 acima representada, torna-se relevante mencionar que os familiares concordaram mais com as explicações em que os jovens referiram que o motivo que os levou a adotar estes comportamentos suicidários tenha estado relacionado com o facto de se sentirem infelizes ( $N=13$ ; 72,2%) e para aliviar a tristeza que sentiam ( $N=13$ ; 72,2%). A explicação com que mais os familiares discordaram diz respeito ao facto de os jovens não acharem que o comportamento suicidário tenha acontecido por influência de outros jovens ( $N=14$ ; 77,8%).

Todavia, pode constatar-se que também as explicações que os familiares mais concordam e que justificam os comportamentos suicidários, segundo o jovem, são essencialmente por estarem em sofrimento ( $N=11$ ; 61,1%), por quererem aliviar a tensão que estavam a sentir ( $N=10$ ; 55,5%) e por não gostarem da sua vida ( $N=10$ ; 55,5%).

Os familiares acrescentam também que os jovens discordaram que o estímulo para as suas práticas tenha estado ligado às desilusões amorosas ( $N=10$ ; 55,5%), por terem sido vítimas de *bullying* ou *ciberbullying* ( $N=12$ ; 66,6%), por terem dificuldades nas relações com os pais ( $N=10$ ; 55,5%) ou por estarem zangados com estes ( $N=11$ ; 61,1%) e que ao adotarem estes comportamentos, tivessem o objetivo de se quererem matar ( $N=10$ ; 55,5%).

A explicação que obteve um maior grau de concordância foi “Aliviar a tristeza” com um valor médio de 3,89 ( $DP=0,96$ ), em contrapartida a afirmação com maior discordância foi “Influência de outros jovens” com 1,78 ( $DP=1,06$ ).

### 5.3.3. Reações emocionais dos familiares

O comportamento autolesivo e /ou suicidário de um jovem pode provocar múltiplas reações emocionais e preocupações nos pais e outros familiares e afetar a sua vida pessoal, familiar e/ou laboral. Seguidamente, na Tabela 5, serão apresentadas as emoções sentidas pelos familiares no seguimento dos comportamentos autolesivos e/ou suicidários dos jovens.

**Tabela 5**

*Reações emocionais dos familiares na sequência dos comportamentos autolesivos e/ou suicidários dos jovens*

	Não sinto de modo algum (1) (N/%)	Sinto um pouco (2) e Sinto algo (3) (N/%)	Sinto (4) e Sinto muito (5) (N/%)	M (DP)	Amplitude (min. – máx.)
<b>1. Sofrimento</b>					
1. Dor/Sofrimento.	0 (0)	4 (22,2)	14 (77,8)	4,33 (0,97)	2 – 5
2. Tristeza.	0 (0)	2 (11,1)	16 (88,9)	4,44 (0,86)	2 – 5
3. Desespero.	2 (11,1)	6 (33,4)	10 (55,6)	3,67 (1,67)	1 – 5
4. Desgosto.	2 (11,1)	5 (27,8)	11 (61,1)	3,50 (1,30)	1 – 5
36. Choro fácil.	6 (33,3)	6 (33,3)	6 (33,3)	2,67 (1,61)	1 – 5
14. Desilusão.	4 (22,2)	6(33,3)	8 (44,4)	3,06 (1,43)	1 – 5
<b>2. Negação e Choque</b>					
5. Não acreditar no que aconteceu.	3 (16,7)	3 (16,7)	12 (66,6)	3,61 (1,46)	1 – 5
15. Choque.	3 (16,7)	3 (16,7)	12 (66,7)	3,50 (1,47)	1 – 5
<b>3. Ansiedade, preocupação e medo</b>					
6. Angústia.	1 (5,6)	4 (22,2)	13 (72,2)	3,89 (1,13)	1 – 5
7. Medo.	1 (5,6)	4 (22,2)	13 (72,2)	3,89 (1,23)	1 – 5
8. Insegurança.	1 (5,6)	2 (11,1)	15 (83,3)	3,94 (1,16)	1 – 5
9. Preocupação.	0 (0)	2 (11,1)	16 (88,9)	4,56 (0,71)	3 – 5
10. Ansiedade.	3 (16,7)	3 (16,7)	12 (66,7)	3,61 (1,46)	1 – 5
24. Medo que o seu (sua) filho (a) volte a repetir.	0 (0)	3 (16,7)	15 (83,3)	4,39 (0,92)	2 – 5
25. Medo que o seu (sua) filho (a) morra por suicídio.	2 (11,1)	2 (11,1)	14 (77,8)	4,11 (1,32)	1 – 5

	<b>Não sinto de modo algum (1) (N/%)</b>	<b>Sinto um pouco (2) e Sinto algo (3) (N/%)</b>	<b>Sinto (4) e Sinto muito (5) (N/%)</b>	<b>M (DP)</b>	<b>Amplitude (min. – máx.)</b>
29. Aflição.	3 (16,7)	3 (16,7)	12 (66,7)	3,61 (1,54)	1 – 5
33. Ficar em alerta.	0 (0)	3 (16,7)	15 (83,3)	4,50 (0,79)	2 – 5
<b>4. Zanga e frustração</b>					
11. Frustração.	2 (11,1)	4 (22,2)	12 (66,7)	3,61 (1,34)	1 – 5
12. Raiva ou irritação.	5 (27,8)	7 (38,9)	6 (33,3)	2,72 (1,32)	1 – 5
13. Zanga.	7 (38,9)	5 (27,8)	6 (33,3)	2,56 (1,50)	1 – 5
26. Zanga dirigida ao seu filho.	12 (66,7)	3 (16,7)	3 (16,7)	1,89 (1,45)	1 – 5
27. Zanga dirigida a outros elementos da família.	15 (83,3)	1 (5,6)	2 (11,1)	1,50 (1,20)	1 – 5
28. Zanga dirigida aos serviços de saúde ou outros serviços.	16 (88,9)	1 (5,6)	1 (5,6)	1,33 (1,03)	1 – 5
<b>5. Culpa e sentimento de falha</b>					
16. Culpa.	5 (27,8)	4 (22,2)	9 (50,0)	3,11 (1,64)	1 – 5
17. Responsabilidade.	3 (16,7)	5 (27,8)	10 (55,6)	3,50 (1,54)	1 – 5
18. Impotência.	2 (11,1)	1 (5,6)	15 (83,3)	4,06 (1,35)	1 – 5
19. Fracasso ou sentimento de falha.	6 (33,3)	4 (22,2)	8 (44,4)	2,94 (1,70)	1 – 5
32. Colocar em causa as competências parentais.	6 (33,3)	7 (38,9)	4 (22,2)	2,44 (1,34)	1 – 5
<b>6. Aceitação</b>					
20. Aceitação.	8 (44,4)	8 (44,4)	2 (11,1)	2,11 (1,23)	1 – 5
21. Resignação.	13 (72,2)	5 (27,8)	0 (0)	1,33 (0,59)	1 – 3
<b>7. Vergonha</b>					
22. Vergonha.	9 (50,0)	8 (44,4)	1 (5,6)	1,83 (1,10)	1 – 5
37. Medo do estigma.	9 (50,0)	5 (27,8)	4 (22,2)	2,11 (1,45)	1 – 5
<b>8. Perturbação mental</b>					
23. Perturbação.	5 (27,8)	4 (22,2)	9 (50,0)	3,22 (1,67)	1 – 5
30. A enlouquecer.	10 (55,6)	6 (33,3)	2 (11,1)	1,94 (1,35)	1 – 5
31. Sob pressão.	3 (16,7)	3 (16,7)	12 (66,7)	3,56 (1,42)	1 – 5
34. Não conseguir dormir.	4 (22,2)	8 (44,4)	6 (33,3)	2,72 (1,45)	1 – 5
35. Desorientação.	5 (27,8)	6 (33,3)	7 (38,9)	2,78 (1,52)	1 – 5

Nota. N=18; % - Percentagem; M – Média; DP – Desvio-Padrão

De todas as categorias que emergiram aquando da análise dos questionários, destaca-se que a grande maioria dos participantes sentiram mais reações emocionais incluídas na categoria – Ansiedade, preocupação e medo – nomeadamente a presença de preocupação com 88,9% (N=16), e o mesmo acontece na categoria – Sofrimento – que reconhecem a presença de tristeza após o comportamento do jovem. Na categoria – Zanga e frustração – porém no sentido oposto, a maioria dos familiares afirma que não

sentiram qualquer tipo de zanga em relação aos serviços de saúde ou outros serviços ( $N=16$ ; 88,9%).

Não obstante, também a existência de insegurança com 83,3% ( $N=15$ ), o medo que os familiares sentem perante a possibilidade de o jovem repetir o comportamento ( $N=15$ ; 83,3%), que morra por suicídio ( $N=14$ ; 77,8%) e a presença de um maior estado de alerta ( $N=15$ ; 83,3%) são reações com que os familiares mais concordam terem sentido após a conduta do jovem. Para além destas reações emocionais, ainda se destacam o medo e a angústia ( $N=13$ ; 72,2%). Seguidamente e inserida na categoria – Sofrimento – sobressai a dor/sofrimento ( $N=14$ ; 77,8%).

Em relação à categoria – Culpa e sentimento de falha – a impotência é a reação emocional que os familiares mais frequentemente referem sentir ( $N=15$ ; 83,3%). Pelo contrário, a resignação não é sentida pelos familiares ( $N=13$ ; 72,2%).

Por último, a grande maioria dos familiares também não sente zanga dirigida ao jovem ( $N=12$ ; 66,7%) ou a outros elementos da família ( $N=15$ ; 83,3%).

A reação emocional que obteve um maior nível de concordância foi “Preocupação” com uma média de 4,56 ( $DP=0,71$ ). Já as reações emocionais menos sentidas foram a “Zanga dirigida aos serviços de saúde ou outros serviços” com um valor médio de 1,33 ( $DP=1,03$ ) e, com um valor idêntico, a “Resignação” ( $M=1,33$ ;  $DP=0,59$ ).

### 5.3.4. Comunicação na família após um comportamento autolesivo e/ou suicidário do jovem

A comunicação na família na sequência do comportamento autolesivo e/ou suicidário dos filhos/familiares jovens é um fator muito importante para auxiliar na forma como os familiares destes jovens resolvem e superam a situação. Na Tabela 6 descrever-se-á a forma como estas famílias comunicam após esta situação.

**Tabela 6**

*Comunicação na família na sequência dos comportamentos autolesivos e/ou suicidários dos jovens*

	<b>Discordo totalmente (1) e Discordo (2) (N/%)</b>	<b>Concordo pouco (3) (N/%)</b>	<b>Concordo (4) e Concordo totalmente (5) (N/%)</b>	<b>M (DP)</b>	<b>Amplitude (min. – máx.)</b>
<b>1. Dificuldades</b>					
1. É difícil abordar o assunto com o meu (minha) filho (a).	7 (38,9)	5 (27,8)	6 (33,4)	2,94 (1,35)	1 – 5
11. O meu companheiro (a) não é capaz de entender a situação.	16 (88,9)	2 (11,1)	0 (0)	1,50 (0,71)	1 – 3
<b>2. Comunicação aberta – sentimentos e evento suicidário – com jovem</b>					
2. Falei com o meu (minha) filho (a) sobre os seus sentimentos.	4 (22,2)	1 (5,6)	13 (72,2)	4,00 (1,37)	1 – 5
3. Eu e o meu (minha) filho (a) conversámos abertamente sobre a tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo.	5 (27,8%)	2 (11,2%)	11 (61,1%)	3,72 (1,53)	1 – 5
<b>3. Comunicação aberta – com outros</b>					
5. Conversei com o meu companheiro (a) sobre o assunto.	3 (16,7)	0 (0)	15 (83,3)	4,06 (1,35)	1 – 5
6. Conversei com os	7 (38,9)	2 (11,1)	9 (50,0)	3,00 (1,65)	1 – 5

	<b>Discordo totalmente (1) e Discordo (2) (N/%)</b>	<b>Concordo pouco (3) (N/%)</b>	<b>Concordo (4) e Concordo totalmente (5) (N/%)</b>	<b>M (DP)</b>	<b>Amplitude (min. – máx.)</b>
meus filhos/ com os meus pais.					
8. Conversei com outros familiares.	12 (66,7)	4 (22,2)	2 (11,1)	2,00 (1,24)	1 – 5
9. Acho que o segredo/sigilo sobre este assunto pode tornar a situação mais difícil.	9 (50,0)	2 (11,1)	7 (38,9)	2,78 (1,63)	1 – 5
10. Falar sobre o assunto é importante para que se entenda melhor.	3 (16,7)	0 (0)	15 (83,3)	4,11 (1,37)	1 – 5
<b>4. Segredo e tabu/sigilo</b>					
4. Tentei manter segredo para a maioria das pessoas.	8 (44,5)	4 (22,2)	6 (33,4)	2,89 (1,37)	1 – 5
7. Acho que manter o segredo pode ajudar.	2 (11,1)	4 (22,2)	12 (66,7)	3,72 (1,23)	1 – 5
12. Mantive o silêncio sobre o assunto.	13 (72,2)	2 (11,1)	3 (16,7)	2,11 (1,23)	1 – 5
13. Falei com o meu (minha) filho (a) como se nada tivesse acontecido.	15 (83,3)	1 (5,6)	2 (11,1)	1,67 (1,19)	1 – 5
14. Quanto mais se fala no assunto maior a probabilidade de se repetir o comportamento.	14 (77,8)	2 (11,1)	2 (11,1)	1,94 (1,16)	1 – 5

Nota. N=18; % - Percentagem; M – Média; DP – Desvio-Padrão

Da análise do *feedback* dos familiares a estas questões, e de acordo com a Tabela 6, pode-se aferir que a maioria concorda que é importante falar sobre o assunto para que se entenda melhor (N=15; 83,3%) e que conversaram com o companheiro(a) sobre o assunto (N=15; 83,3%). Contrariamente, a resposta que os familiares mais discordam diz respeito ao facto de acharem que o companheiro(a) não é capaz de entender a situação (N=16; 88,9%).

De uma maneira geral, os familiares concordam que falar abertamente sobre a situação com o jovem (N=11; 61,1%) e falar sobre os seus sentimentos (N=13; 72,2%) é

importante para que se entenda melhor a situação ( $N=15$ ; 83,3%). Contudo, também concordam que preferem manter em segredo o que aconteceu ( $N=12$ ; 66,7%).

No entanto, por um lado, 66,7% ( $N=12$ ) discordam que falaram sobre o assunto com a família mais alargada. Porém, discordam que mantiveram o silêncio sobre o assunto ( $N=13$ ; 72,2%), que quanto mais se fala no assunto maior a probabilidade de se repetir o comportamento ( $N=14$ ; 77,8%) e que falaram com o(a) jovem como se nada tivesse acontecido ( $N=15$ ; 83,3%).

Assim sendo, pode-se averiguar que os familiares apresentam maior concordância com a afirmação “Falar sobre o assunto é importante para que se entenda melhor” com um valor médio de 4,11 ( $DP=1,37$ ) e que a afirmação “O meu companheiro(a) não é capaz de entender a situação” foi a que mostrou maior discordância ( $M=1,50$ ;  $DP=0,71$ ).

#### **5.4. Experiências dos familiares em função de variáveis sociodemográficas e da história clínica**

De seguida, apresentar-se-ão os resultados nas categorias Explicações, Reações Emocionais e Comunicação em função das seguintes variáveis: género do familiar e do jovem, grau de parentesco, ter ou não diagnóstico de perturbação psiquiátrica, ter ou não acompanhamento psiquiátrico/psicológico, ter sido a primeira vez que aconteceu o comportamento do jovem, historial familiar de comportamentos autolesivos, de tentativas de suicídio e de suicídio consumado.

**Tabela 7**

*Explicações, Reações Emocionais e Comunicação– em função do Grau de Parentesco dos familiares*

	Pais N=11		Outros Familiares N=7		<i>r</i> de Cohen	<i>U</i>	$\rho$
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
<b>Explicações</b>							
1. Comunicar mal-estar/pedir ajuda.	3,95	0,42	3,93	1,13	-0,02	37,50	0,925
2. Influência Relacional e Cultural.	2,45	0,93	2,29	0,53	-0,02	37,50	0,926
3. Acontecimentos de vida negativos.	2,57	0,79	2,17	0,91	-0,18	30,00	0,439
4. Saúde mental e desenvolvimento.	2,71	0,84	1,75	0,75	-0,52	14,50	<b>0,028*</b>
<b>Reações Emocionais</b>							
1. Sofrimento.	3,88	0,63	3,19	0,78	-0,54	13,50	<b>0,022*</b>
2. Negação e choque.	4,14	0,92	2,64	1,41	-0,51	15,00	<b>0,031*</b>
3. Ansiedade, preocupação e medo.	4,50	0,44	3,37	1,02	-0,54	13,50	<b>0,023*</b>
4. Zanga e frustração.	2,42	0,66	2,02	0,87	-0,26	26,50	0,273
5. Culpa e sentimento de falha.	3,64	0,91	2,54	1,35	-0,49	15,50	<b>0,037*</b>
6. Aceitação.	1,91	0,89	1,43	0,61	-0,27	26,50	0,253
7. Vergonha.	2,05	1,04	1,86	0,69	-0,04	36,50	0,853
8. Perturbação mental.	3,35	0,87	2,06	0,96	-0,56	12,50	<b>0,018*</b>
<b>Comunicação</b>							
1. Dificuldades.	2,18	0,78	2,29	0,70	-0,09	34,50	0,712
2. Comunicação aberta com o jovem.	4,32	1,03	3,14	1,60	-0,38	21,50	0,107
3. Comunicação aberta com outros.	3,22	0,59	3,14	0,51	-0,07	35,50	0,783
4. Segredo e tabu.	2,33	0,63	2,69	0,75	-0,26	26,50	0,274

Nota. *N Total*=18; *M* – Média; *DP* – Desvio-Padrão; *U* – Teste Mann-Whitney;  $\rho < 0,05^*$

De uma maneira geral, conforme exposto na Tabela 7, é possível afirmar que em praticamente todas as subcategorias, as médias no grupo dos pais é superior às médias no grupo dos outros familiares.

Pelo observado, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas nas explicações dadas sobre Saúde mental e desenvolvimento para justificar o comportamento suicidário do jovem em função do grau de parentesco ( $U_{(1)}=14,50$ ;  $\rho=0,028$ ). Assim, verifica-se que os pais ( $M=2,71$ ;  $DP=0,84$ ) concordam mais com as

explicações para o ato suicida relacionadas com a saúde mental e desenvolvimento do jovem do que os restantes familiares ( $M=1,75$ ;  $DP=0,75$ ).

Não obstante, também são evidentes diferenças estatisticamente significativas nas Reações emocionais após a descoberta da situação consoante o grau de parentesco, nomeadamente nas subcategorias Sofrimento ( $U_{(1)}=13,50$ ;  $\rho=0,022$ ), Negação e choque ( $U_{(1)}=15,00$ ;  $\rho=0,031$ ), Ansiedade, preocupação e medo ( $U_{(1)}=13,50$ ;  $\rho=0,023$ ), Culpa e sentimento de falha ( $U_{(1)}=15,50$ ;  $\rho=0,037$ ) e Perturbação mental ( $U_{(1)}=12,50$ ;  $\rho=0,018$ ). Deste modo, verifica-se que os sujeitos da amostra que são pais são mais propensos a terem reações emocionais relacionadas com sofrimento, como a dor ou tristeza ( $M=3,88$ ;  $DP=0,63$ ) do que os outros familiares ( $M=3,19$ ;  $DP=0,78$ ), relacionadas com negação e choque, como o choque ou não acreditar no que aconteceu ( $M=4,14$ ;  $DP=0,92$ ) comparativamente aos outros familiares ( $M=2,64$ ;  $DP=1,41$ ). Os pais também sentem mais ansiedade, preocupação e medo, nomeadamente insegurança, com medo que o comportamento do filho se volte a repetir e maior necessidade de ficar em alerta ( $M=4,50$ ;  $DP=0,44$ ) relativamente a outros familiares ( $M=3,37$ ;  $DP=1,02$ ). Em relação aos outros familiares ( $M=2,54$ ;  $DP=1,35$ ), os pais também sentem mais culpa e têm sentimentos de falha ( $M=3,64$ ;  $DP=0,91$ ). Todavia, também é necessário referir que os pais têm mais reações emocionais relacionadas com a perturbação mental ( $M=3,35$ ;  $DP=0,87$ ) em comparação aos restantes familiares ( $M=2,06$ ;  $DP=0,96$ ).

**Tabela 8**

*Comparação de valores médios das Explicações, Reações Emocionais e Comunicação em função de o jovem ter tido ou não Acompanhamento psicológico*

	Com acompanhamento N=16		Sem acompanhamento N=2		<i>r de Cohen</i>	<i>U</i>	<i>ρ</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
<b>Explicações</b>							
1. Comunicar mal-estar/pedir ajuda.	4,00	0,78	3,50	0,00	-0,34	6,00	0,144
2. Influência relacional e cultural.	2,44	0,81	2,00	0,28	-0,19	10,50	0,431
3. Acontecimentos de vida negativos.	2,47	0,87	2,00	0,35	-0,17	11,00	0,480
4. Saúde mental e desenvolvimento.	2,50	0,83	1,00	0,00	-0,47	2,00	<b>0,047*</b>
<b>Reações Emocionais</b>							
1. Sofrimento.	3,67	0,78	3,17	0,24	-0,28	7,50	0,229
2. Negação e choque.	3,63	1,38	3,00	0,71	-0,22	9,50	0,356
3. Ansiedade, preocupação e medo.	4,15	0,88	3,28	0,71	-0,40	4,00	0,089
4. Zanga e frustração.	2,30	0,70	2,00	1,41	-0,10	13,00	0,671
5. Culpa e sentimento de falha.	3,25	1,18	2,90	1,84	-0,13	12,00	0,573
6. Aceitação.	1,72	0,82	1,75	1,06	-0,02	15,50	0,941
7. Vergonha.	1,97	0,94	2,00	0,71	-0,07	14,00	0,774
8. Perturbação mental.	2,99	1,04	1,70	0,99	-0,38	4,50	0,105
<b>Comunicação</b>							
1. Dificuldades.	2,16	0,75	2,75	0,35	-0,27	11,50	0,252
2. Comunicação aberta com o jovem.	4,09	1,21	2,00	1,41	-0,43	14,50	0,066
3. Comunicação aberta com outros.	3,18	0,58	3,30	0,14	-0,05	3,50	0,831
4. Segredo e tabu.	2,41	0,63	2,90	1,27	-0,15	8,00	0,525

*Nota. N=18; M – Média; DP – Desvio- Padrão; U – Teste Mann- Whitney;  $\rho < 0,05^*$*

Os resultados apontam para diferenças estatisticamente significativas em função do jovem já ter tido ou não acompanhamento psicológico apenas na categoria das Explicações dadas para o comportamento relacionadas com a saúde mental e desenvolvimento ( $U_{(1)}=2,00$ ;  $\rho=0,047$ ). Tal como se verifica, quando os jovens têm acompanhamento psicológico, os familiares têm maior tendência a explicarem o comportamento do jovem com fundamentações relacionadas com a saúde mental e

desenvolvimento ( $M=2,50$ ;  $DP=0,83$ ) por comparação aos jovens que não têm acompanhamento psicológico ( $M=1,00$ ;  $DP=0,00$ ).

**Tabela 9**

*Comparação de valores médios das Explicações, Reações Emocionais e Comunicação em função da História familiar de comportamentos autolesivos (CAL)*

	Com história familiar de CAL		Sem história familiar de CAL		<i>r de Cohen</i>	<i>U</i>	<i>ρ</i>
	<i>N=7</i>		<i>N=11</i>				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
<b>Explicações</b>							
1. Comunicar mal-estar/pedir ajuda.	4,07	0,67	3,86	0,81	-0,56	32,50	0,572
2. Influência relacional e cultural.	2,74	0,94	2,16	0,61	-1,43	23,00	0,153
3. Acontecimentos de vida negativos.	2,93	0,85	2,09	0,67	-1,87	18,00	0,062
4. Saúde mental e desenvolvimento.	3,04	0,68	1,89	0,77	-2,61	10,00	<b>0,009**</b>
<b>Reações Emocionais</b>							
1. Sofrimento.	3,67	0,91	3,58	0,68	-0,78	30,00	0,438
2. Negação e choque.	3,71	1,35	3,45	1,37	-0,37	34,50	0,714
3. Ansiedade, preocupação e medo.	4,10	1,08	4,03	0,81	-0,05	38,00	0,964
4. Zanga e frustração.	2,55	0,86	2,09	0,65	-1,51	22,00	0,132
5. Culpa e sentimento de falha.	3,40	1,37	3,03	1,13	-0,681	31,00	0,496
6. Aceitação.	2,14	0,56	1,45	0,85	-2,24	15,00	<b>0,025*</b>
7. Vergonha.	2,57	0,93	1,59	0,66	-2,36	13,00	<b>0,018*</b>
8. Perturbação mental.	3,09	1,32	2,69	0,96	-0,64	31,50	0,524
<b>Comunicação</b>							
1. Dificuldades.	1,83	0,98	2,41	0,49	-1,34	24,00	0,181
2. Comunicação aberta com o jovem.	4,43	0,84	3,50	1,55	-1,28	25,00	0,200
3. Comunicação aberta com outros.	2,86	0,51	3,40	0,47	-1,88	18,00	0,060
4. Segredo e tabu.	2,17	0,52	2,65	0,73	-1,37	23,50	0,172

*Nota.*  $N=18$ ;  $M$  – Média;  $DP$  – Desvio-Padrão;  $U$  – Teste Mann-Whitney;  $\rho < 0,05^*$ ;  $\rho < 0,01^{**}$

Ao analisar a Tabela 9, é possível constatar que, apesar de serem de temas diferentes, são muitas as categorias que têm médias mais elevadas quando há presença de comportamentos autolesivos no historial familiar do jovem.

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas nas explicações dadas sobre Saúde mental e desenvolvimento em função de haver ou não presença de comportamentos autolesivos na história familiar ( $U_{(1)}=10,00$ ;  $\rho=0,009$ ). As famílias com historial de comportamentos autolesivos ( $M=3,04$ ;  $DP=0,68$ ) apresentam explicações para o ato suicida mais relacionadas com a Saúde mental e desenvolvimento do jovem comparativamente às famílias sem história de comportamentos autolesivos ( $M=1,89$ ;  $DP=0,77$ ).

Relativamente ao tema das Reações emocionais, é possível verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas na Aceitação ( $U_{(1)}=15,00$ ;  $\rho=0,025$ ) e na Vergonha ( $U_{(1)}=13,00$ ;  $\rho=0,018$ ), também consoante a existência de história de comportamentos autolesivos na família. Isto é, os familiares com história de comportamentos autolesivos na família têm maior tendência a aceitarem o que aconteceu ( $M=2,14$ ;  $DP=0,56$ ) e a terem reações emocionais mais relacionadas com a vergonha ( $M=2,57$ ;  $DP=0,93$ ), do que aqueles em que não existe história familiar deste tipo de comportamentos.

**Tabela 10**

*Comparação de valores médios das Explicações, Reações Emocionais e Comunicação em função da História familiar de tentativas de suicídio (TS)*

	Com história familiar de TS N=6		Sem história familiar de TS N=12		<i>r de Cohen</i>	<i>U</i>	<i>ρ</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
<b>Explicações</b>							
1. Comunicar mal-estar/pedir ajuda.	4,08	0,74	3,88	0,77	-0,54	30,50	0,593
2. Influência Relacional e Cultural.	2,63	0,98	2,27	0,68	-0,86	27,00	0,390
3. Acontecimentos de vida negativos.	2,92	0,93	2,17	0,69	-1,51	20,00	0,132
4. Saúde mental e desenvolvimento.	3,08	0,74	1,96	0,77	-2,37	11,00	<b>0,018*</b>
<b>Reações Emocionais</b>							
1. Sofrimento.	3,67	1,00	3,58	0,65	-0,61	29,50	0,539
2. Negação e choque.	3,67	1,47	3,50	1,31	-0,33	32,50	0,740
3. Ansiedade, preocupação e medo.	4,11	1,18	4,03	0,77	-0,28	33,00	0,777
4. Zanga e frustração.	2,50	0,93	2,15	0,66	-1,32	22,00	0,186
5. Culpa e sentimento de falha.	3,50	1,47	3,07	1,08	-0,80	27,50	0,425
6. Aceitação.	2,08	0,58	1,54	0,86	-1,77	18,00	0,076
7. Vergonha.	2,67	0,98	1,63	0,64	-2,25	12,50	<b>0,025*</b>
8. Perturbação mental.	3,17	1,42	2,68	0,92	-0,85	27,00	0,397
<b>Comunicação</b>							
1. Dificuldades.	2,00	1,05	2,33	0,54	-0,86	27,00	0,391
2. Comunicação aberta com o jovem.	4,58	0,80	3,50	1,48	-1,57	20,00	0,116
3. Comunicação aberta com outros.	2,87	0,56	3,35	0,48	-1,56	19,50	0,118
4. Segredo e tabu.	2,10	0,53	2,65	0,69	-1,65	18,50	0,099

*Nota.* N=18; *M* – Média; *DP* – Desvio-Padrão; *U* – Teste Mann-Whitney;  $\rho < 0,05^*$

De uma maneira geral e de acordo com a Tabela 10, é possível afirmar que em quase todas as subcategorias, as médias no grupo com história familiar de tentativas de suicídio é superior às médias do grupo de jovens sem historial de tentativas de suicídio.

Contudo, nem todas as diferenças são estatisticamente significativas. As diferenças estatisticamente significativas encontram-se nas Explicações dadas sobre Saúde mental e desenvolvimento em função do historial familiar de tentativas de suicídio ( $U_{(1)}=11,00$ ;  $\rho=0,018$ ). Desta forma é possível afirmar que quando há historial

familiar de tentativas de suicídio ( $M=3,08$ ;  $DP=0,74$ ), os familiares têm maior propensão para apresentarem explicações para o ato suicida relacionadas com a Saúde mental e desenvolvimento do jovem, comparativamente aos familiares sem história familiar de tentativas de suicídio ( $M=1,96$ ;  $DP=0,77$ ).

No que se refere ao tema das Reações emocionais, também é possível verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas na Vergonha em função da história familiar de tentativas de suicídio ( $U_{(1)}=12,50$ ;  $\rho=0,025$ ). Ou seja, os familiares com história de tentativas de suicídio na família têm maior predisposição para terem reações emocionais mais relacionadas com a Vergonha ( $M=2,67$ ;  $DP=0,98$ ) em comparação aos familiares que não têm historial familiar de tentativas de suicídio ( $M=1,63$ ;  $DP=0,64$ ).

**Tabela 11**

*Comparação de valores médios das Explicações, Reações Emocionais e Comunicação em função da História familiar de suicídio consumado*

	Com história familiar de Suicídio <i>N</i> =6		Sem história familiar de Suicídio <i>N</i> =12		<i>r de Cohen</i>	<i>U</i>	$\rho$	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>				
<b>Explicações</b>								
1. Comunicar mal-estar/pedir ajuda.	4,25	0,52	3,79	0,81	-1,31	22,50	0,189	
2. Influência Relacional e Cultural.	2,83	0,99	2,17	0,58	-1,58	19,50	0,115	
3. Acontecimentos de vida negativos.	2,83	1,04	2,21	0,66	-1,27	22,50	0,204	
4. Saúde mental e desenvolvimento.	2,58	1,04	2,21	0,87	-0,71	28,50	0,477	
<b>Reações Emocionais</b>								
1. Sofrimento.	3,44	0,94	3,69	0,67	-0,28	33,00	0,777	
2. Negação e choque.	3,42	1,39	3,63	1,35	-0,47	31,00	0,636	
3. Ansiedade, preocupação e medo.	3,76	0,99	4,20	0,84	-1,51	20,00	0,131	
4. Zanga e frustração.	2,36	1,06	2,22	0,59	-0,71	28,50	0,479	
5. Culpa e sentimento de falha.	2,90	1,54	3,37	1,03	-0,56	30,00	0,573	
6. Aceitação.	2,00	0,71	1,58	0,85	-1,28	23,00	0,200	
7. Vergonha.	2,17	0,93	1,88	0,91	-0,91	26,50	0,363	
8. Perturbação mental.	2,47	1,49	3,03	0,85	-1,32	22,00	0,188	
<b>Comunicação</b>								
1. Dificuldades.	1,83	0,93	2,63	0,70	-1,43	21,00	0,152	
2. Comunicação aberta com o jovem.	3,75	1,60	3,43	0,45	0,00	36,00	1,00	
3. Comunicação aberta com outros.	2,70	0,37	3,92	1,31	-2,80	6,50	<b>0,005**</b>	
4. Segredo e tabu.	2,13	0,56	2,42	0,56	-1,46	20,50	0,144	

*Nota. N=18; M – Média; DP – Desvio-Padrão; U – Teste Mann-Whitney;  $\rho < 0,05^*$ ;  $\rho < 0,01^{**}$*

Ao observar a Tabela 11, é possível concluir que mais de metade das categorias têm médias mais elevadas quando não há presença de suicídios no historial familiar do jovem. De salientar que se encontraram diferenças estatisticamente significativas na Comunicação aberta com os outros ( $U_{(1)}=6,50$ ;  $\rho=0,005$ ), a qual regista um valor mais elevado quando não há historial de suicídios na família ( $M=3,92$ ;  $DP=1,31$ ), comparativamente aos familiares com história de suicídio ( $M=2,70$ ;  $DP=0,37$ ).

Não obstante a estas interpretações, também foram feitas comparações entre as médias das Explicações, Reações Emocionais e Comunicação em função do género do familiar e do jovem, da presença ou não de diagnóstico psiquiátrico na história clínica do jovem, de ter ou não acompanhamento psiquiátrico e de ter sido a primeira vez que o jovem tivera este tipo de condutas. Todavia, verificou-se que embora existam diferenças entre os vários grupos, estas não são diferenças estatisticamente significativas.

### 5.5. Ansiedade, depressão e stresse nos familiares

Seguidamente, proceder-se-á à análise das estatísticas descritivas dos níveis de ansiedade, depressão e stresse, medidos pela Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21) e respetivas subescalas, assim como os respetivos resultados em função das seguintes variáveis: género do familiar e do jovem, grau de parentesco, viver com o jovem, ter ou não diagnóstico de perturbação psiquiátrica, ter ou não acompanhamento psiquiátrico/psicológico, ter sido a primeira vez que aconteceu o comportamento do jovem, historial familiar de comportamentos autolesivos, de tentativas de suicídio e de suicídio consumado, situação profissional, estado civil do familiar e o método utilizado pelo jovem para o seu comportamento.

**Tabela 12**

*Depressão, Ansiedade e Stresse em função da História familiar de suicídio consumado*

Escalas/Subescalas	M	DP	Com história familiar de S		Sem história familiar de S		<i>r de Cohen</i>	U	P
			N=6		N=12				
			M	DP	M	DP			
EADS-21 (Total)	12,17	8,38	6,50	2,81	15,00	8,87	-0,48	14,50	<b>0,044*</b>
Depressão	3,67	3,53	2,17	1,94	4,62	3,96	-0,25	25,00	0,295
Ansiedade	2,61	2,38	0,83	1,60	3,50	2,24	-0,56	11,00	<b>0,017*</b>
Stresse	5,89	3,71	3,50	1,64	7,08	3,92	-0,48	14,50	<b>0,043*</b>

*Nota.* N=18; M – Média; DP – Desvio-Padrão; U – Teste Mann-Whitney;  $\rho < 0,05^*$ ;  $\rho < 0,01^{**}$

Perante a Tabela 12, na Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21) obteve-se um valor médio total de 12,17 e um desvio-padrão de 8,38. Relativamente às respetivas subescalas, a subescala Depressão apresenta uma média de 3,67 e desvio-padrão de 3,53; a subescala Ansiedade demonstra uma média de 2,61 e desvio-padrão de 2,38 e, por último, a subescala Stresse manifesta uma média de 5,89 e desvio-padrão de 3,71.

Consoante a Tabela 12, é possível observar que os resultados com médias superiores se encontram nos casos de história familiar sem situações de suicídio consumado. No que diz respeito às subescalas, a Ansiedade e o Stresse apresentam diferenças estatisticamente significativas em função da história familiar de suicídio consumado ( $U_{(1)}=11,00$ ;  $p=0,017$ ;  $U_{(1)}=14,50$ ;  $p=0,043$ , respetivamente). Isto significa que os familiares sem história de suicídio na família vivenciaram níveis mais elevados de sintomatologia Ansiosa ( $M=3,50$ ;  $DP=2,24$ ) e Stresse ( $M=7,08$ ;  $DP=3,92$ ) após o comportamento suicidário ou autolesivo do jovem, do que os familiares com história familiar de suicídio ( $M=0,83$ ;  $DP=1,60$ ;  $M=3,50$ ;  $DP=1,64$ , respetivamente).

Importante referir que de todas as comparações feitas entre a escala e respetivas subescalas em função das variáveis sociodemográficas e clínicas, esta variável – História familiar de suicídio consumado –, foi a única que se observaram diferenças estatisticamente significativas.

## **5.6. Sintomatologia psicopatológica e traumática nos familiares**

Nesta parte, encontrar-se-ão expostos os resultados relativos à sintomatologia traumática, medidos pela Escala do Impacto do Acontecimento (IES – R) e respetivas subescalas, em função das seguintes variáveis: historial familiar de comportamentos autolesivos e de suicídio consumado.

**Tabela 13**

*Comparação de valores médios do Evitamento, Intrusão e Hiperativação em função da História familiar de comportamentos autolesivos (CAL)*

Escalas/Subescalas	M	DP	Com história familiar de CAL		Sem história familiar de CAL		r de Cohen	U	$\rho$
			N=7		N=11				
			M	DP	M	DP			
IES – R (Total)	1,55	0,81	1,23	0,92	1,74	0,71	-0,30	24,50	0,205
Evitamento	1,41	0,83	0,93	0,75	1,72	0,75	-0,50	15,00	<b>0,033*</b>
Intrusão	1,49	0,90	1,23	1,02	1,65	0,81	-0,19	29,50	0,413
Hiperativação	1,81	0,93	1,64	1,80	1,91	0,78	-0,21	29,00	0,387

*Nota.* N=18; M – Média; DP – Desvio-Padrão; U – Teste Mann-Whitney;  $\rho < 0,05^*$

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 13, pela Escala do Impacto do Acontecimento (IES – R), a média é de 1,55 e o desvio-padrão é de 0,81. A subescala “Evitamento” apresenta uma média de 1,41 e desvio-padrão de 0,83, já a subescala “Intrusão” expressa uma média de 1,49 e desvio-padrão de 0,90 e a subescala “Hiperativação” evidencia uma média de 1,81 e desvio-padrão de 0,93.

De acordo com, é possível constatar que os resultados para o Evitamento revelaram-se estatisticamente significativos em função da História familiar de comportamentos autolesivos ( $U_{(1)}=15,00$ ;  $\rho=0,033$ ). Ou seja, quando não há historial familiar de comportamentos autolesivos, os familiares têm maior tendência a adotarem estratégias de Evitamento ( $M=1,72$ ;  $DP=0,75$ ) em comparação aos familiares com situações de comportamentos autolesivos na família ( $M=0,93$ ;  $DP=0,75$ ).

**Tabela 14**

*Comparação de valores médios do Evitamento, Intrusão e Hiperativação em função da História familiar de suicídio consumado*

Escalas/Subescalas	Com história familiar de Suicídio N=6		Sem história familiar de Suicídio N=12		<i>r de Cohen</i>	<i>U</i>	$\rho$
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
IES – R (Total)	0,83	0,77	1,91	0,56	-0,62	8,00	<b>0,009**</b>
Evitamento	0,71	0,74	1,76	0,64	-0,59	9,50	<b>0,013*</b>
Intrusão	0,71	0,91	1,88	0,61	-0,58	10,00	<b>0,014*</b>
Hiperativação	1,14	0,77	2,14	0,84	-0,53	12,00	<b>0,024*</b>

*Nota.* N=18; *M* – Média; *DP* – Desvio-Padrão; *U* – Teste Mann-Whitney;  $\rho < 0,05^*$

De uma maneira geral, é possível afirmar que em todas as subescalas, as médias no grupo dos familiares sem historial familiar de suicídio são superiores às médias do grupo em que há historial familiar de suicídio. Assim sendo, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para o Evitamento ( $U_{(1)}=9,50$ ;  $\rho=0,013$ ), Intrusão ( $U_{(1)}=10,00$ ;  $\rho=0,014$ ) e Hiperativação ( $U_{(1)}=12,00$ ;  $\rho=0,024$ ) em função da História familiar de suicídio consumado. Assim, verifica-se que os familiares sem historial familiar de suicídio apresentam mais sintomas de Evitamento ( $M=1,76$ ;  $DP=0,64$ ) e Hiperativação ( $M=2,14$ ;  $DP=0,84$ ) e maior Intrusividade da memória ( $M=1,88$ ;  $DP=0,61$ ) comparativamente aos outros familiares.

Foram realizadas as comparações entre a sintomatologia traumática e as variáveis: género do familiar e do jovem, grau de parentesco, coabitar com o jovem, ter ou não diagnóstico de perturbação psiquiátrica, ter ou não acompanhamento psiquiátrico/psicológico, ter sido a primeira vez que aconteceu o comportamento do jovem, historial familiar de tentativas de suicídio, situação profissional do familiar, estado civil do familiar e o método utilizado pelo jovem quando optou por este comportamento, e apenas as histórias de comportamentos autolesivos e suicídio consumados demonstraram diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 15***Correlações entre a sintomatologia psicopatológica e traumática*

	<b>EADS – 21 (Total)</b>	<b>Depressão</b>	<b>Ansiedade</b>	<b>Stresse</b>
<b>IES – R (Total)</b>	<b>0,40</b>	<b>0,09</b>	<b>0,80**</b>	<b>0,31</b>
<b>Evitamento</b>	0,23	-0,05	<b>0,64**</b>	0,11
<b>Intrusão</b>	0,39	0,15	<b>0,75**</b>	0,28
<b>Hiperativação</b>	<b>0,47*</b>	0,14	<b>0,81**</b>	0,41

*Nota. N=18;  $\rho < 0,05^*$ ;  $\rho < 0,01^{**}$* 

De acordo com a Tabela 15, pode-se observar que a sintomatologia traumática, quer o valor total ( $r = 0,80$ ,  $\rho < 0,001$ ), quer as respetivas subescalas – Evitamento ( $r = 0,64$ ;  $\rho = 0,004$ ), Intrusão ( $r = 0,75$ ;  $\rho < 0,001$ ) – estão estatisticamente relacionadas de forma significativa, moderada e positivamente com os sintomas de ansiedade manifestados pelos familiares, assim como com a Hiperativação ( $r = 0,81$ ;  $\rho < 0,001$ ) que se correlaciona forte, positiva e significativamente com a sintomatologia ansiosa. Assim, parece que quanto maiores os sintomas de Hiperativação e Evitamento e maior Intrusividade da memória resultantes de um acontecimento com impacto traumático para os familiares, maior é o risco de estes ficarem ansiosos. Em acréscimo, a sintomatologia psicopatológica, no total, está correlacionada de forma positiva, moderada e estatisticamente significativa com a Hiperativação ( $r = 0,47$ ;  $\rho = 0,048$ ), mostrando que quanto mais os sintomas de Hiperativação estão presentes, maior a presença de sintomatologia psicopatológica nos familiares.

### **5.7. Relação entre as Explicações, Reações Emocionais e Comunicação e a sintomatologia dos familiares**

De seguida, procurou-se perceber se existia uma relação entre a vivência da experiência de comportamentos suicidários e autolesivos e a sintomatologia psicopatológica e traumática dos familiares.

**Tabela 16***Correlações entre categorias e sintomatologia psicopatológica e traumática*

	<b>Depressão</b>	<b>Ansiedade</b>	<b>Stresse</b>	<b>Evitamento</b>	<b>Intrusão</b>	<b>Hiperativação</b>
<b>Explicações</b>						
1. Comunicar mal-estar/ pedir ajuda.	-0,05	-0,11	-0,02	-0,20	-0,11	-0,03
2. Influência Relacional e Cultural.	0,29	-0,06	0,01	-0,16	-0,13	-0,13
3. Acontecimentos de vida negativos.	<b>0,59**</b>	0,01	0,12	-0,39	-0,15	-0,20
4. Saúde mental e desenvolvimento.	<b>0,53*</b>	0,10	0,23	-0,42	0,06	-0,02
<b>Reações Emocionais</b>						
1. Sofrimento.	-0,06	<b>0,54*</b>	0,37	0,43	<b>0,58*</b>	<b>0,70**</b>
2. Negação e choque.	0,05	0,43	0,25	0,37	0,38	<b>0,55*</b>
3. Ansiedade, preocupação e medo.	0,13	0,40	0,36	0,35	<b>0,50*</b>	0,44
4. Zanga e frustração.	-0,02	0,25	0,04	0,24	0,21	<b>0,48*</b>
5. Culpa e sentimento de falha.	0,35	0,32	0,37	0,11	0,01	0,22
6. Aceitação.	0,36	-0,04	0,12	-0,12	-0,32	-0,18
7. Vergonha.	0,36	0,31	0,11	0,14	0,06	0,23
8. Perturbação mental.	0,31	<b>0,64**</b>	0,35	<b>0,48*</b>	<b>0,74*</b>	<b>0,71**</b>
<b>Comunicação</b>						
1. Dificuldades.	-0,10	0,34	0,06	<b>0,47*</b>	0,42	<b>0,48*</b>
2. Comunicação aberta com o jovem.	0,45	0,15	<b>0,61**</b>	-0,25	-0,02	0,05
3. Comunicação aberta com outros.	0,38	<b>0,62**</b>	<b>0,69**</b>	<b>0,55*</b>	<b>0,47*</b>	<b>0,52*</b>
4. Segredo e tabu.	-0,13	0,37	-0,07	<b>0,54*</b>	0,42	<b>0,50*</b>

*Nota. N=18;  $\rho < 0,05^*$ ;  $\rho < 0,01^{**}$* 

Tendo em conta a tabela 16 acima representada, as Explicações baseadas nos Acontecimentos de vida negativos ( $r=0,59$ ;  $\rho=0,010$ ) e na Saúde mental e desenvolvimento ( $r=0,53$ ;  $\rho=0,024$ ) correlacionam-se moderadamente com a sintomatologia Depressiva nos familiares, sendo esta correlação positiva e estatisticamente significativa.

No que respeita às Reações emocionais, o Sofrimento está correlacionado de forma moderada com a Ansiedade ( $r=0,54$ ;  $\rho=0,021$ ) e com a Intrusão ( $r=0,58$ ;  $\rho=0,012$ ) e de forma forte com a Hiperativação ( $r=0,70$ ;  $\rho=0,001$ ). Estes dados são indicadores de que maiores níveis de Sofrimento nos familiares, se associam a níveis mais elevados de sintomas de Ansiedade e de Hiperativação e com mais características

de Intrusão. Também a Negação e o choque ( $r=0,55$ ;  $\rho=0,017$ ) e a Zanga e frustração ( $r=0,48$ ;  $\rho=0,046$ ) se correlacionam de forma moderada, positiva e estatisticamente significativa com a Hiperativação.

A Ansiedade, preocupação e medo correlacionam-se de forma estatisticamente significativa com a Intrusão ( $r=0,50$ ;  $\rho=0,037$ ), demonstrando uma correlação moderada e positiva. No que diz respeito às Perturbações mentais, correlacionam-se de forma significativa com a Ansiedade ( $r=0,64$ ;  $\rho=0,004$ ), e com as subescalas da sintomatologia traumática, Evitamento ( $r=0,48$ ;  $\rho=0,044$ ), Intrusão ( $r=0,74$ ;  $\rho<0,001$ ) e Hiperativação ( $r=0,71$ ;  $\rho=0,001$ ), verificando-se correlações moderadas nas duas primeiras e correlações altas nas duas últimas. Estes resultados podem significar que, quanto mais traumático é o acontecimento para os familiares, mais instáveis do ponto de vista da saúde mental ficam os familiares.

No tema da Comunicação, por sua vez, foram identificadas correlações moderadas e estatisticamente significativas entre as Dificuldades comunicacionais e o Evitamento ( $r=0,47$ ;  $\rho=0,049$ ) e a Hiperativação ( $r=0,48$ ;  $\rho=0,046$ ), o que sugere que os familiares com maiores Dificuldades na comunicação tendem igualmente a apresentar mais estratégias de Evitamento e de Hiperativação. Encontrou-se também uma correlação positiva entre a Comunicação aberta com os jovens e o Stresse, sendo que quanto mais aberta é a Comunicação dos familiares com o jovem, maiores são os índices de Stresse manifestados ( $r=0,61$ ;  $\rho=0,008$ ).

A Comunicação aberta com os outros correlaciona-se de forma moderada, positiva e significativa com a Ansiedade ( $r=0,62$ ;  $\rho=0,008$ ), o Stresse ( $r=0,69$ ;  $\rho=0,002$ ), o Evitamento ( $r=0,55$ ;  $\rho=0,018$ ), a Intrusão ( $r=0,47$ ;  $\rho=0,049$ ) e a Hiperativação ( $r=0,52$ ;  $\rho=0,026$ ), o que mostra que quanto mais aberta é a Comunicação dos familiares com os outros, maior a sua sintomatologia psicopatológica e traumática. Por fim, entre a

intenção de manterem o Segredo e tabu relativamente ao acontecimento e o Evitamento ( $r=0,54$ ;  $\rho=0,021$ ) e a Hiperativação ( $r=0,50$ ;  $\rho=0,034$ ), as correlações são de intensidade moderada e estatisticamente significativas. Como são correlações positivas, os parâmetros referidos variam no mesmo sentido, ou seja, quanto mais Segredo e tabu os familiares fazem em relação ao comportamento dos jovens, maior o controlo no Evitamento das memórias referentes ao acontecimento e os sintomas de Hiperativação.

## **6. Discussão**

Neste parâmetro, serão debatidos os principais resultados obtidos na presente investigação, tendo subjacente a informação de natureza teórica e empírica apresentada no enquadramento teórico, permitindo a compreensão do impacto dos comportamentos suicidários e autolesivos dos jovens nas pessoas em seu redor (familiares próximos).

Os valores obtidos através da análise dos dados sociodemográficos recolhidos permitem verificar que a distribuição dos jovens é superior para o género feminino de forma significativa, sendo os métodos mais utilizados a intoxicação medicamentosa e os cortes na pele com objeto cortante. Este resultado vai ao encontro da literatura consultada que refere que as raparigas têm maior tendência para os comportamentos autolesivos e, nestes casos, os métodos mais utilizados por estas são as intoxicações e sobredosagens terapêuticas, autoenvenenamento e automutilações (DGS, 2016; Greydanus & Shek, 2009; Hughes et al., 2015; Marcelli & Braconnier, 2005).

Segundo a literatura, a altura do desenvolvimento humano mais propensa para o início de comportamentos suicidários é a adolescência (DGS, 2016; Greydanus & Shek, 2009; Hughes et al., 2015; Marcelli & Braconnier, 2005). Ora de acordo com os dados recolhidos pode-se confirmar esse facto, pois cerca de 14 jovens da nossa amostra adotaram este tipo de condutas entre os 11 anos e os 18 anos.

Relativamente ao perfil sociodemográfico dos jovens, verificamos que alguns têm confirmação de diagnóstico psiquiátrico e que a grande maioria tem acompanhamento psicológico. Assim, e tal com os estudos de Zadavec e colaboradores (2006), os adolescentes experienciam obstáculos e conflitos que, muitas vezes, estimulam o desenvolvimento de dificuldades de adaptação a nível comportamental e/ou emocional e o modo como os jovens reagem a determinados fatores stressores (que incluem perturbações psicológicas ou eventos de vida adversos), podem potenciar comportamentos suicidários.

Não obstante, são muitos os jovens que têm comportamentos suicidários e que não têm história familiar de comportamentos autolesivos, de tentativas de suicídio e de suicídio consumado. Estes resultados são consonantes com os resultados de estudos anteriores, que defendem que aqueles afetados com história familiar de suicídio têm um risco acrescido de adotar comportamentos suicidários (Brent & Mann, 2005; DGS, 2016). Contudo, os familiares parecem não estar muito conscientes deste risco, uma vez que concordam que a presença de comportamentos suicidários na família e problemas de saúde mental não têm influência no comportamento do jovem.

Relativamente às Explicações dos familiares para os comportamentos autolesivos e/ou suicidários dos jovens, as respostas que obtêm maior grau de concordância dizem respeito à vontade dos jovens quererem expressar emoções intensas, por manifestarem dificuldades nas relações intrapessoais, por acharem a melhor forma para lidarem com os problemas da vida e por poderem estar relacionados com problemas de saúde mental no jovem. Lindgren, Astrom e Graneheim (2010), concluem que as explicações apresentadas pelos pais acerca destes comportamentos nos jovens, estão relacionadas com o bem-estar psicológico individual. Tal como neste estudo, estes comportamentos servem para lidar com o sofrimento mental grave, de modo a reduzirem emoções

intensas (como a ira ou o desgosto), expressando-as de uma maneira não-verbal (Greydanus & Shek, 2009; Klineberg et. al, 2013; Mesquita et al., 2011; Morgan et al., 2013). Acrescentam também que os problemas de saúde mental são considerados fatores de risco para o suicídio (Bertolote, Mello-Santos, & Botega, 2010).

Contrariamente, os familiares supõem que estas práticas não estejam relacionadas com acontecimentos de vida negativos, como os abusos/maus-tratos, nem que sejam influenciadas pela cultura e/ou pelas relações, que incluem a influência do grupo de pares, (*bullying* ou *ciberbullying*) ou das plataformas digitais (redes sociais ou meios de comunicação social). Estas opiniões estão em desacordo com os dados obtidos por Bertolote e seus colaboradores (2010), uma vez que os autores concluíram que os adolescentes que são vítimas dos pares parecem ter um risco superior de vir a adotar comportamentos autolesivos, pois as dificuldades de adaptação social são consideradas fatores de risco. Também é importante referir que o risco de suicídio por influência cultural/relacional (quer por imitação ou contágio) é especialmente elevado nos jovens, por serem particularmente suscetíveis às influências dos *media* e dos pares (jornais, *Internet*, revistas, filmes). Também é importante acrescentar que, contrariamente às crenças que os pais apresentam no presente estudo, Hawton, Saunders, & O'Connor (2012) afirmam que a associação a ocorrência de comportamentos suicidários e acontecimentos de vida negativos, especificamente os abusos na infância (sexual ou psicológico, dentro ou fora da família), são um potenciador para este tipo de comportamentos nos jovens. Contudo, o facto de os pais não assumirem que os acontecimentos negativos, sobretudo os abusos/maus tratos, não contribuem para estas condutas por parte dos jovens, também pode funcionar como um “escudo protetor”, uma vez que este tipo de abusos normalmente, ocorre e está dentro da esfera familiar.

No mesmo contexto, mas no que diz respeito às Explicações referidas pelos jovens aos familiares como motivo do seu comportamento, as respostas com maior concordância dizem respeito à infelicidade sentida pelo próprio, à necessidade de aliviarem a tensão, a tristeza, a dor/sofrimento e por não gostarem da sua vida. Estes dados podem estar relacionados com as transformações (individuais) vividas pelo adolescente que se processam integradas num contexto social que inclui a família, a escola e os pares (Mesquita et al., 2011). Ora, quando existem fatores relacionados com dificuldades a nível emocional, contextual e individual, que prejudiquem a sua integração e bem-estar nos diversos contextos de vida, aumentam, por conseguinte, a angústia e a dor sentidas pelo jovem, com as quais não consegue lidar diariamente, o suicídio surge como uma estratégia de *coping* (Mesquita et al., 2011; Oldershaw et al., 2008).

É também interessante notar que os familiares não concordam que conflitos/desilusões amorosas têm influência no comportamento suicidário do jovem. Este caso poderá ser explicado pelo facto destas condutas terem sido iniciadas, na maioria dos jovens, numa idade mais precoce e segundo os resultados de Gould e seus colaboradores (2003) os conflitos, as desilusões e as perdas amorosas são mais comuns em jovens mais velhos. Porém, os resultados acerca das Explicações dos jovens para os seus comportamentos autolesivos e/ou suicidários, no que respeita ao papel dos conflitos familiares, também não corroboram os resultados destes autores (Gould, et al., 2003), uma vez que estes consideram que o conflito entre pais e filhos é o fator precipitante mais comum para os jovens adotarem este tipo de comportamentos. Na presente investigação, essa não foi uma das justificações que os familiares concordaram para justificar a conduta do jovem. Perante estes dados, também nos podemos

questionar se os familiares poderão ter dificuldade em assumir a existência de conflitos familiares que possam contribuir para este tipo de comportamentos.

Conforme as conclusões acima referidas, ao compararmos as Explicações referidas pelos familiares e as Explicações dos jovens referidas pelos familiares, podemos verificar algumas semelhanças. Em ambos os casos, os comportamentos autolesivos e/ou suicidários ocorrem para o jovem expressar/aliviar emoções intensas (sofrimento, tristeza e tensão). Também para os jovens (apesar de referidas pelos familiares) e para os familiares, as explicações com menor concordância dizem respeito à influência da cultura juvenil, por influência dos amigos e colegas. Em contraste, também podemos verificar que os familiares concordam que as dificuldades nas relações possam ter despoletado o comportamento dos jovens, ao contrário do que estes julgam, pois não concordam que as explicações relacionadas com as dificuldades nas relações com os pais, pelo facto de não ter amigos ou por terem tido desilusões amorosas possam ter sido o motivo desencadeador do seu comportamento autolesivo e/ou suicidário. Diante as semelhanças entre as Explicações dos familiares e dos jovens (mencionadas pelos familiares), pode assim questionar-se se pode haver uma interpretação distorcida dos familiares intencionalmente ou não em relação às Explicações dos jovens.

Relativamente às Reações Emocionais mais sentidas pelos familiares, destacam-se a tristeza, a preocupação e um maior estado de alerta. Para além destas reações emocionais, ainda sobressaem sentimentos de choque, o medo, a angústia e a dor/sofrimento. Deste modo, os dados encontrados no presente estudo vão ao encontro dos estudos empíricos referidos na literatura, isto porque alguns resultados indicam que as emoções parentais de ansiedade, tristeza, sofrimento, dor e preocupação aumentam a partir do momento em que as tentativas de suicídio dos jovens são descobertas (Greene-

Palmer et al., 2015, Trinco, Santos, & Barbosa, 2017). Posteriormente, os familiares manifestam a necessidade de estarem hipervigilantes e de verificarem constantemente a segurança e bem-estar do jovem, para se certificarem que este não repete o comportamento, mas desta vez com desfecho fatal (Daly, 2005; McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007; Trinco, Santos, & Barbosa, 2017; Wagner, et al., 2000). Também concordaram que sentem frustração e responsabilidade em relação ao que aconteceu. Segundo a literatura, sentem-se responsáveis pela infelicidade do jovem e conseqüentemente, responsáveis pelo seu comportamento, frustrados por não terem reconhecido os sinais de alerta que tivessem evitado a situação (Hughes et al., 2015; McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007). Também mencionam a presença de sentimentos de impotência, desespero e resignação, concordantes com os dados de Buus e colaboradores (2013), que concluíram que estes se sentiam “invisíveis”, distantes e impotentes por não conseguirem estabilizar o adolescente e por se sentirem excluídos do tratamento, quando recorriam aos serviços de saúde. Acabavam por se resignar aos cuidados de saúde deficitários.

Por último, a grande maioria dos familiares não sente zanga dirigida ao jovem, ou a outros elementos da família e acima de tudo em relação aos serviços de saúde, o que contradiz os resultados de outros estudos empíricos, que concluíram que surgem elevados níveis de frustração e irritação no diálogo com os profissionais (Lindgren, Astrom, & Graneheim, 2010) e, por vezes, com os jovens por destabilizarem e tornarem-se o foco de toda a funcionalidade da família (Byrne, et al., 2008).

São poucos os familiares que referem a vergonha ou o medo do estigma como reações emocionais presentes após o comportamento do jovem. Os resultados de estudos anteriores, indicam exatamente o contrário, que os pais se afastavam dos familiares, amigos mais próximos, reforçados pelo estigma de terem um filho que se

automutila e pelo receio do julgamento dos outros (Byrne et al., 2008; McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007; Trinco, Santos, & Barbosa, 2017). Porém, é interessante a contrariedade quando o assunto é abordado/comunicado na família, é notória a escolha dos familiares de não quererem falar sobre o assunto com outras pessoas/familiares mais afastados. Pode assim questionar-se se estes familiares se sentem incompreendidos ao abordarem um assunto tão delicado como este com os familiares mais afastados.

No que respeita à Comunicação na família, os familiares acreditam que o problema deva ser falado no núcleo familiar mais próximo. Admitem que quanto mais abertamente se falar sobre o assunto com o jovem, menor a probabilidade de este repetir o comportamento e melhor se entenderá o que o motivou a fazer. Este facto diverge as conclusões de Oldershaw e seus colaboradores (2008), que afirmam que os pais consideravam que falar pouco sobre o assunto era a melhor abordagem. Em contrapartida, e em conformidade com os resultados alcançados noutros estudos, os pais têm influência nas emoções, comportamentos e bem-estar dos jovens (Henry-McAllister, 2011). A comunicação entre os membros da família torna-se uma peça fundamental para potencializar e auxiliar o estabelecimento de relações saudáveis (Henry-McAllister, 2011; Weissenberger, 2006) e é essencial para o desenvolvimento da coesão e adaptabilidade familiar, permitindo que o jovem se sinta compreendido, diferenciando-se os adolescentes com ou sem problemas (Greydanus & Shek, 2009; Marcelli & Braconnier, 2005). Quando, pelo contrário, o jovem tem a perceção de invalidação/rejeição da família, surge uma maior sensação de desespero e desesperança que poderá provocar uma resposta extrema, que é o suicídio (Yen et al., 2015). Deste modo, permite afirmar que abordar o assunto com o jovem não acarreta risco de motivar o suicídio, há sim risco de tendências suicidas se o assunto for evitado.

Relativamente ao Género do familiar, apesar de as diferenças não serem significativas, a literatura mostra que as mães têm tendência a demonstrar mais carinho e preocupação (quanto maior a letalidade, mais intensos são estes sentimentos) e a sentirem menos irritadas em relação aos seus filhos (Daly, 2005). Isto pode acontecer porque cabe principalmente à mulher, na cultura ocidental, o papel de conversar e estar atenta às necessidades e aos interesses dos filhos (Wagner et al., 2002), tornando-se mais empáticas e com a maior intenção de cuidar.

Em referência ao Grau de parentesco é possível entender as diferenças significativas entre pais e outros familiares, no que respeita às Explicações para o comportamento do jovem. Nesta situação podemos supor que os pais têm maior tendência a concordar com explicações relacionadas com a Saúde mental e desenvolvimento do jovem, pois são estes que têm maior proximidade com os filhos e que acompanham de perto o seu desenvolvimento. Por isso, estão mais aptos a fazerem relações entre o seu comportamento e possíveis problemas de saúde mental e desenvolvimento. Relativamente às Reações Emocionais, também são os pais que sentem mais Sofrimento, Negação e choque, Culpa e ficam mais Perturbados mentalmente em comparação com os outros familiares. Consoante este dado, podemos suspeitar que seja porque os jovens são uma continuidade da vida dos pais e, segundo a sequência natural da vida, são os pais que morrem primeiro que os filhos. Neste seguimento, se acontece o contrário, é comum que os pais fiquem em choque e se sintam culpados por algo de errado que possam ter feito ou por não terem conseguido evitar o que aconteceu (Czyz, 2017; Lindgren, Astrom, & Graneheim, 2010; McDonald, O'Brien & Jackson, 2007) e que fiquem mais perturbados e pressionados para tentarem compensar o jovem (Daly, 2005; Hughes et al., 2015; Morgan et al., 2013; Trinco, Santos, & Barbosa, 2017; Wagner et al., 2000).

Em relação à história clínica do jovem, as Explicações baseadas na Saúde mental e desenvolvimento do jovem revelaram diferenças significativas em função da existência de Diagnóstico psiquiátrico prévio e Acompanhamento psicológico. Considerando que as experiências de vida negativas são inevitáveis para qualquer indivíduo, este resultado pode ser explicado pelos fatores de risco/stressantes (emocional, contextual e de personalidade) a que estes jovens estão sujeitos e, por sua vez, os comportamentos de risco podem condicionar a saúde física e mental do jovem. Portanto, é evidente a maior necessidade de acompanhamento psicológico (Mesquita et al., 2011; Oldershaw et al., 2008). Outro fundamento para este resultado é o facto deste tipo de comportamentos estar fortemente associado a um diagnóstico de doença mental (Bertolote, Mello-Santos, & Botega, 2010; Hawton, Saunders & O'Connor, 2012; Saraiva, Peixoto, & Sampaio, 2014), assim é mais plausível a maior vulnerabilidade destes jovens para cometerem um comportamento autolesivos ou suicidário.

De seguida procurou-se perceber se o facto de ser ou não a Primeira vez que este comportamento ocorria, tinha impacto nas categorias em estudo. Conclui-se que não existem diferenças significativas em função de ser a primeira vez ou de ser um comportamento repetido. Este resultado está em desacordo com os resultados dos estudos anteriores, que afirmam que como é um momento de grande impacto negativo para a família, é comum a maior reatividade emocional dos familiares, principalmente de surpresa, revolta, desespero, angústia, vergonha por o jovem ter problemas de saúde mental, dúvidas, culpa e fracasso por não terem conseguido evitar o comportamento (Ferrey et al., 2016; Hughes et al., 2015; Mcdonald, O'Brien & Jackson, 2007; Oldershaw et al., 2008; Trinco, Santos & Barbosa, 2017). Depois de se confrontarem com a realidade, as emoções de ansiedade, carinho e tristeza aumentam (Greene-Palmer et al., 2015).

Também nas Explicações referentes à Saúde mental e desenvolvimento do jovem e ao nível das Reações emocionais de Vergonha e Aceitação por parte dos familiares se encontram diferenças significativas quando existe História familiar de comportamentos autolesivos e de tentativas de suicídio. Estas conclusões estão de acordo com os resultados do estudo de Mann (2002), que comprovam que a história de comportamentos suicidários na família pode ser indicadora de uma predisposição genética ou de influências contextuais/familiares para o comportamento suicidário no jovem. Para além da transmissão do comportamento, a presença de história familiar de suicídio também pode sugerir uma transmissão de doenças psiquiátricas. Portanto, a doença mental nos familiares diretos aumenta, não só o risco de doença mental na descendência, como também o risco de tentativas de suicídio, através da hereditariedade, por um lado e por outro através de fatores ambientais. De referir que esta transmissão familiar do comportamento autolesivo e /ou suicidário também se pode dever à aprendizagem deste comportamento como uma forma de lidar com os problemas, ainda que inadequada. Ademais, como este tipo de comportamento evoca uma ideia de permanência e uma conotação negativa, surgem os sentimentos de vergonha por terem um jovem que tem este tipo de comportamentos e, subjacente, que têm problemas de saúde mental (Lindgren, Astrom, & Graneheim, 2010; Mcdonald, O'Brien, & Jackson, 2007) e, de certo modo, a maior aceitação por ser algo que não é inédito na família (maior conformismo).

Em conformidade com as nossas conclusões podemos verificar que quando não há História familiar de suicídio consumado, a Comunicação é mais aberta com os outros. Podemos verificar que este dado vai ao encontro de estudos realizados anteriormente. Por o suicídio ter uma conotação tão negativa, quando há comportamentos desta natureza na família e esta fica “rotulada”, maior será o estigma social e sentimentos de

vergonha associados. Consequentemente, estes rótulos tendem a dificultar a procura de cuidados de saúde (Klineberg, et al., 2013). Paralelamente, Dyregrov (2011) evidencia no seu estudo que quando o estigma não está associado ou é desvinculado, a procura de ajuda ou conforto tende a aumentar consideravelmente.

As correlações realizadas entre a História familiar de comportamentos autolesivos e de suicídio e a sintomatologia psicopatológica (Ansiedade e Stresse) e traumática (Evitamento, Intrusão e Hiperativação) revelaram-se significativas quando estes comportamentos não existiam no historial familiar. Com este resultado podemos suspeitar que por este acontecimento ser traumático e ser “novidade” na esfera familiar, possa acarretar dificuldades em gerirem determinadas emoções difíceis de suportar e, portanto, levá-los a um maior evitamento em relação à situação, como estratégia de *coping* para conseguirem lidar com o desconforto provocado. Em continuidade, estes acontecimentos traumáticos, em que o familiar está exposto a consequências psíquicas, estão sempre associados a características de Intrusão e de Hiperativação (Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011), pelos contínuos pensamentos e sentimentos associados, mesmo depois do seu evitamento. Ora se os familiares tendem a evitar estes sentimentos/pensamentos e não têm a oportunidade de se depararem com os seus medos de forma a poderem ser mais facilmente controlados, a Ansiedade e o Stresse irão manifestar-se, interferindo no seu quotidiano. Assim pode presumir-se que este acontecimento é mais traumático para os familiares que nunca tinham passado por isto no seio familiar.

Relativamente à Depressão, observa-se a existência de relações positivas com os Acontecimentos de vida negativos. Supondo que um comportamento suicidário da parte do jovem é um acontecimento de vida negativo para os seus familiares, ou seja, é algo que não é esperado neste período desenvolvimental e que origina consequências

negativas a nível pessoal, familiar, social e profissional (Santos & Neves, 2014), o aparecimento da sintomatologia depressiva no familiar pode estar associado a estes fatores externos. Tal como afirmam vários autores, o valor explicativo dos acontecimentos de vida na etiologia da depressão depende da interpretação que o familiar faz da situação, uma vez que quanto mais stressantes/negativos for o episódio, mais facilmente ativam a sua vulnerabilidade. A depressão surgirá pelas constantes preocupações em relação ao jovem e pelo desgaste físico e mental que estas situações provocam nos familiares (Buus et al., 2013; Ferrey et al., 2016).

Também se obteve uma correlação positiva entre as Explicações relacionadas com Saúde mental e desenvolvimento e a Depressão. Consoante este resultado, sabemos de acordo com a literatura, que os familiares consideram que este tipo de comportamentos está associado a problemas de saúde mental e ao sofrimento psicológico prolongado (Bertolote, Mello-Santos, & Botega, 2010). Posto isto, podemos supor que a depressão possa surgir como consequência destes acontecimentos traumáticos, uma vez que os familiares se sentem angustiados, com maiores índices de solidão por terem um filho com problemas de saúde mental (Lindgren, Astrom, & Graneheim, 2010; Mcdonald, O'Brien, & Jackson, 2007), sentem-se física e psicologicamente esgotados pelos longos períodos de contínuas rumações e cuidados em relação ao jovem (Buus et al., 2013) e pelos esforços para reabilitá-lo.

Os resultados da investigação entre o Sofrimento e a Ansiedade, Hiperativação e Intrusão confirmam uma correlação positiva. Estes vão ao encontro dos estudos prévios de vários autores, que sabendo que os jovens estão em constante sofrimento, os familiares mais próximos também estão, essencialmente, associado à tristeza, à infelicidade e desespero de se acharem culpados pelo sofrimento do jovem, e estas emoções aumentam, sobretudo quando o jovem tem comportamentos recorrentes

(Trinco, Santos, & Barbosa, 2017). É notória a ansiedade constante que têm de verificar a segurança e bem-estar do jovem, associada à hiperativação para constatarem se lhe acontece algo de errado (Daly, 2005; Mcdonald, O'Brien, & Jackson, 2007). E relacionado com todo este esforço e exaustão emocional, emergem pensamentos de que a vida destes familiares poderia ser melhor sem a existência destes jovens (Daly, 2005).

No que respeita à Hiperativação, verifica-se associações positivas entre a Negação e o choque e a Zanga e a frustração dos familiares. Este resultado é coerente porque os familiares ficam em choque por não terem percebido o que se estava a passar com o jovem, frustrados por não terem conseguido evitar que acontecesse, zangados pelo perigo que esta conduta teve para o jovem e tornam-se mais hipervigilantes para que possam impedir que se volte a repetir (Daly, 2005, pg.20), pois é a saúde e a sobrevivência do jovem que estão em causa (Green-Palmer, et al.,2015).

Os resultados obtidos indicaram, no que concerne aos níveis de Intrusão, quando estes tendem a aumentar, a Ansiedade, preocupação e medo também aumenta. Estas conclusões vão ao encontro dos resultados obtidos por Wagner e seus colaboradores (2000), que determinam que os constantes pensamentos das recaídas comportamentais do jovem e do possível desfecho fatal, torna os pais mais ansiosos por medo de perderem o seu filho. Também elevados níveis de Perturbações mentais nos familiares parecem estar associados a elevados níveis de Ansiedade, Evitamento, Intrusão e Hiperativação. Podemos suspeitar que este resultado possa ser explicado pelo facto de os familiares estarem emocionalmente esgotados para garantirem os cuidados do jovem e ficarem ansiosos e alertas com a possibilidade de não conseguirem evitar que os comportamentos suicidários voltem a reincidir.

Relativamente à Hiperativação e Evitamento, demonstraram estar associados às Dificuldades na comunicação, assim como ao Segredo e tabu. Estes resultados são

consistentes com outras investigações. Primeiramente, podemos supor que por haver um grande estigma associado a este tipo de comportamentos, não haverá facilidade dos familiares falarem sobre o assunto. Aliás, acabam por deixar em segredo os problemas do adolescente, com receio do que os outros possam pensar (Klineberg, et al., 2013), evitam o contacto com as pessoas mais próximas (Daly, 2005) e, por conseguinte, ficam mais alertas para os efeitos negativos que os julgamentos dos outros possam provocar no futuro do jovem (Klineberg, et al., 2013). O mesmo pode acontecer com a situação contrária, ou seja, de acordo com os nossos resultados, é possível verificar uma associação positiva entre a Comunicação aberta com os outros e o crésimo de Ansiedade, Stresse, Evitamento, Intrusão e Hiperativação. Podemos colocar como hipótese que quando os familiares falam abertamente com os outros sobre o comportamento do jovem, possam colocá-lo mais vulnerável ao julgamento dos outros, causando maior evitamento de situações como esta para que não se sintam culpados de exporem o jovem a situações potenciadoras de novos comportamentos, aumentando as intrusões, hiperativação, stresse e ansiedade nos familiares, pela necessidade de constatarem que a opção de falarem com outros não provocou repercussões no comportamento do jovem.

Por fim, os resultados obtidos indicaram, no que concerne à Comunicação aberta com os jovens, a existência de uma relação positiva com os níveis de Stresse. Esta inferência pode ser explicada porque ao falarem abertamente com os jovens, por um lado transmitem-lhe uma atitude disponível para compreender os seus pensamentos e assim ser mais capaz em apoiá-lo, por outro lado os familiares encararam diretamente o seu estado de sofrimento psicológico e as suas intenções suicidas, percebem efetivamente o verdadeiro risco que o jovem corre. Os níveis de Stresse dos familiares

aumentam por a existência do jovem estar em causa (Greene-Palmer, et al., 2015) e, ao mesmo tempo, por se sentirem impotentes para o ajudar.

Porém, a presente investigação apresenta algumas limitações. Primeiramente, vários fatores podem ter interferido com as respostas assinaladas pela amostra, como o facto de o acontecimento ter sido, em alguns casos, relativamente recente e poderem estar fragilizados para o assunto ser abordado, assim como o constrangimento que o tema “suicídio” poderia ter suscitado nos participantes, embora tenham sido respeitados os critérios de confidencialidade, meticolosamente explicados. Em alguns casos, a presença da investigadora pode ter condicionado as respostas dadas, visto ser um tema delicado e o participante poder ter-se sentido inibido em expor um lado mais íntimo de como vivenciou a situação.

É de referir também como limitação o tamanho da amostra, que apesar ser um número considerável de participantes para uma amostra de difícil acesso pode não ter sido suficiente para permitir a generalização dos dados para o universo de famílias que vive com esta problemática.

Outra das limitações deste estudo é que os dados analisados foram recolhidos com opções de resposta (natureza fechada), que poderão ter sido insuficientes para avaliar alguns constructos psicológicos.

Apesar das limitações, o estudo na sua generalidade foi ao encontro de evidências anteriores sobre a necessidade de contribuir para a compreensão das consequências, das necessidades e das dificuldades dos familiares de jovens com comportamentos suicidários e os resultados deste estudo são uma mais-valia na medida em que permitem ter um conhecimento mais completo sobre as experiências de familiares após uma tentativa de suicídio ou um comportamento autolesivo de um jovem na família.

Deste modo, sugerimos que poderia ser interessante a realização de novos estudos, também de natureza qualitativa, de forma a compreender mais aprofundadamente as opiniões subjacentes dos participantes, através das suas narrativas. Este estudo também poderá ser replicado com amostras de maiores dimensões, possibilitando destacar associações que não foram identificadas aqui e de modo a melhor compreender a direccionalidade (causa – efeito) de algumas associações identificadas.

Consoante algumas conclusões a que chegámos, ainda existe falta de informação por parte destes familiares acerca da influência direta que o grupo de pares e as plataformas digitais têm no comportamento do jovem e por isso a maior importância que estes fatores vão ganhando, progressivamente. Como tal, também propomos que poderiam ser realizadas ações de sensibilização destinadas aos pais e outros familiares, dando-lhes estas informações que eles desconhecem, de modo a que fiquem mais elucidados e preparados para prevenir estes comportamentos nos seus jovens e que tenham atitudes mais preventivas.

## **7. Conclusões**

A finalidade da presente investigação foi compreender as experiências dos familiares após um comportamento autolesivo e/ou suicidário de um jovem. Estes jovens, que segundo a literatura, estão em elevado risco de mortalidade e de problemas psicológicos e sociais na idade adulta (Geoffroy et al., 2015). O risco suicidário aumenta significativamente com a presença de comorbilidades, pelo que um acesso facilitado, adequado e atempado aos cuidados de saúde é fundamental na tentativa de redução de risco (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012). Isto também indica que os esforços devem ser dirigidos para prevenir o aparecimento de comportamentos suicidários na adolescência (Geoffroy et al., 2015).

Contudo, sempre que estes comportamentos ocorrem têm múltiplas consequências para os familiares. Segundo as evidências, podemos afirmar que esta situação causa um grande impacto nos familiares destes jovens, provocando alterações a nível pessoal, familiar, social, laboral, financeiro (Santos & Neves, 2014).

Os nossos resultados sublinham a importância de entender como estes familiares percebem o comportamento do jovem, que explicações dão para os comportamentos suicidários, que reações emocionais sentem e como comunicam sobre o assunto na família, ajudando assim a determinar o que pode ser mais eficaz a equilibrar o que sentem e estarem mais preparados para diminuir estes comportamentos nos seus jovens.

Neste seguimento, foram possíveis identificar diversas conclusões quanto à caracterização da experiência destes familiares. Podemos afirmar que os familiares consideram que os comportamentos suicidários ou autolesivos dos jovens consistem maioritariamente na expressão de emoções intensas, enquanto os jovens como forma de aliviar a tristeza (compartilhando as mesmas justificações).

Também concluímos que esta situação causa um grande consequências nos familiares, provocando sentimentos/emoções ambivalentes, mas essencialmente emoções negativas e sobretudo para os pais. Destacaram-se reações relacionadas com o sofrimento, negação e choque, ansiedade, preocupação e medo, frustração, impotência e maior sensação de pressão.

Apesar das correlações estatísticas não nos darem as causas ou as consequências da sintomatologia traumática e psicopatológica dos familiares, permitem-nos formular hipóteses de certeza variável. Os familiares também apresentam sintomatologia psicopatológica e traumática, e a sua intensidade foi maior quando não havia história familiar de comportamentos suicidários. Muitas vezes, estas reações emocionais

carecem de um apoio psicológico, cuja falta dificulta a superação do momento de crise (Trinco, Santos, & Barbosa, 2017).

A comunicação na família também é alterada, embora os pais concordem que pode ser positivo abordar o tema com os jovens e que os(as) companheiros(as) costumam ser compreensivos perante estas situações. A sintomatologia psicopatológica e traumática também aparecem associadas a situações em que os familiares tenham de encarar a problemática diretamente, quer quando seja para dialogar com o jovem quer para comunicar com outros. A comunicação e disponibilidade de tempo devem ter primazia na relação família- adolescente (Trinco, Santos, & Barbosa, 2017), para que os familiares possam ouvi-los, compreendendo os seus sentimentos, percebendo o que motivou o seu comportamento, porque no fundo estas práticas são apenas a manifestação dos problemas reais da família.

Estas indicações mostram-se relevantes no que diz respeito ao desenho metodológico de programas de intervenção e apoio a estes familiares e sobretudo aos pais, uma vez que os programas focados nas famílias têm maior impacto que os centrados exclusivamente nos indivíduos (DGS, 2013). É importante uma maior ênfase na identificação precoce de sentimentos de depressão, desesperança, desamparo e dar ao familiar a esperança e certeza de um suporte nesta situação (Silva & Polubriaginof, 2009). Intervenções psicossociais que incluam aconselhamento e psicoeducação em torno dos comportamentos da esfera suicidária, permitindo um aumento do conhecimento sobre a problemática, nomeadamente promovendo o conhecimento dos possíveis fatores de risco e protetores associados, da doença mental, dos sinais de alerta, restrição do acesso a métodos perigosos comuns (por exemplo pesticidas, medicamentos, x-atos, facas, entre outros), melhorar as competências de comunicação e sugerir estratégias de *coping* mais ajustadas, que servem também, como parte

integrante do pós-tratamento (não ter receio de perguntar ao jovem sobre as suas ideias suicidas), para além do combate ao estigma (que é transversal a toda a campanha) (Buus et al., 2013; DGS, 2013; Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012; Power et al., 2009).

Nas escolas, as atividades para prevenir o suicídio e a automutilação devem visar questões sobre a transmissão social dos comportamentos autolesivos e/ou suicidários, devem abordar preocupações sobre o bullying em jovens, promover comportamentos de procura de ajuda e promover a autoestima e resiliência (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012). Porém, atualmente são necessárias mais abordagens escolares baseadas nestes comportamentos nos adolescentes.

Nas intervenções mais direcionadas para os jovens, é importante promover um suporte psicossocial para os jovens que apresentam comportamentos suicidários. Torna-se necessário o fortalecimento das redes de apoio dos adolescentes, envolvendo principalmente a família e o grupo de pares, promovendo relações mais satisfatórias e de maior bem-estar, tendo em vista que os relacionamentos pessoais e a perceção de apoio ocupam um importante papel nesta etapa do ciclo vital (Braga & Dell'Aglio, 2013; Geoffroy et al., 2015).

O desafio também se coloca em garantir que os novos *media* ofereçam suporte para estes jovens vulneráveis, ao invés de encorajarem comportamentos autolesivos ou suicidários. Facilidade de contato com grupos de apoio *online* e linhas telefónicas de SOS podem contribuir para a prevenção (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012).

De uma maneira geral, uma intervenção eficaz exige um esforço multidisciplinar, envolvendo pais, professores, o grupo de pares, bem como todos os profissionais de saúde mental (psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, médicos, entre outros) (Geoffroy et al., 2015).

Dada a escassez de estudos com que nos deparámos na nossa revisão bibliográfica nesta área e a elevada prevalência destes comportamentos suicidários, os resultados expostos neste estudo fornecem mais um passo importante na compreensão da experiência de familiares de um jovem que tenta o suicídio ou comportamentos autolesivos.

### **Referências bibliográficas**

- Beck, A. T. (1997). The Past and the future of Cognitive Therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6, 276 – 284.
- Bertolote, J. M., Mello-Santos, C. & Botega, N. J. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(2), 87 – 95.
- Braga, L. L. & Dell’Aglío, D. D. (2013). Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos*, 6(1), 2 – 14. doi: 10.4013/ctc.2013.61.01.
- Brás, M., Cruz, J. P., & Saraiva, C. B. (2014). Estratégias gerais de prevenção dos atos suicidas. In C. B. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e comportamentos autolesivos* (pp. 473 – 483). Lisboa: LIDEL.
- Brent, D. A. & Mann, J. J. (2005). Family genetic studies, suicide and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics (Seminars Medical Genetics)*, 133, 13 –24. doi: 10.1002/ajmg.c.30042.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R. & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3/4), 372–394. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x.

- Buus, N., Caspersen, J., Hansen, R., Stenager, E., & Fleischer, E. (2013). Experiences of parents whose sons or daughters have (had) attempted suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 70(4), 823 – 832. doi: 10.1111/jan.12243.
- Byrne, S., Morgan, S., Fitzpatrick, C., Boylan, C., Crowley, S., Gahan, H., Howley, J., Staunton, D., & Guerin, S. (2008). Deliberate self-harm in children and adolescents: a qualitative study exploring the needs of parents and careers. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(4), 493 – 504. doi: 10.1177/1359104508096765.
- Cyz, K. E., Horwitz, A. G., Yeguez, C. E., Foster, C. J. E., & King, C. A. (2017). Parental self-efficacy to support teens during a suicidal crisis and future adolescent emergency department visits and suicide attempts. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 1–13. doi: 10.1080/15374416.2017.1342546.
- Daly, P. (2005). Mothers living with suicidal adolescents: a phenomenological study of their experiences. *Journal of Psychosocial Nursing*, 3(43), 22 – 28.
- DGS (Direção-Geral de Saúde) (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013/2017)*. Retirado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017.aspx>
- DGS (2016). *Saúde Mental em Números – 2015: Programa nacional para a saúde mental*. Retirado de <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-saude-mental-em-numeros-201511.aspx>
- Doyle, L., Treacy, P. T., & Sheridan, A. (2015). Self-harm in young people: prevalence, associated factors, and help-seeking in school-going adolescents. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24, 485 – 494. doi: 10.1111/inm.12144.
- Dyregrov, K. (2011). What do we know about needs for help after suicide in different parts of the world? A phenomenological perspective. *The Journal of Crisis*

*Intervention and Suicide Prevention*, 32(6), 310 – 318. doi: 10.1027/0227-5910/a000098.

Evans E, Hawton K, & Rodham K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, 24(8), 957 – 979. doi:10.1016/j.cpr.2004.04.005.

Fensterseifer, L., Werlang, B. S. G., Seminotti, E. P., & Q. de Lima, G. (2004). Dor psicológica em adolescentes com e sem ideação suicida. In J. Ribeiro, & I. Leal, (Eds.), *5º congresso nacional de psicologia da saúde. A psicologia num mundo em mudança* (pp. 223 – 228). Lisboa: Fundação Calouse Gulbenkian.

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 – 7. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009631.

Fortune, S., Sinclair, J. & Hawton, K. (2008). Adolescents' views on preventing self-harm. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43, 96 –104. doi:10.1007/s00127-007-0273-1.

Frazão, P. & Sampaio, D. (2006). Família e suicídio. In B. Peixoto, C. B. Saraiva, & D. Sampaio (Eds.), *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp. 165 – 182). Coimbra: Redhorse.

Geoffroy, M. C., Boivin, M., Arseneault, L., Turecki, G., Vitaro, F., Brendgen, M., Renaud, J., Séguin, J. R., Tremblay, R. E., & Côté, S. M. (2015). Associations between peer victimization and suicidal ideation and suicide attempt during adolescence: results from a prospective population-based birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1 – 18. doi: 10.1016/j.jaac.2015.11.010.

- Gould M. S., Greenberg T. M., Velting D. M. & Shaffer D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386-405. doi:10.1097/01.CHI.0000046821.95464.CF.
- Gouveia-Pereira, M., Abreu, S. & Martins, C. (2012). How do families of adolescents with suicidal ideation behave? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(1), 171 – 178.
- 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.
- Greydanus, D. E. & Shek, D. (2009). Deliberate self-harm and suicide in adolescents. *The Keio Journal of Medicine*, 58(3), 144 – 151.
- Hawton, K., Saunders, K. E. A. & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373 – 2382.
- Henry-McAllister, B. E. (2011). *Freeing the parent voice: a hermeneutic phenomenological understanding of parents whose children have survived suicide attempts* (Unpublished Dissertation), the Chicago School of Professional Psychology, Chicago.
- 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.
- INE (2017). *Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário; Anual. Retirado de*

[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrC od=0003736&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrC od=0003736&contexto=bd&selTab=tab2)

- Klineberg, E., Kelly, M. J., Stansfeld, S. A., & Bhui, K. S. (2013). How do adolescents talk about self-harm: a qualitative study of disclosure in an ethnically diverse urban population in England. *BioMedCentral Public Health*, *13*(572), 1 – 10.
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “Ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, *8*(2), 114 – 129.
- Lachal, J., Orri, M., Sibeoni, J., Moro, M. R., & Revah-Levy, A. (2015). Metasynthesis of youth suicidal behaviours: perspectives of youth, parents, and health care professionals. *PLOS ONE*, *10*(5), 1 – 25. doi:10.1371/journal.pone.0127359.
- 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. *Int J Qualitative Stud Health Well-being*, *5*(5482), 1 – 10. doi: 10.3402/qhw.v5i3.5482.
- Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, *33*(3), 335 – 343.
- Mann, J. J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. *American College of Physicians – American Society of Internal Medicine*, *136*(4), 302 – 311.
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Marôco, J. & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. (2<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- 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*, 4(11), 298 – 310. doi: 10.1177/1367493507082759.
- Mesquita, C., Ribeiro, F., Mendonça, L. & Maia, A. (2011). Relações familiares, humor deprimido e comportamentos autodestrutivos em adolescentes. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 3, 97 – 109.
- Morgan, S., Rickard, E., Noone, M., Boylan, C., Carthy, A., Crowley, S., Butler, J., Guerin, 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.
- Nock, M., & O’Connor, R. (2014). The psychology of suicidal behavior. *Lancet Psychiatry*, 1, 73 – 85. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70222-6.
- Oldershaw, A., Richards, C., Simic M., & Schmidt, U. (2008). Parents’ perspectives on adolescent self-harm: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 140 – 144. doi: 10.1192/bjp.bp.107.045930
- OMS (Organização Mundial da Saúde) (Abril, 2018). *Suicide*. Retirado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.

- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pratta, E. M. M. & Santos, M. A. (2007). Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em Estudo*, 2 (12), 247 – 256.
- 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 behaviour. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(20), 1 – 8. doi:10.1186/1753-2000-3-20.
- Roths, I., Henriques, M., & Brás, M. (2016). Experiences of parents whose children have attempted suicide: Results of a systematic revision. Poster apresentado no Interdisciplinarity in Social and Human Sciences. International Congress, organizado pelo CIEO, Faro.
- Roths, I. A. & Henriques, M. R. (2017). Health professional's explanations of suicidal behaviour: effects of professional group, theoretical intervention model, and patient suicide experience. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 1–28. doi: 10.1177/0030222817693530.
- Santos, N. & Neves, E. L. (2014). Adolescência e comportamentos suicidários. In C. B. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e comportamentos autolesivos* (pp. 225 – 240). Lisboa: LIDEL.
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: a clinical approach to self – destructive behavior*. New Jersey (EUA): Jason Aronson.
- Silva, S. F., & Polubriaginof, C. (2009). Suicídio e seu impacto no contexto familiar. *Revista de Enfermagem UNISA*, 10(1), 78 – 82.

- 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.
- Wagner, A., Falcke, D., Silveira, L. M. B. O., & Mosmann, C. P. (2002). A comunicação em famílias com filhos adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 7(1), 75 – 80.
- Wagner, B. M., Aiken, C., Mullaley, M., & Tobin, J. J. (2000). Parents' reactions to adolescents' suicide attempts. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(4), 429 – 436.
- Weissenberger, A. A. (2006). *Parental understanding of and impact on child's adjustment in the aftermath of a suicide attempt* (Unpublished Dissertation), Catholic University of America, Washington, DC.
- Werlang, B. S. G., Oliveira, M. S. & Argimon, I. I. L. (2004). Variáveis preditoras de ideação suicida em sujeitos que tentaram suicídio. In J. Ribeiro, & I. Leal (Eds.), *Actas do 5º congresso nacional de psicologia da saúde. A psicologia num mundo em mudança* (pp. 615 – 620). Lisboa: Fundação Calouse Gulbenkian.
- Yen, S., Kuehn, K., Tezanos, K., Weinstock, L. M., Solomon, J. & Spirito, A. (2015). Perceived family and peer invalidation as predictors of adolescent suicidal behaviors and self-mutilation. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 25(2), 124 – 130. doi: 10.1089/cap.2013.0132.
- 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.

## **Anexos**

**Anexo A – Questionário da Experiência da Tentativa de Suicídio ou  
Comportamento Autolesivo de um Familiar (QETSALF – 6)**

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

Nº Identificação Questionário: \_\_\_\_\_

Solicitamos que atribua um código ao seu questionário: O código tem como objetivo garantir o anonimato e confidencialidade das suas respostas e ao mesmo tempo permitir a análise e emparelhamento dos dados em eventuais fases posteriores do estudo.

Assim indique, por favor:

A primeira letra do seu primeiro nome \_\_\_\_\_

A primeira letra do seu último nome \_\_\_\_\_

O dia do seu nascimento \_\_\_\_\_

Os dois últimos algarismos do seu telemóvel \_\_\_\_\_

### 1ª Parte – Caracterização sociodemográfica e familiar

As perguntas que se seguem **são referentes a si**, familiar de quem efetuou tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo:

1. Grau de parentesco com a pessoa que efetuou tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo

Irmão(ã) <input type="radio"/>	Companheiro (a)/ namorado (a) <input type="radio"/>	Tio (a) <input type="radio"/>	Primo (a) <input type="radio"/>	Outro <input type="radio"/> Qual? _____
-----------------------------------	---	----------------------------------	------------------------------------	---

2. Género: Feminino  Masculino  (referente a si)

3. Idade: \_\_\_\_\_ anos

4. Profissão: \_\_\_\_\_

4.1. Situação profissional: Empregado(a)  Desempregado(a)  Outra  Qual? \_\_\_\_\_

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

1º <input type="radio"/>	2º <input type="radio"/>	3º <input type="radio"/>	4º <input type="radio"/>	5º <input type="radio"/>	6º <input type="radio"/>	7º <input type="radio"/>	8º <input type="radio"/>	9º <input type="radio"/>	10º <input type="radio"/>	11º <input type="radio"/>	12º <input type="radio"/>	Bacharelato <input type="radio"/>	Licenciatura <input type="radio"/>	Mestrado <input type="radio"/>	Doutoramento <input type="radio"/>
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------

5. Estado civil

Casado(a)/ União de  
facto

Divorciado(a)/  
Separado(a)

Solteiro(a)

Viúvo(a)

5.1. Vive com o familiar que efetuou a tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo? SIM  NÃO

6. Distrito onde vive:

Aveiro

Beja

Braga

Bragança

Castelo Branco

Coimbra

Évora

Faro

Guarda

Leiria

Lisboa

Portalegre

Questionário da Experiência da Tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo de um Familiar QETSALF 6 - versão para Familiares 1

Roths, Henriques, Santos e Brás (2016)

- Porto  Santarém  Setúbal  Viana do Castelo   
Vila Real  Viseu  Funchal  Num distrito dos Açores

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

7. Género: Feminino  Masculino

8. Idade atual: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

9. Estado Civil:

- Casado(a)/ União de fato  Divorciado(a)/ Separado(a)  Solteiro(a)  Viúvo(a)

10. Ano de escolaridade que frequenta: \_\_\_\_\_ ou Profissão \_\_\_\_\_ e Habilitações Académicas do seu familiar (assinale o ano/ grau que concluiu):

1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	Bacharelato	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. O seu (sua) familiar tem ou teve algum diagnóstico psicopatológico/ psiquiátrico? Sim  Não

10.1. Se Sim, qual (quais) diagnóstico(s)? \_\_\_\_\_

12. O seu (sua) familiar tem ou teve acompanhamento psiquiátrico? Sim  Não

13. O seu (sua) familiar tem ou teve acompanhamento psicológico? Sim  Não

**2ª Parte – Tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo**

Relativamente à tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo do seu familiar gostaríamos que nos descrevesse o que aconteceu respondendo às seguintes questões.

1. Há quanto tempo aconteceu a tentativa de suicídio ou o comportamento autolesivo do seu familiar?

\_\_\_\_\_ meses

2. Método utilizado pelo seu 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

Questionário da Experiência da Tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo de um Familiar QETSALF 6 - versão para Familiares 1

Roths, Henriques, Santos e Brás (2016)

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?

Sim  Grau de parentesco relativamente ao seu familiar \_\_\_\_\_

Não

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

Sim  Grau de parentesco relativamente ao seu familiar \_\_\_\_\_

Não

8. Tem algum familiar que se suicidou?

Sim  Grau de parentesco relativamente ao seu familiar \_\_\_\_\_

Não

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

A tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo de um(a) familiar pode provocar múltiplas reações emocionais e preocupações nos familiares que o rodeiam e afetar ou não a sua vida pessoal, familiar e/ou laboral. A seguir encontra uma série de afirmações/ itens referidos por familiares de quem tentou o suicídio ou efetuou comportamentos autolesivos. Gostaríamos que respondesse de acordo com o que melhor descreve a sua experiência.

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 familiar.

As razões que eu considero para o comportamento do meu familiar são:	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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3

Questionário da Experiência da Tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo de um Familiar QETSALF 6 - versão para Familiares 1

Roths, Henriques, Santos e Brás (2016)

ou experiências).					
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"/>

1.2. A seguir encontra uma lista com **explicações** dadas pelo próprio indivíduo para a sua tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo. Por favor, leia cada um dos itens e indique a resposta que melhor descreve o que julga aplicar-se ao seu familiar.

<i>As razões que o meu familiar referiu:</i>	Discordo totalmente 1	Discordo 2	Concordo pouco 3	Concordo 4	Concordo totalmente 5
1. Aliviar a tensão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Expressar dor/ sofrimento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Aliviar a tristeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sentir-se infeliz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ajudar a lidar melhor com as suas vidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Não ter amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ter sido vítima de bullying ou cyberbullying.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sentir-se diferente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Não gostar de si próprio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Não gostar da sua vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Para se castigar a si próprio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Querer viver de outra forma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Para se matar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Para afastar pensamentos suicidas da sua mente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Culpar ou castigar o pai e/ou a mãe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Por dificuldades na relação com os pais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Estar zangado com os pais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Influência de outros jovens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Conflitos/ dificuldades nas relações com os amigos/colegas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Ruturas /desilusões amorosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Outra. Qual? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Relativamente à forma como soube da tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo do seu familiar gostaríamos que avaliasse as seguintes questões numa escala de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente):

	Discordo totalmente 1	Discordo 2	Concordo pouco 3	Concordo 4	Concordo totalmente 5
2.1. Fiquei a saber de forma súbita.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2. Fui percebendo de forma gradual que nem tudo estava bem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3. Até saber não tinha nenhuma perceção do que estava ou pudesse acontecer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.4. Antecipava que este comportamento pudesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ocorrer.

**2.5. Como soube da tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo do seu familiar?**

**2.6. Quais as suas reações à tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo do seu familiar, incluindo o que fez e o que disse?**

**2.7. A seguir encontra uma lista com reações emocionais relacionadas 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 meu familiar volte a repetir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Medo que o meu familiar morra por suicídio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Zanga dirigida ao seu 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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Questionário da Experiência da Tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo de um Familiar QETSALF 6 - versão para Familiares 1**

Roths, Henriques, Santos e Brás (2016)

enquanto irmão(ã) ou companheiro(a) ou tio(a))					
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"/>

**2.8.** 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
É difícil abordar o assunto com o meu familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falei com o meu familiar sobre os seus sentimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu e o meu 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"/>	<input type="radio"/>
Tentei manter segredo para a maioria das pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conversei com o meu (minha) companheiro(a) sobre o assunto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conversei com os meus filhos/ com os meus pais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conversei com outros familiares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acho que manter o segredo pode ajudar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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"/>	<input type="radio"/>
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"/>	<input type="radio"/>
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"/>	<input type="radio"/>
Mantive o silêncio sobre o assunto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falei com o meu (minha) familiar como se nada tivesse acontecido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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"/>	<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 seu 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 seu(sua) familiar **afetou ou não a sua vida** em cada uma das dimensões que se seguem:

<i>O comportamento suicidário ou autolesivo do meu 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"/>	<input type="radio"/>
2. Afetou a minha vida familiar.	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
4. Afetou a relação com o meu (minha) companheiro(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Afetou a relação com o meu familiar	<input type="radio"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
8. Afetou as minhas relações com os colegas de	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Questionário da Experiência da Tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo de um Familiar QETSALF 6 - versão para Familiares 1

Rothes, Henriques, Santos e Brás (2016)

trabalho/ escola.					
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 seu familiar **prejudicou ou não a sua vida** em cada uma das dimensões que se seguem:

<i>O comportamento suicidário ou autolesivo do meu familiar:</i>	<b>Não se aplica</b>	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"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
16. Prejudicou as minhas relações familiares.	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
18. Prejudicou a minha saúde física.	<input type="radio"/>	<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"/>	<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 seu familiar:

<i>O comportamento suicidário ou autolesivo do meu familiar:</i>	<b>Não se aplica</b>	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"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
21. Fortaleceu as relações familiares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Fez com que a relação com o meu familiar se tornasse mais próxima.	<input type="radio"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
25. A relação com o meu familiar piorou.	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
Outro. Qual? _____	<input type="radio"/>	<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 seu 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 seu familiar na sua **vida profissional**?

Sim  Não

**3.5.1. Se respondeu SIM, quais foram essas mudanças?**

Questionário da Experiência da Tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo de um Familiar QETSALF 6 - versão para Familiares

Roths, Henriques, Santos e Brás (2016)

4. Nos três campos que se seguem vai encontrar uma lista de recursos (ex. serviços de saúde) a que poderá ter recorrido após a tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo do seu familiar.

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

Caso não tenha usado o serviço apresentado escolha a opção <b>NÃO</b>	Recorreu ou não		Utilidade				
	NÃO	SIM	Nada útil 1	Pouco útil 2	Algo útil 3	Útil 4	Muito útil 5
1. Hospital público	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Hospital privado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 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"/>
4. 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"/>
5. Serviços de urgência públicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Serviços de urgência privados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Serviços de saúde mental públicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Serviços de saúde mental privados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Outra instituição/ organização de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Outra Qual? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Caso não tenha usado o apoio apresentado escolha a opção <b>NÃO</b>	Recorreu ou não		Utilidade				
	NÃO	SIM	Nada útil 1	Pouco útil 2	Algo útil 3	Útil 4	Muito útil 5
1. Psicólogo em serviço público	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Psicólogo em serviço privado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Psiquiatra em serviço público	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Psiquiatra em serviço privado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Médico de medicina geral e familiar serviço público	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Médico de medicina geral e familiar serviço privado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Enfermeiro em serviço público	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Enfermeiro em serviço privado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Outro. Qual? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.3. Indique se, após a tentativa de suicídio ou comportamentos autolesivos do seu familiar: (1) **recorreu ou não** a algum dos **recursos** que se seguem para obter informação, ajuda ou suporte e (2) em que medida os recursos de apoio ou atividades **que usou foram úteis ou não** para lidar com a situação.

Caso não tenha usado o apoio apresentado escolha a opção <b>NÃO</b>	Recorreu ou não		Utilidade				
	NÃO	SIM	Nada útil 1	Pouco útil 2	Algo útil 3	Útil 4	Muito útil 5
1. Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Livros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Panfletos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. 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"/>
5. Outro. Qual? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. As afirmações que se seguem referem-se ao contacto com profissionais de saúde no âmbito da tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo do seu familiar. Indique a resposta que melhor descreve a sua experiência pessoal.

5.1. Os profissionais de saúde que contactou neste âmbito deram-lhe **informação útil** sobre a tentativa de suicídio/ comportamentos autolesivos?

Discordo totalmente <sub>1</sub>      Discordo <sub>2</sub>      Concordo algo <sub>3</sub>      Concordo <sub>4</sub>      Concordo totalmente <sub>5</sub>

**Questionário da Experiência da Tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo de um Familiar QETSALF 6 - versão para Familiar**  
Roths, Henriques, Santos e Brás (2016)

5.2. Os profissionais de saúde que contactou neste âmbito deram-lhe **informação suficiente** sobre tentativa de suicídio/comportamentos autolesivos?

Discordo totalmente      Discordo      Concordo algo      Concordo      Concordo totalmente  
 O<sub>1</sub>       O<sub>2</sub>       O<sub>3</sub>       O<sub>4</sub>       O<sub>5</sub>

5.3. Ficou satisfeito com o apoio que os profissionais de saúde que contactou neste âmbito providenciaram ao seu (sua) familiar?

Discordo totalmente      Discordo      Concordo algo      Concordo      Concordo totalmente  
 O<sub>1</sub>       O<sub>2</sub>       O<sub>3</sub>       O<sub>4</sub>       O<sub>5</sub>

5.4. Sentiu-se apoiado pelos profissionais de saúde que contactou neste âmbito?

Discordo totalmente      Discordo      Concordo algo      Concordo      Concordo totalmente  
 O<sub>1</sub>       O<sub>2</sub>       O<sub>3</sub>       O<sub>4</sub>       O<sub>5</sub>

5.5. Sentiu-se incluído no tratamento do seu(sua) familiar?

Discordo totalmente      Discordo      Concordo algo      Concordo      Concordo totalmente  
 O<sub>1</sub>       O<sub>2</sub>       O<sub>3</sub>       O<sub>4</sub>       O<sub>5</sub>

6.1. Baseado na sua experiência de familiar de alguém que efetuou uma tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo tem alguma mensagem/sugestão para os serviços/ profissionais de saúde?

6.2. Baseado na sua experiência de familiar de alguém que efetuou uma tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo tem alguma mensagem/ sugestão para a escola/ professores?

6.3. Baseado na sua experiência tem alguma mensagem/sugestão para outros familiares que venham a passar pela mesma experiência?

6.4. Baseado na sua experiência, acha que o seu familiar repetirá a tentativa de suicídio ou o comportamento autolesivo no decorrer dos próximos 12 meses?      Sim  O<sub>1</sub>      Não  O<sub>2</sub>      Não sei  O<sub>3</sub>

**7. Comentários Adicionais**

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

--

**Pergunta final**

Estaria disponível para voltar a colaborar connosco daqui a 6 meses voltando a responder a algumas questões?  
Sim  Não

Em caso afirmativo, deixe os seus contactos que serão exclusivamente utilizados para este fim.

email:

telemóvel:

**Muito obrigada pela sua colaboração e contributos!**

**Anexo B – Escala do Impacto do Acontecimento – Revista (IES – R)**

**Versão Portuguesa da Escala do Impacto do Acontecimento-Revista** (IES-R; Impact of Event Scale-Revised, Weiss & Marmar, 1997; Tradução e adaptação: Matos, & Pinto-Gouveia, 2006).

Em baixo encontra uma lista de dificuldades que as pessoas por vezes sentem após acontecimentos de vida indutores de stress. Em relação ao **acontecimento da tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo do(a) seu (sua) familiar**, por favor, leia cada item e de seguida indique com um X a coluna que melhor corresponde ao seu *grau de sofrimento/perturbação*.

	Nada	Um pouco	Moderado	Muito	Muitíssimo
1. Qualquer coisa que me lembrasse do acontecimento trazia de volta sentimentos sobre isso.	0	1	2	3	4
2. Tive dificuldades em permanecer a dormir.	0	1	2	3	4
3. Outras coisas persistiam em fazer-me pensar naquilo.	0	1	2	3	4
4. Sentia-me irritável e zangado(a).	0	1	2	3	4
5. Tentei não ficar perturbado(a) quando pensava nisso ou era lembrado(a) disso.	0	1	2	3	4
6. Pensei sobre isso mesmo quando não era minha intenção.	0	1	2	3	4
7. Senti como se aquilo não tivesse acontecido ou não fosse real.	0	1	2	3	4
8. Evitei estar perto de coisas que me lembrassem disso.	0	1	2	3	4
9. Imagens do acontecimento vinham-me à cabeça.	0	1	2	3	4
10. Estava agitado e ficava nervoso com facilidade.	0	1	2	3	4
11. Tentei não pensar no acontecimento.	0	1	2	3	4
12. Tinha consciência que ainda tinha muitos sentimentos sobre isso, mas não lidava com eles.	0	1	2	3	4
13. Sentia-me como se estivesse anestesiado em relação a isso.	0	1	2	3	4
14. Dei por mim a agir ou sentir como se estivesse de novo naquela situação.	0	1	2	3	4
15. Tive dificuldades em adormecer.	0	1	2	3	4
16. Tive ondas de sentimentos intensos em relação ao acontecimento.	0	1	2	3	4
17. Tentei tirar isso da memória.	0	1	2	3	4
18. Tive dificuldades em me concentrar.	0	1	2	3	4
19. Coisas que me lembravam o acontecimento provocavam-me reações físicas, como transpiração, dificuldades em respirar, enjoos, palpitações.	0	1	2	3	4
20. Sonhei com isso.	0	1	2	3	4
21. Senti-me alerta e vigilante	0	1	2	3	4
22. Tentei não falar sobre isso.	0	1	2	3	4

## **Anexo C – Escala Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS – 21)**

## EADS

(*Depression Anxiety Stress Scale, DASS*; Lovibond & Lovibond, 1995; Adaptado ao português por Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

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 de 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.	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em me relaxar.	0	1	2	3
13. Senti-me desanimado e melancólico.	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico.	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0	1	2	3
18. Senti que por vezes estava sensível.	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	0	1	2	3
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido.	0	1	2	3

**Anexo D – Autorização da Comissão de Ética e da Saúde da ARS do  
Algarve**



Exma Senhora  
Dra. Ânia Vicente Martins Correia  
Da UALG  
Urbanização Serro de S. Miguel, Lote  
58  
8300-033 Silves

C/C: Presidente do Conselho  
Diretivo da ARS Algarve

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		Nº: 11/2017-CES-RM PROC. Nº: #5/2017	23/06/2017

**ASSUNTO: Comunicação de Parecer da Comissão de Ética e da Saúde da ARS Algarve, IP**

No seguimento de entrada nesta CES de processo/estudo n.º #5/2017 com o assunto "Famílias afectadas pela tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo: O impacto, as dificuldades e necessidades de suporte", cujo requerente/investigador é Ânia Correia e Inês Martins da instituição Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, para dar cumprimento ao disposto no artigo n.º 17º do Regulamento da CES – Comunicação dos pareceres informa-se que, considerando a natureza dos dados a utilizar, as circunstâncias da sua obtenção e os objetivos e métodos do estudo, no dia 21/06/2017 a CES deliberou o seguinte: "é de parecer que a realização do processo/estudo supra não levanta objecções de natureza ética", tendo aprovado o respetivo **parecer positivo**.

Solicita-se igualmente que, ao abrigo do disposto no n.º 23º da actual Declaração de Helsínquia, dê igualmente conhecimento à CES da ARS Algarve, I.P., de eventuais alterações ao protocolo de investigação (ex: finalidade) e demais informações tidas por relevantes, bem como do relatório final com as conclusões do estudo.

No sentido de salvaguardar que a comunicação das alterações e informações seja feita apenas e só aquando da entrega do relatório, sem o conhecimento/apreciação e aprovação pela CES, conforme o 23ª artigo refere.

Aproveitamos ainda para desejar o maior sucesso no desenvolvimento deste trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

  
Presidente da Comissão de Ética  
e da Saúde da ARS Algarve

## **Anexo E – Declaração do Consentimento Informado**

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do estudo: Famílias afetadas pela tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo  
Atualmente as tentativas de suicídio (TS) e os comportamentos autolesivos (CAL) constituem um dos principais problemas de saúde pública, afetando quem os efetua e as suas famílias. Conhecer de forma sistemática a experiência de pais e familiares próximos, pode contribuir para melhorar as práticas de prevenção/ intervenção e promover a melhoria da gestão destas situações a nível familiar.

Neste sentido, e porque se assume como necessário a aposta na prevenção destes comportamentos, **convidámo-lo a participar num estudo** que visa compreender a experiência de pais e familiares afetados pela TS ou CAL e produzir conhecimento sobre como os pais ou outros familiares são afetados em diferentes áreas da vida, como reagem, como comunicam acerca do tema, as suas dificuldades e necessidades. Esta investigação insere-se no âmbito de um estudo nacional longitudinal multicêntrico a decorrer numa parceria universitária, que inclui instituições de ensino superior do Algarve, Porto e Coimbra (FPCEUP<sup>1</sup>, ESenfC<sup>2</sup> e DPCE UAlg<sup>3</sup>) e várias instituições hospitalares.

A participação implica, da sua parte, o preenchimento de **questionários**.

As informações serão recolhidas através do preenchimento de um conjunto de questionários, em que não existem respostas certas ou erradas, apenas apelamos ao máximo de sinceridade. A sua colaboração é **voluntária**, todos os dados recolhidos **são confidenciais** (codificados) e destinam-se exclusivamente **a fins de investigação** científica. O **anonimato** dos dados está garantido.



Eu, \_\_\_\_\_ abaixo-assinado, \_\_\_\_\_ (nome completo do participante) \_\_\_\_\_, que compreendi a

explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar e onde serei incluído.

Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Foi-me ainda informado que terei acesso aos resultados do estudo se assim o desejar.

Por isso, consinto participar no estudo proposto pelo investigador.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2017

Assinatura/Rúbrica do participante:

\_\_\_\_\_

O investigador responsável:

\_\_\_\_\_  
(Inês Areal Rothes)

O investigador de contacto:

\_\_\_\_\_  
(a preencher pelo investigador que aplica os questionários)

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

<sup>2</sup> ESenfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

<sup>3</sup> Departamento de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.