

Inês Corvo Martins

*Experiências de familiares de jovens com comportamentos
suicidários: o papel da satisfação com o suporte social*



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2018

Inês Corvo Martins

***Experiências de familiares de jovens com comportamentos
suicidários: o papel da satisfação com o suporte social***

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação efetuada sob a orientação de: Professora Doutora Marta Brás



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2018

Experiências de familiares de jovens com comportamentos suicidários: o papel da satisfação com o suporte social

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.

Inês Coelo Martins

Copyright © Inês Corvo Martins

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.

“A persistência é o menor caminho do êxito”

(Charles Chaplin)

Agradecimentos

Ao concluir este percurso queria expressar o meu agradecimento a todos aqueles que tiveram presentes e me apoiaram e que, direta ou indiretamente, tornaram possível a realização deste trabalho.

Em primeiro lugar, à professora Marta Brás, orientadora desta dissertação. Obrigado pela disponibilidade, apoio pessoal e profissional, exigência, rigor e partilha de conhecimentos.

A todos os participantes desta amostra, sem eles a realização deste trabalho não seria possível. Obrigado pela partilha de vivências e pelo consequente enriquecimento pessoal.

À minha amiga Susana Sousa, por todo o apoio em cada etapa que ultrapassei. Pela paciência, horas telefónicas sem fim e pelo pensamento conjunto nas decisões a tomar.

Às minhas amigas, Mara Agostinho e Diana Picanço, pela amizade, paciência, convívio, partilha e risadas. Por apesar das minhas ausências me encorajarem constantemente.

À Susana Martins, pela paciência, disponibilidade e horas de discussão enriquecedoras. E à Ânia, minha colega e companheira de guerra, pelos desabados e partilha.

Aos meus tios, sempre presentes e dispostos a ajudar e às minhas primas, que na sua tenra idade, são aquela força que elas próprias desconhecem.

A ti, Denis, por acreditares todos os dias em mim e que apesar da minha constante ausência nunca deixaste de me apoiar.

E como os últimos são sempre os primeiros, aos meus pais e irmão, por toda a dedicação, esforço e por acreditarem e nunca duvidarem que o fim seria sorridente.

A todos, o meu sincero obrigado!

Resumo

Os comportamentos suicidários e autolesivos são um grave problema de saúde pública entre os jovens. Contudo, existem poucos estudos empíricos que avaliem os efeitos destes comportamentos dos jovens nos respectivos familiares.

O objetivo geral deste estudo foi conhecer as experiências dos familiares após uma tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo de um parente próximo, jovem ou jovem-adulto. Mais especificamente, pretendeu-se avaliar os efeitos destes comportamentos em várias dimensões da vida dos familiares, a sua sintomatologia clínica e o papel da satisfação com o suporte social na vivência dessa experiência.

Participaram 18, familiares (11 pais; 7 outros familiares) de jovens ou jovens-adultos que cometeram uma tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo. Os participantes preencheram o Questionário da Experiência da Tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo de um filho/familiar (QETSALF-6), a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS).

Os resultados demonstram que o comportamento suicidário ou autolesivo do jovem afeta moderadamente a vida dos familiares, sendo os efeitos mais elevados na área da saúde. Contudo, quando comparados com os restantes familiares, os pais referem efeitos mais negativos em todas as dimensões da vida.

A satisfação com o suporte social correlaciona-se de forma negativa, quer com os efeitos negativos dos comportamentos suicidários ou autolesivos nos familiares, quer com os níveis de ansiedade, depressão e stresse.

Globalmente esperavam-se efeitos mais negativos dos comportamentos suicidários ou autolesivos nos familiares, o que parece contrariar a literatura internacional. No entanto, quando se analisam os efeitos nas várias dimensões da vida em função do grau de parentesco e de outras variáveis sociodemográficas, os resultados corroboram estudos anteriores. Além disso, os resultados sugerem que o suporte social poderá desempenhar um papel protetor no impacto dos comportamentos suicidários ou autolesivos dos jovens nos familiares, tanto em termos dos múltiplos efeitos na sua vida, como em termos de sintomatologia clínica.

São ainda discutidas as implicações práticas do estudo na promoção da saúde mental dos jovens com este tipo de comportamentos e dos respectivos familiares.

Palavras-chave: Tentativas de suicídio; Comportamentos Autolesivos; Familiares; Jovens; Suporte Social.

Abstract

Suicidal and self-injurious behaviors are a serious problem of public health among the young people. However, there are few empirical studies that evaluate the effects of these behaviors of young people in their family.

The general objective of this study was to know the experiences of family members before a suicide attempt or self-injurious behavior of a young close relative. More specifically, it was intended to evaluate the effects of these behaviors in the several life dimensions of family members, the clinical symptomatology and the role of the satisfaction with social support in this experience.

The sample of this study was constituted by 18 family members (11 parents; 7 other family members) that committed suicide attempt or a self-injurious behavior. The participants completed the Suicide Attempts or Self-Injurious Behavior Experiences Questionnaire of a child/family member (QETSALF6), Satisfaction with Social Support Scale and Depression, Anxiety and Stress Scale (EADS).

The results demonstrated that suicide or self-injurious behavior moderately affects the parents and other close relatives' lives, being the highest effects on health. However, when compared with the other family members, the parents refer more negative effects in all dimensions of life. The satisfaction with social support correlates negatively, either with the negative effects of suicide attempt or self-injurious behavior, or with the anxiety, depressive and stress levels.

Overall, we expected more negative effects of suicidal or self-injurious behaviors in family members, which seems to be contrary to the international literature. However, when analyzing the effects on the several dimensions of life according to the degree of kinship and other sociodemographic variables, the results corroborate previous studies. In addition, the results suggest that social support may play a protective role in the impact of suicidal or self-injurious behavior on the part of the family, both in terms of multiple effects in their lives and in terms of clinical symptoms.

The practical implications of the study in the promotion of the mental health of young people with this type of behavior and of their relatives are also discussed.

Key-Words: Suicide Attempt; Self-injurious behaviors; Family; Young; Social support.

Índice

1. Introdução.....	1
1. Enquadramento conceptual	5
2.1. A problemática do suicídio: dados epidemiológicos, terminologias, modelos explicativos	5
2.2. Os comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio em jovens e jovens-adultos	10
2.3. A influência da família nos jovens e jovens-adultos	13
2.4. Impacto dos comportamentos autolesivos ou tentativa de suicídio dos jovens e jovens-adultos nos familiares.....	18
3. Objetivos.....	29
4. Método.....	30
4.1. Tipo de estudo.....	30
4.2. Participantes.....	30
4.3. Instrumentos.....	31
4.3.1) Questionário da Experiência da Tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo de um filho/familiar (QETSALF6).....	31
4.3.2) Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).....	33
4.3.3) Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21)	34
4.4. Procedimentos.....	36
4.4.1) Procedimento de recolha de dados.....	36
4.4.2) Procedimento de análise estatística.....	37
5. Resultados.....	39
5.1. Características dos participantes	39
5.2. Características das tentativas de suicídio e/ou comportamentos autolesivos	41
5.3. História de antecedentes familiares de comportamentos suicidários.....	43

5.4. Efeitos dos comportamentos suicidários ou autolesivos nos familiares: vida em geral, efeitos negativos na família, efeitos positivos na família, vida social, trabalho e saúde	45
5.5. Características da amostra de familiares de jovens que tentaram o suicídio ou cometeram um comportamento autolesivo em termos de ansiedade, depressão e stresse	52
5.6. Relação entre os efeitos dos comportamentos suicidários e autolesivos dos jovens na vida dos familiares e os níveis de ansiedade, depressão e stresse.....	54
5.7. Relação entre os efeitos dos comportamentos suicidários e autolesivos dos jovens na vida dos familiares e a satisfação com o suporte social	55
5.8. Necessidade de suporte dos familiares de jovens que realizaram comportamentos suicidários ou autolesivos: serviços de saúde, profissionais de saúde, informacional e contato com profissionais de saúde	57
5.9- Níveis de satisfação com o suporte social percebidos pelos familiares.....	64
5.9.1. Caracterização da amostra de familiares de jovens que tentaram o suicídio ou cometeram um comportamento autolesivo em termos da satisfação com o suporte social.....	64
5.10. Relação entre a satisfação com o suporte social (ESSS) e a Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS)	67
6. Discussão	69
7. Conclusão	80
Referências Bibliográficas.....	83
Anexos.....	91

Índice de tabelas

Tabela 1 - Características da amostra de familiares de acordo com as variáveis sociodemográficas	40
Tabela 2 - Características do jovem ou jovem-adulto e dos comportamentos suicidários e/ou autolesivos	42
Tabela 3 - Antecedentes familiares de comportamentos suicidários e grau de parentesco relativamente a história de comportamentos autolesivos, tentativas de suicídio e suicídio consumado	44
Tabela 4 - Componentes dos Efeitos dos comportamentos suicidários ou autolesivos nos familiares	45
Tabela 5 - Efeitos dos comportamentos suicidários e autolesivos na vida dos familiares em função do grau de parentesco: pais e restantes familiares	48
Tabela 6 - Efeitos das tentativas de suicídio ou comportamentos autolesivos na vida dos familiares em função de coabitar ou não com o jovem/jovem-adulto.....	49
Tabela 7 - Efeitos dos comportamentos suicidários e autolesivos dos jovens na vida dos familiares em função de coabitar ou não com o pai/mãe dos jovens/jovens-adultos que tentaram suicídio ou cometeram comportamentos autolesivos	50
Tabela 8 - Efeitos dos comportamentos suicidários e autolesivos dos jovens na vida dos familiares em função do familiar do participante ter ou não acompanhamento psicológico antes ou após a tentativa de suicídio ou comportamento autolesivos	51
Tabela 9 - Efeitos dos comportamentos suicidários e autolesivos dos jovens na vida dos familiares em função dos participantes terem ou não formação superior	52
Tabela 10 - Análise Descritiva da Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS)..	53
Tabela 11 - Níveis de ansiedade, depressão e stresse percecionados pelos familiares em função de coabitar ou não com o pai/mãe dos jovens/jovens-adultos com comportamentos suicidários ou autolesivos.....	54
Tabela 12 - Relação entre os efeitos dos comportamentos suicidários e autolesivos dos jovens na vida dos familiares e os níveis de Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse	55
Tabela 13 - Relação entre os efeitos dos comportamentos suicidários e autolesivos dos jovens na vida dos familiares e a Satisfação com o Suporte Social	56
Tabela 14 - Recurso a instituições públicas e privadas dos familiares perante os comportamentos suicidários ou autolesivos dos jovens/jovens-adultos.....	57

Tabela 15 - Recurso a instituições públicas e/ou privadas dos familiares perante os comportamentos suicidários ou autolesivos dos jovens em função do grau de parentesco: pais e restantes familiares	59
Tabela 16 - Recurso a profissionais de saúde por parte dos familiares perante os comportamentos suicidários ou autolesivos dos jovens	60
Tabela 17 - Recurso a profissionais de saúde por parte dos familiares perante os comportamentos suicidários ou autolesivos dos familiares em função do grau de parentesco: pais e restantes familiares	61
Tabela 18 - Recurso informacional dos familiares perante os comportamentos suicidários ou autolesivos dos jovens	62
Tabela 19 – Utilidade do contacto dos participantes com os profissionais de saúde perante os comportamentos suicidários ou autolesivos dos familiares	63
Tabela 20 - Análise descritiva da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).....	64
Tabela 21 - Satisfação dos familiares com o suporte social em função deste coabitar ou não com o pai/mãe dos jovens/jovens-adultos que tentaram suicídio ou cometeram comportamentos autolesivos.....	65
Tabela 22 - Satisfação dos familiares com o suporte social em função do jovem/jovem-adultos ter cometido pela primeira vez comportamentos suicidários ou autolesivos.....	66
Tabela 23 - Análise correlacional entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social e a Ansiedade, Depressão e Stresse.....	68

Índice de anexos

Anexo A – Questionário da Experiência da Tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo de um filho/familiar (QETSALF 6).....	92
Anexo B – Autorização da Comissão de Ética e da Saúde da ARS do Algarve.....	107
Anexo C – Declaração de consentimento informado.....	109

1. Introdução

Os comportamentos suicidários e autolesivos são uma das principais causas de morte entre os jovens e jovens-adultos, dos 15 aos 29 anos de idade, constituindo um grave problema de saúde pública, bem como um problema social, quer em Portugal quer a nível mundial (OMS, 2017).

A adolescência pode ser considerada um período específico do desenvolvimento humano onde ocorre a mudança entre a infância e a idade adulta, sendo caracterizada por alterações físicas, mentais e sociais (Sampaio, 2006). Destas alterações resultam a aprendizagem de competências e o desenvolvimento de ideais, levando o jovem a questionar o próprio *self* e o meio circundante (Araújo, Vieira, & Coutinho, 2010; Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2005). Neste sentido, esta fase caracteriza-se por ser vulnerável, pois ocorrem mudanças que podem gerar desequilíbrios que, por sua vez, podem resultar em comportamentos suicidários ou autolesivos (Sampaio, 2006).

As tentativas de suicídio (TS) e os comportamentos autolesivos (CAL) caracterizam-se por ser fenómenos multidimensionais que resultam da interação e combinação entre vários fatores: genéticos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais (Araújo et al., 2010; Werlang et al., 2005). Em suma, estes comportamentos representam um último recurso para expressar sentimentos negativos experienciados pelo indivíduo (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Segundo a revisão de literatura, a família e o modo como esta funciona é uma variável com consequências nos comportamentos suicidários e autolesivos dos jovens e jovens-adultos. Tal acontece porque é através da qualidade e funcionamento das relações que o sujeito estabelece com os progenitores e/ou familiares mais próximos, que se podem desenvolver trajetórias negativas, nomeadamente o recurso a comportamentos suicidários ou autolesivos (Gouveia-Pereira, Abreu, & Martins, 2014).

Se, por um lado, existem vários estudos sobre a família enquanto fator de risco ou de proteção em relação aos comportamentos suicidários, por outro, existem ainda poucos estudos que se centrem no impacto que estes comportamentos têm na vida dos familiares. A escassa literatura sobre o tema aponta, porém, para múltiplos e nefastos efeitos na vida em geral, na vida social, familiar, laboral e económica, assim como na sua saúde, quer física, quer psicológica (e.g., Ferrey et al., 2016). Por esta razão, e para as implicações psicológicas e emocionais causadas, tanto individualmente como para a família, é essencial compreender o impacto que os comportamentos autolesivos e as tentativas de suicídio causam no seio familiar. É também importante compreender as principais dificuldades e necessidades destes familiares, uma vez que, são poucos os estudos com famílias de jovens que se têm focado nas emoções que estas condutas suscitam (e.g., Greene-Palmer et al., 2015; Wagner, Aiken, Mullaley, & Tobin, 2000).

Além disso, é importante considerar o papel da satisfação com o suporte social no modo como a experiência é vivenciada pelos familiares, bem como, as relações entre a sintomatologia de ansiedade, depressão e stresse, são experienciadas por os familiares destes jovens e consideradas fundamentais do ponto de vista da saúde mental. Tal conhecimento poderá facilitar futuramente os profissionais para que desenvolvam intervenções específicas na redução dos efeitos causados por as tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos na família. Uma vez que o bem-estar dos pais está significativamente relacionado com o dos filhos e que a tentativa de suicídio não ameaça só a vida do jovem/jovem-adulto, mas também a de toda a família, uma intervenção psicossocial adequada poderá beneficiar toda a família.

A pertinência deste estudo centra-se essencialmente na escassez do aprofundamento desta problemática em Portugal. O impacto que os comportamentos autolesivos e as tentativas de suicídio têm nos familiares mais próximos dos jovens/jovens-adultos, foi

apenas estudado por Trinco, Santos e Barbosa (2017), mas num contexto específico. Este estudo centra-se nas necessidades e vivências de pais de jovens adolescentes com comportamentos autolesivos e que ficaram internados no serviço de urgência. Assim sendo, justifica-se uma investigação científica mais alargada acerca do impacto desta experiência nos familiares, a vários níveis e em diferentes regiões do país.

O presente estudo está integrado numa investigação mais ampla, a nível nacional, exatamente acerca da experiência dos familiares de jovens e jovens-adultos com tentativas de suicídio ou comportamentos autolesivos. Este estudo centra-se especificamente na análise dos efeitos, necessidades e recursos dos familiares de jovens e jovens-adultos com tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos.

Tendo em conta a problemática abordada anteriormente, o presente trabalho segue uma estrutura em que primeiramente, se apresenta o Enquadramento conceptual que expõe uma revisão da principal literatura acerca dos comportamentos suicidários e/ou autolesivos com pertinência para a conceptualização do estudo empírico desenvolvido. Inclui dados epidemiológicos (OMS, 2017; DGS, 2013), no mundo e em Portugal e as diferentes terminologias (DGS, 2013) que englobam os atos suicidas e os modelos explicativos da vulnerabilidade para os comportamentos suicidários e autolesivos. Também abrange a influência destes comportamentos nos jovens (Braga & Dell’Aglia, 2013; DGS, 2013; Matos, Simões, Camacho & Reis, 2015; Sampaio, 2006; Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001) e jovens-adultos e o impacto da família para esses comportamentos (Gouveia-Pereira, Abreu & Martins, 2014; Maris, Berman & Silverman, 2000; Mendonça, Maia, Mesquita & Ribeiro, 2011; Relvas, 1996; Sprinthall & Collins, 1994; Weissenberg, 2006). Por último, apresenta-se revisão bibliográfica acerca do impacto dos comportamentos suicidários e autolesivos nos familiares (e.g., Asare-Doku et al., 2017; Buus, Caspersen, Hansen, Stenager, & Fleischer, 2014; Byrne et al., 2008;

Daly, 2013; Greene-Palmer et al., 2015; McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007; Morgan et al., 2013; Power et al., 2009), a importância da satisfação com o suporte social (e.g., Wagner et al., 2000), bem como os recursos disponíveis e a utilidade que os familiares lhe reconhecem. Segue-se os Objetivos gerais e específicos e o Método, onde se expõe o tipo de estudo, definição dos participantes, os instrumentos de recolha de dados e os procedimentos de recolha e de tratamento de dados.

Por último, serão expostos os Resultados apresentando-se as principais análises de dados obtidas e na Discussão procurou-se comparar e discutir os resultados obtidos com os elementos presentes na revisão de literatura. Seguindo-se a apresentação das Conclusões gerais, da qual fazem parte os principais resultados encontrados no estudo, bem como as limitações, potencialidades da investigação e propostas de investigação para o futuro nesta área.

1. Enquadramento conceptual

2.1. A problemática do suicídio: dados epidemiológicos, terminologias, modelos explicativos

A morte por suicídio é um sério problema de saúde pública. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017), mais de 800 000 pessoas morrem por suicídio todos os anos e, por cada pessoa que se suicida, 20 ou mais cometem tentativas de suicídio, sendo que a tentativa de suicídio prévia é o fator de risco mais importante para o suicídio.

As taxas de suicídio na adolescência e início da idade adulta também apresentam valores preocupantes. O suicídio é a segunda causa de morte entre os jovens do sexo masculino (DGS, 2013) dos 15 aos 29 anos de idade. As tentativas de suicídio representam a sexta causa de perturbações físicas e/ou psicológicas que incapacitam o indivíduo de cumprir funções laborais (défice funcional permanente – DGS, 2013). No que respeita ao sexo feminino, este apresenta as taxas mais elevadas de tentativas de suicídio, entre os 14 e 16 anos (DGS, 2013). No entanto, os comportamentos autolesivos são mais frequentes também nas raparigas, entre os 12 e os 15 anos de idade, comparativamente aos adolescentes do sexo masculino (DGS, 2013).

É de referir que os atos suicidas estão globalmente subestimados, nomeadamente nas crianças e adolescentes, uma vez que são negados ou omitidos (Cassorla, 1998), sobretudo devido a sentimentos de culpa e/ou vergonha da família (Araújo, Vieira, & Coutinho, 2010). Tal, permite-nos supor que a dimensão epidemiológica destes atos seja superior aos registos oficiais, sendo que, 10% dos óbitos a nível nacional são considerados como causa indeterminada (DGS, 2013).

O fenómeno suicídio está associado a diferentes tipos de atos que importa, desde já, distinguir em termos de terminologias. De acordo com a literatura, os comportamentos

suicidários podem ser classificados em três categorias com um gradiente crescente de severidade e de heterogeneidade: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado (Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2005). Assim, num dos extremos encontra-se a *ideação suicida* (pensamentos, ideias, planeamento e desejo de se matar) e, no outro, o *suicídio consumado* (morte autoprovocada com intenção de pôr termo à vida), sendo que no meio se encontra a tentativa de suicídio (DGS, 2013). A *tentativa de suicídio* distingue-se do suicídio pelo facto de o ato não ter um resultado fatal, embora a intenção fosse efetivamente de morrer. Utiliza-se ainda o termo *comportamentos autolesivos* quando o indivíduo se mutila a si próprio, mas sem intenção de morrer, sendo as automutilações e as sobredosagens medicamentosas o método mais utilizado (DGS, 2013).

Os modelos explicativos surgem centrados em aspetos determinantes do comportamento suicida, tendo em conta a vertente de especialização dos autores em questão, não existindo, no momento atual, um modelo que integre todos os fatores de risco ou protetores, que seja conceptualmente adequado e empiricamente testado e aceite (O'Connor, 2011).

Segundo vários modelos teóricos explicativos, o comportamento suicida é um fenómeno multidimensional, abrangendo diversos aspetos psicológicos (e.g., Wenzel & Beck, 2008), sociológicos (e.g., Durkheim, 1897), biológicos e neurobiológicos (e.g., Macedo et al., 2002), genéticos (e.g., Egeland & Sussex, 1985), entre outros. No entanto, Shneidman (1993) defende que o aspeto mais importante é a componente psicológica, embora não descarte os restantes fatores.

Assim, ao longo dos anos, o suicídio tem vindo a ser abordado pelos mais variados modelos teóricos de cariz psicológico, desde teorias psicodinâmicas a abordagens cognitivas (Rothes & Henriques, 2017). Relativamente à psicanálise, esta concebeu o

suicídio como o resultado de uma agressividade autodirigida (Freud, 1917/2003). Contudo, têm sido realizados vários estudos, nomeadamente com população com sintomatologia depressiva (Beck, Kovacs, & Weissman, 1996), que têm demonstrado que o modelo psicanalítico não explica completamente o comportamento suicida, o que vem potencializar a validade da teoria cognitiva.

Deste modo, vários são os modelos de índole cognitiva que contribuíram para o saber da etiologia e evolução dos comportamentos suicidários, dos quais fazem parte o Modelo Cognitivo da Depressão e do Suicídio (Rush & Beck, 1978), Modelo de Diátese-stresse Desesperança do Comportamento Suicida (Schotte & Clum, 1987), Modelo do Suicídio como Escape para o *Self* (Baumeister, 1990), Modelo Etiológico do Comportamento Suicida (Yang & Clum, 1996), Modelo Cúbico (Shneidman, 2004), Modelo Cognitivo do Comportamento Suicida (Cruz, 2006), Modelo Cognitivo do Suicídio (Wenzel & Beck, 2008), Modelo Psicológico Interpessoal (Joiner, 2009) e Modelo Motivacional-Volitivo do Comportamento Suicida (O'Connor, 2011).

O modelo Cognitivo da Depressão e do Suicídio (Rush & Beck, 1978) refere três principais conceitos para explicar o substrato psicológico da depressão, ou seja, a tríade cognitiva (visão idiossincrática negativa de si próprio, do mundo e do futuro), os esquemas mentais (estruturas cognitivas estáveis formadas com base em experiências pessoais anteriores) e as distorções cognitivas (e.g., abstração seletiva, hipergeneralização, magnificação, minimização, personalização e pensamento dicotómico, usualmente em pacientes deprimidos e suicidas).

Por outro lado, o Modelo Diátese-stresse refere que os fatores psiquiátricos, psicológicos e biológicos conduzem o indivíduo a um tipo de comportamentos autodestrutivos. É de referir que o risco de comportamentos suicidas aumenta com a interação desses fatores em conjunto com eventos de vida indutores de stresse. Assim,

este modelo foi originalmente desenvolvido no âmbito da abordagem cognitiva, em que a vulnerabilidade para comportamentos suicidas corresponde a um déficit cognitivo na resolução de problemas ou rigidez cognitiva (Schotte & Clum, 1987).

O modelo desenvolvido por Baumeister (1990) refere o suicídio como escape ao *self* e defende que este resulta de uma motivação para o indivíduo fugir à consciência que tem de si mesmo, sendo que este comportamento é o último estágio para atingir esse propósito.

O Modelo Etiológico da Conduta Suicida (Yang & Clum, 1996) defende que o suicídio é o resultado final de um conjunto de acontecimentos de vida negativos (psicopatologia familiar, maus-tratos infantis, instabilidade familiar, relações negativas com os pares), vivenciados por o indivíduo numa fase inicial do seu desenvolvimento, e dos défices cognitivos subsequentes (baixa autoestima, *locus* de controlo externo, dependência das redes sociais, desesperança e baixa capacidade para resolução de problemas).

A Teoria Cúbica (Shneidman, 2004) promulga que o comportamento suicida resulta da interação entre três fatores: pressão extrema, dor psicológica e perturbação.

A teoria interpessoal-psicológica, do autor Joiner (2005), vem marcar a diferença entre ideação suicida e comportamento suicida. O autor promulga que o suicídio resulta da interação entre níveis baixos de sentimento de pertença, sobrecarga, ausência de medo da morte ou dor física (Joiner, 2005; Ribeiro & Joiner, 2009, 2011).

O modelo cognitivo da Conduta Suicida (Cruz, 2006) conceptualiza três fatores que determinam o comportamento suicida, especificamente os fatores de vulnerabilidade, de predisposição e os fatores precipitantes. Os fatores de vulnerabilidade são a base do início, do desenvolvimento e instalação da crise suicida e integração da vivência de acontecimentos traumáticos e de características de personalidade (e.g., perfeccionismo, impulsividade, desesperança e baixa capacidade de resolução de problemas). Os fatores

de predisposição funcionam como mediadores entre os acontecimentos de vida e o comportamento suicida e incluem modos cognitivos e comportamentos específicos (e.g., baixa autoestima, estilo atributivo disfuncional, pensamento dicotômico e percepção distorcida do tempo pessoal). Por último, os fatores precipitantes são motivos atuais que determinam o momento e a forma que o comportamento suicida adota (e.g., dor psicológica, desespero, opressão cognitiva e afetiva, a frustração de necessidades e a decisão de morrer como única opção viável para os problemas vivenciados). Assim, para a ocorrência do comportamento suicida é necessário a interligação dos acontecimentos de vida negativos anteriores juntamente com as características da personalidade, estilos cognitivos disfuncionais e a existência de vivências problemáticas atuais, da qual surge a dor psicológica que influencia a decisão do comportamento suicida (Cruz, 2006).

Os autores Wenzel e Beck (2008), criaram mais recentemente, um outro Modelo Cognitivo do Suicídio, tendo por base a existência de três construtos implícitos ao comportamento suicida. Os fatores de vulnerabilidade disposicional, os processos cognitivos associados a perturbações psiquiátricas e os processos cognitivos associados aos atos suicidas. Os fatores de vulnerabilidade disposicional caracterizam-se por ser variáveis estáveis, com um risco não específico para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas e para o comportamento suicida (e.g., impulsividade, incapacidade para resolver problemas, memória sobre generalizada, estilo cognitivo mal-adaptativo e personalidade). Os processos cognitivos associados a perturbações psiquiátricas são conteúdos cognitivos mal-adaptativos e vieses no processamento de informação associados a diferentes patologias, ou seja, os acontecimentos externos e os estímulos internos são processados de forma enviesadas, conduzindo a uma integração distorcida das experiências pessoais e a erros cognitivos. Por fim, os processos cognitivos associados aos atos suicidas são centrados na desesperança como esquema mental suicida que,

quando ativado por determinados stressores ambientais, promove o surgimento dessa mesma desesperança (Wenzel & Beck, 2008).

Por último, o modelo integrativo motivacional-volitivo (O' Connor, 2011) está dividido em três fases (pré-motivacional – fatores predisponentes e eventos desencadeadores), motivação (formação da ideação/intenção) e volatilidade (comportamento reativo), que contemplam os componentes considerados mais importantes de modelos predominantes para o autor.

Contudo, não existe nenhuma teoria que explique completamente os comportamentos suicidários ou autolesivos e, portanto, não há modelo dominante e consensual acerca do tema (Rothes & Henriques, 2017).

2.2. Os comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio em jovens e jovens-adultos

Os comportamentos autolesivos são muito característicos da adolescência, surgem normalmente como uma resposta a situações de conflito sendo que, por vezes, pretendem funcionar como chantagem emocional (Araújo et al., 2010).

As situações de risco fazem parte do desenvolvimento normal do adolescente, no entanto, é importante de se considerar a hipótese de o jovem fixar-se num padrão repetido de consequências negativas que comprometerão o seu desenvolvimento (Sampaio, 2006). Diversos estudos citados por os autores Braga e Dell'Aglio (2013) enunciam os fatores de risco para os atos suicidas na adolescência, tais como o isolamento social, abandono, decepção amorosa, desespero, sentimentos de solidão, baixa autoestima, impulsividade, exposição à violência intrafamiliar, pobreza, perturbações do humor e da personalidade, psicopatologia, uso de álcool e outras drogas, vivência de eventos *stressores*, suicídio de um membro da família, homossexualidade, vítima de *bullying*, *locus* de controlo externo,

oposição familiar a relacionamentos sexuais, condições de saúde desfavoráveis, fraco rendimento escolar, dificuldades de aprendizagem, suporte social deficitário, entre outros. As perturbações de ansiedade, em comorbilidade com a perturbação depressiva, têm sido sinalizadas como aumentando o risco de comportamentos fatais e não-fatais, tais como as tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos (DGS, 2013). Nestes casos, os comportamentos de risco revelam-se frequentes, no entanto, estes devem ser analisadas em termos de intensidade, repetição e continuidade.

Podemos considerar uma adolescência patológica a falta de esperança e recursos para obter um sentido em lidar com as emoções, constituir sentimentos de pertença e manter um sentimento sustentado de bem-estar (Sampaio, 2006). Os comportamentos autolesivos na adolescência revelam sinais de uma adolescência patológica, variando no seu gradiente de gravidade, determinam um mal-estar vivenciado por o jovem que deve ser tido em consideração.

Num estudo realizado com 628 adolescentes, de idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos, Oliveira, Amâncio e Sampaio (2001) pretenderam conhecer os comportamentos autolesivos dos adolescentes portugueses recolhendo informação relativa a comportamentos de autolesão, desejo de morrer, ideação suicida, tentativas de suicídio, ter estado próximo de morrer e ter tido comportamentos que colocassem a vida em risco. Os resultados revelaram que 35% dos adolescentes relatavam comportamentos autolesivos, sendo que destes, 21,6% referiu ter este comportamento algumas vezes e muitas vezes. Verificou-se ainda que 42,8% dos adolescentes já desejou realmente morrer, mais de metade já teve ideias suicidas (com 31% referindo ter pensado entre algumas e muitas vezes), 7% dos adolescentes já fez tentativas de suicídio e 40% indica ter tido comportamentos que colocam a vida em risco.

Um estudo mais recente, levado a cabo por os autores Matos, Simões, Camacho e Reis (2015), revela que num estudo com 3869 alunos, do 8º e 10º ano de escolaridade 20,3% refere ter-se magoado a si próprio nos últimos 12 meses. No entanto, ao realizar a comparação entre géneros são as raparigas que referem mais frequentemente comportamentos autolesivos, sendo que, a maioria relata uma frequência de quatro ou mais vezes no que diz respeito à percentagem do comportamento (6,6%). Ainda a partir do mesmo estudo é possível verificar que, com uma amostra mais reduzida, equivalente aos jovens que mencionaram comportamentos autolesivos ($N= 662$), 59% refere que o fez porque se sentia triste e 52% porque se sentia exausto. Na sua maioria (76%) os jovens encontravam-se sozinhos quando efetuaram os comportamentos autolesivos e 62,5% referem ter-se magoado nos braços (Matos et al., 2015).

As últimas décadas demonstram que o comportamento suicida, ainda que muitas vezes oculto, mas bastante prevalente, tem aumentado entre os adolescentes e jovens-adultos, sendo esta fase bastante associada à morte por causas violentas. Como já foi anteriormente referido, é um período de desenvolvimento marcado por diversas modificações biológicas, psicológicas e sociais e essas mudanças, geralmente, são acompanhadas por conflitos e angústias (Araújo et al., 2010). Contudo, é importante considerar a forma como o jovem percebe a intensidade e o impacto dessas transformações (Gonçalves, Freitas, & Sequeira, 2011). Em suma, tal como referem Sprinthall e Collins (1994), as tarefas desenvolvimentais impulsionadoras de uma entrada na idade adulta como um indivíduo ajustado exigem que o jovem-adulto se torne independente e autónomo face aos pais, estabelecendo um sentido de identidade, integrando as transformações ocorridas numa unidade coerente.

2.3. A influência da família nos jovens e jovens-adultos

As transformações vividas pelo adolescente, ainda que a nível individual, não se processam isoladamente, ou seja, ocorrem integradas num contexto social que inclui a família, a escola e os pares. A família é a principal fonte de socialização e ocupa um lugar de destaque no desenvolvimento e formação do adolescente, influenciando os seus estados de humor e os padrões de comportamento (Sprinthall & Collins, 1994). No seio familiar ocorre um conjunto de estágios de desenvolvimento onde se realizam tarefas específicas, designados por ciclo de vida familiar (Gouveia-Pereira et al., 2014). Com base nessas diferentes fases, Relvas (1996) propôs um conjunto de estágios durante os quais surgem diversos problemas, exigindo reestruturação, adaptação e transformação, não apenas do sistema familiar, mas também de todos os seus membros. O adequado funcionamento familiar emerge de dimensões como apoio, união e a comunicação entre os membros. O grau em que estas dimensões estão presentes influencia o ajustamento do adolescente, permitindo-lhe concretizar as tarefas desenvolvimentais que lhe possibilitarão transitar para a idade adulta como um indivíduo ajustado (Mendonça, Maia, Mesquita, & Ribeiro, 2011). Considerando que as tarefas de desenvolvimento individual e familiar se entrelaçam, alguns pais podem sentir dificuldades em adaptar-se a novas exigências, dificultando assim a adaptação do adolescente às mudanças que este se deve experimentar para atingir autonomia, bem como identidade pessoal e social (Gouveia-Pereira et al., 2014).

O ciclo de vida familiar é pautado por momentos de mudança que, embora se denotem períodos normativos e de transição para a família, são frequentemente experienciados com alguma tensão (Gouveia-Pereira et al., 2014). Essas mudanças podem ser intrassistémicas (causadas por mudanças dentro da família) ou intersistémicas (quando uma mudança ocorre fora da família) e obrigam os seus membros a adaptarem-se e a

modificar as suas interações familiares (Gouveia-Pereira et al., 2014). Os mesmos autores confirmam que estas mudanças inesperadas são consideradas momentos de crise, aumentando a probabilidade de disfunção familiar e o surgimento de alguns sintomas, por consequência, ideação suicida, em algum dos seus membros.

O modelo ecológico humano do suicídio resulta da adaptação da teoria dos sistemas ecológicos do Bronfenbrenner (1979). O autor explica que este é aplicado ao comportamento suicidário e fornece uma abordagem multidisciplinar, em que o comportamento suicida emerge associado a fatores de risco que são examinados de acordo com seis sistemas: sistema individual, microsistema, mesossistema, exossistema, macrosistema e cronossistema.

A teoria dos sistemas familiares de Bowen (1978), postula que tudo o que acontece com qualquer membro da família tem impacto sobre todos os outros no seio familiar. Isto demonstra que cada ser humano está inextricavelmente ligado à sua família, sendo estas interdependentes e operando como um sistema familiar. Assim, o comportamento de um indivíduo não pode ser entendido isoladamente, mas examinado como parte de um sistema maior do qual faz parte, sendo que o comportamento suicidário de um familiar pode ter impacto no funcionamento de outros membros da família (Bowen, 1978).

As características das famílias podem, por isso, ser consideradas como um fator de risco ou protetor em relação ao suicídio, ainda que a família sofra também um grande impacto quando ocorre uma tentativa de suicídio. Para além disso, a tentativa de suicídio ameaça não só a vida do adolescente, como a de toda a família (Wjti, Og, Dopyrjhit, Rfproeudtjon, & Wjtiout, 2006). Um dos primeiros estudos que procurou analisar a influência da história familiar no suicídio foi realizado pelos autores Maris, Berman e Silverman (2000). Estes autores verificaram que 4,9% dos doentes psiquiátricos tinham registos de suicídios em familiares de primeiro grau. Outros estudos referem que grande

parte dos adolescentes que efetuam tentativas de suicídio apresenta relações familiares patológicas (Frazão & Sampaio, 2006; Gouveia-Pereira et al., 2014), abuso na infância (Ferrey et al., 2016; Hughes et al., 2015), pobre comunicação familiar, morte ou ausência dos pais (Gouveia-Pereira et al., 2014) e incapacidade para resolver problemas, baixos níveis de afeto, suporte e capacidade de resposta, invalidação emocional (Greene-Palmer et al., 2015), eventos de vida stressantes (Wjti et al., 2006), problemas escolares (Gouveia-Pereira et al., 2014) e perturbações psicopatológicas e de dependência (Byrne et al., 2008).

Quanto maior a comunicação no meio familiar, mais o jovem valoriza as recomendações parentais e maior a sua satisfação com o ambiente familiar, o que contribui para um menor envolvimento em comportamentos de risco (Riesch, Anderson, & Krueger, 2006; Sprinthall & Collins, 1994). O autor Byrne e colaboradores (2008) nos seus estudos defende que, uma boa comunicação e envolvimento familiar podem atenuar comportamentos autolesivos e beneficiar a saúde mental. A qualidade das relações familiares, particularmente o envolvimento dos pais na vida dos seus filhos, revela-se importante para o bem-estar dos jovens (Byrne et al., 2008).

A desadequação do funcionamento familiar tem repercussões na saúde mental do adolescente. Quando a família não assegura as condições necessárias ao seu desenvolvimento, podem surgir sintomas depressivos ou perturbação depressiva (Gouveia-Pereira et al., 2014), como manifestação da insatisfação para com a inadequação do ambiente familiar, levando por sua vez, a um aumento da probabilidade de formarem parte de um grupo mais vulnerável para o envolvimento em comportamentos autolesivos (Mendonça et al., 2011). Os estudos realizados por Gouveia-Pereira, Abreu e Martins (2014), revelam que adolescentes com níveis mais elevados de ideação suicida

são aqueles que apresentam menor independência em relação aos pais na dimensão conflitual, quando comparados aos que apresentam níveis mais baixos de ideação suicida.

Neste sentido, os autores Wagner, Aiken, Mullaley e Tobin (2000), tendo em conta os padrões de relacionamento na família, baseiam-se em duas teorias: a teoria da vinculação de Bowlby (1980), e a teoria de coerção familiar de Patterson (1982).

Bowlby (1980) propôs que as tentativas de suicídio entre jovens são realizadas para produzir efeitos negativos sobre o cuidador. Esse efeito passa por punir o cuidador, querendo chamar a sua atenção ou mostrar angústia relativamente à falta de atenção que o jovem sente por parte do cuidador. Por outro lado, a teoria da coerção familiar (Patterson, 1982) foi desenvolvida para explicar a tentativa de suicídio em famílias de crianças antissociais. As crianças apresentam comportamentos aversivos (e.g., sentimentos de raiva) e são coercitivas na medida em que motivam outros membros da família para sê-lo também. Fazem com que os pais os agridam física e psicologicamente como modo de manutenção desse comportamento agressivo. Este comportamento inapropriado dos pais é reforçado negativamente sempre que a criança ultrapassa o comportamento aversivo porque os pais desistem de lhes inculcar regras. Assim, é desenvolvido um conjunto de contingências pelos membros da família, moldando-se uns aos outros e atingindo elevados níveis de comportamento aversivo, o que pode conduzir o jovem na realização de comportamentos suicidários ou autolesivos (Patterson, 1982).

Greene-Palmer e colaboradores (2015), no seu estudo, confirmam as teorias de Bowlby e Patterson. Em relação à teoria de Bowlby (1980), a tentativa de suicídio de adolescentes parece funcionar para aumentar as emoções positivas entre os pais. O mesmo se confirma na teoria de Patterson (1982), uma vez que os principais resultados confirmam que a tentativa de suicídio reduz a raiva das mães um dia após a sua realização. Os principais resultados do estudo de Wagner e colaboradores (2000) juntamente com as

teorias descritas demonstraram que não houve evidência de que as tentativas de suicídio influenciassem a diminuição de sentimentos de hostilidade dos pais.

Estas teorias expressam assim que os jovens ao realizar comportamentos suicidas têm por objetivo provocar determinados sentimentos e comportamentos nos seus familiares. E, de facto, os comportamentos suicidas dos jovens parecem ter um impacto significativo na vida dos familiares mais próximos, não existindo, porém, um alargado conhecimento científico sobre esta realidade.

A revisão da literatura permite constatar que os estudos se têm centrado mais comumente sobre tentativas para destacar os fatores de risco dos pais e gerar hipóteses sobre os mecanismos causais (e.g., Hollis, 1997). Outros estudos têm avaliado os pais de adolescentes vítimas de suicídio para investigar exclusivamente o processo de luto (e.g., Bailey, Kral, & Dunham, 1999; Seguin, Lesage, & Kielly, 1995; Van Dongen, 1990). Outros ainda têm-se centrado sobre o impacto experienciado pelos pais que vivem com uma criança com doença mental (e.g., Grosser & Vine, 1991; Hanson & Rapp, 1992).

Neste sentido, afirma-se que as dificuldades sentidas por os familiares de jovens que tentaram o suicídio ou cometeram um comportamento autolesivo, podem variar de um ambiente cultural para o outro (Asare-Doku et al., 2017). Como tal, vários estudos examinaram o impacto do suicídio sobre a família em diferentes países (Asare-Doku et al., 2017), ainda que, a maioria se centre nas experiências de quem tentou o suicídio. No entanto, pouco se sabe sobre as experiências de familiares (Frey, Hans, & Cerel, 2017), após uma tentativa de suicídio, vivendo ou tendo contacto direto com um membro da família que realizou comportamentos suicidários e da dimensão e natureza do impacto destes comportamentos na família.

2.4. Impacto dos comportamentos autolesivos ou tentativa de suicídio dos jovens e jovens-adultos nos familiares

Numa revisão sistemática da literatura desenvolvida em 2016, acerca das experiências de pais com filhos que realizaram tentativas de suicídio foram identificados somente 10 estudos específicos acerca do tema, numa pesquisa em 15 bases de dados internacionais (Rothes, Henriques, & Brás, 2016). Neste sentido, justifica-se o estudo das diferentes consequências (e.g., na vida geral, na família, na vida social, na profissão, na saúde), dificuldades, necessidades e sintomatologia (e.g., ansiedade e depressão) sentida pelos familiares mais próximos aquando da tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo de um familiar, assim como o papel que a satisfação com o suporte social pode desempenhar nesta vivência.

Nos estudos de Frey e colaboradores (2016), para perceber o impacto das reações dos membros da família após a divulgação de uma tentativa de suicídio, percebeu-se que 89% dos participantes que tentaram o suicídio relataram o sucedido, recorrendo 60% a um amigo, 42% ao cônjuge, 30% à mãe, 19% a irmãs, 13% aos pais, 13% aos irmãos, e por último, 2% às avós e 1% ao avô.

Os poucos estudos desenvolvidos apontam também para múltiplas consequências (e.g., consequências emocionais, psicopatológicas, problemas sociais), dificuldades e necessidades, em várias dimensões da vida dos familiares. Nos estudos de Asare-Doku e colaboradores (2017), para a maioria das famílias onde ocorreu uma tentativa de suicídio, o choque é a primeira e imediata reação.

Os pais descreveram sentimentos de raiva (McAllister., 2011), isolamento, medo, pânico intenso, frustração e falta de confiança, após os comportamentos autolesivos do seu filho (Byrne et al., 2008; McDonald, O'Brien & Jackson 2007). Também reações posteriores incluíram stresse, ansiedade e sentimentos de culpa (Hughes et al., 2015;

Lindgren, Astrom, & Graneheim, 2010; McAllister., 2011). Os sentimentos de culpa também são sentidos, especialmente quando o familiar que tentou se arrepende de ter cometido o ato (Asare-Doku et al., 2017). Em alguns casos, também o aparecimento ou agravamento de um quadro de depressão (Ferrey et al., 2016), exacerbando os sentimentos de angústia, insegurança, desamparo e medo da repetição do comportamento. Os pais culpam-se por não reconhecer e/ou impedir tais comportamentos (Byrne et al., 2008). Assim, as relações pais-filhos ficam significativamente alteradas depois dos comportamentos autolesivos.

A maioria dos pais reconhece que o acontecimento teve grande impacto negativo nas suas vidas (Trinco et al., 2017). No entanto, alguns descrevem a primeira tentativa de suicídio também como um sentimento de alívio, porque esperavam que o “bater no fundo do poço” pudesse ser uma oportunidade para o filho aceitar ajuda especializada (Buus et al., 2014) e fazer com que o jovem compreendesse que esse não é o caminho correto (Trinco et al., 2017). A desregulação emocional dos pais reduz a sua capacidade de ser solidário com o filho, pois tende a sentir-se ineficaz e a expressar sentimentos anteriormente descritos, os quais não promovem o bem-estar do jovem. A vergonha sentida também mostrou ser uma das experiências comuns como consequência das tentativas de suicídio (Asare-Doku et al., 2017).

Os dados acima referidos remetem-nos para os sentimentos ambivalentes sentidos por estes familiares. Se por um lado, se sentem tristes, preocupados, desorientados, desesperados e apáticos, por outro, acreditam que o momento possa resolver-se com a entrada nos serviços de urgência (Trinco et al., 2017).

Acerca do caso específico da experiência materna de viver com um adolescente suicida, existe ainda muito pouco conhecimento, o que deixa os profissionais de saúde com uma compreensão limitada das necessidades das mães. Esta experiência suscita uma

crise na vida da mãe e parece englobar sentimentos de fracasso, rejeição, isolamento, desamparo, impotência, distância emocional (Daly, 2013), culpa e vergonha (McDonald et al., 2007). Daly (2013) refere que a mãe experiencia uma grande dor devido aos pensamentos recorrentes de incapacidade para cumprir com a sua função de cuidadora: dar, nutrir, cuidar e, o mais importante, mantê-lo vivo. Assim, os sentimentos de culpa, advém da crença de que o seu próprio filho pretendia morrer por algo de errado que esta tivesse feito (Daly, 2013).

Estas mães tornaram-se *stressadas*, sobrecarregadas, hipervigilantes e excessivamente responsáveis pelas reações da sua família (McDonald et al., 2007). Os relatos distinguem ainda sentimentos de isolamento relativamente aos seus parceiros, familiares, amigos mais próximos e a mães de adolescentes “normais” (Daly, 2013). Os sentimentos de estigma são também muitas vezes vivenciados, com observações e comentários insensíveis contribuindo também para o isolamento anteriormente referido (Daly, 2013).

No que diz respeito aos sentimentos vividos pelo pai (homem) como principal cuidador, ainda que em número reduzido, foram encontrados alguns resultados importantes. No estudo de Wagner e colaboradores (2000) percebeu-se que, tal como as mães, os pais partilham sentimentos de tristeza que aumentam após a tentativa de suicídio, porém são significativamente menos propensos a responder com ansiedade. O sentimento de hostilidade foi a emoção mais comumente codificada pelos pais (Wagner et al., 2000).

Os estudos de Ferrey e colaboradores (2016) têm demonstrado que os comportamentos autolesivos entre os jovens não só podem ter extensos efeitos sobre os estados emocionais dos pais, mas também na sua saúde mental, dificuldades de relacionamento com o parceiro, irmãos, família alargada e amigos, no trabalho e a nível económico.

As consequências ao nível do trabalho e situação financeira demonstram, a partir dos estudos de Ferrey e colaboradores (2016), que os pais sentiram alguma dificuldade em manter o seu emprego a tempo inteiro, uma vez que o desejo de estar o mais disponível para o filho se sobrepunha a tudo o resto, chegando alguns pais a despedir-se. Deste modo, os mesmos autores afirmam, que a sustentabilidade económica destes pais sofrera diversas alterações, agregadas às elevadas taxas em consultas privadas, de Psicologia e Psiquiatria, as quais os filhos tinham de recorrer após a tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo. Alguns pais chegaram mesmo a recorrer a professores de ensino privados, aquando da incapacidade dos filhos para frequentar as escolas devido a hospitalizações ou crises após os comportamentos (Ferrey et al., 2016).

Como tem sido possível observar ao longo dos estudos, um foco importante das consequências dos comportamentos autolesivos é o envolvimento dos familiares mais próximos (Ferrey et al., 2016). Estes comportamentos afetam toda a família, perturbam a dinâmica familiar e impedem o funcionamento da mesma. Os familiares mais próximos experimentam sentimentos de vergonha do estigma que tal comportamento pode trazer para a família, podendo afetar até mesmo as gerações futuras (Asare-Doku et al., 2017). Os sentimentos de raiva e frustração descritos por os pais eram dirigidos aos filhos por perturbar toda a família (Byrne et al., 2008). Este comportamento dos jovens torna-se o ponto focal da vida familiar e, como tal, o jovem adquire uma posição central de poder dentro da família. Estas experiências foram descritas como sendo "devastadoras" e "de partir o coração" (Byrne et al., 2008).

O impacto significativo descrito nos irmãos, vão desde sentimentos de raiva e stresse para sentimentos de responsabilidade e preocupação com o estigma no contexto escolar, assim como, ressentimento e frustração. Estes irmãos chegam a ser "esquecidos", uma vez que o foco principal da família é o irmão que tentou suicídio ou comportamentos

autolesivos (Ferrey et al., 2016). Outros problemas surgem, como o facto de não se saber lidar com os irmãos, o que lhes dizer e a injustiça de estes terem de passar por a situação (Byrne et al., 2008).

No que diz respeito à família mais alargada, os avós por exemplo, maioritariamente estavam dispostos a ajudar. Ainda assim, alguns poderiam enfrentar problemas de saúde agravados por reações emocionais vivenciadas após descobrirem a tentativa do neto (Ferrey et al., 2016).

Contudo, não só os familiares, mas também os profissionais de saúde se enquadram num grupo de risco propenso ao desenvolvimento de problemas de saúde mental, nomeadamente quadros de depressão e risco de suicídio (Barbosa, Vieira, Alves & Virgínio, 2012). Ainda assim, existem poucas evidências empíricas centradas no impacto das tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos nos profissionais de saúde, existindo apenas quatro estudos (Rothes & Henriques, 2017).

Estes comportamentos estão cada vez mais presentes no quotidiano dos profissionais de saúde, em particular dos que trabalham em urgências e emergências (Freitas & Borges, 2014). A partir da revisão de literatura podemos observar que 51% a 82% dos psiquiatras, 22% a 39% dos psicólogos (Henry, Séguin, & Drouin, 2003), 33% dos trabalhadores sociais (Jacobson, Ting, Sanders, & Harrington, 2004), e 55% dos enfermeiros (Takahashi et al., 2011) já tiveram contacto com pacientes com tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos. Considerando o contacto direto destes profissionais para com os pacientes, o seu papel revela-se de extrema importância na prevenção dos comportamentos anteriormente descritos e na sua posterior assistência.

Porém, o estigma associado a este tipo de comportamentos resulta em sentimentos de ambivalência por parte destes profissionais para com os pacientes (Trinco et al., 2017). Os autores Vidal e Gontijo, (2013), concluíram que quando o paciente se dirige ao meio

hospitalar, a oportunidade dos profissionais de saúde identificarem o potencial nível de risco nem sempre é aproveitada, seja pelas características do serviço de emergência ou por dificuldade em lidar com estes pacientes. Na maior parte dos casos, estes indivíduos são estigmatizados e a tendência da maioria dos profissionais é comportarem-se de forma hostil e rejeitarem esses mesmos pacientes (Patterson, Whittington, & Bogg, 2007; Taylor, Hawton, Fortune, & Kapur, 2009).

Geralmente, os profissionais em questão dão primazia aos cuidados de suporte vital, deixando o atendimento familiar para segundo plano, o que gera uma maior ansiedade e angústia nos familiares, pela conseqüente ausência de informações (Lindgren et al., 2010; Miranda, Magalhães, Denise, & Silva, 2017; Trinco et al., 2017). Diversos estudos indicam que os profissionais de saúde mental se sentem mais mobilizados e revelam uma atitude mais positiva para com estes pacientes do que os que não atuam na área (Kishi, Kurosawa, Morimura, Hatta, & Thurber, 2011; Srivastava & Tiwari, 2012). No entanto, o estudo de Daly (2013) revela que, em alguns casos, os profissionais de saúde mental tendem a subestimar a magnitude e complexidade do stresse emocional vivido pelas mães.

O autor Bellasalma (2003) refere que os familiares vivenciam momentos de angústia mediante a probabilidade de perda do seu familiar. A necessidade mais narrada por os pais de jovens e jovens-adultos que tentaram suicídio ou cometeram um comportamento autolesivo foi a necessidade de compreensão, diálogo com os enfermeiros e, o apoio emocional (Lindgren et al., 2010; Trinco et al., 2017). Deste modo, tendo em conta a importância do seu trabalho como cuidador central da família, os enfermeiros estão numa posição privilegiada para auxiliar os familiares, como é o exemplo das progenitoras. Por isso, devem adquirir um conhecimento abrangente e compreender o ponto de vista destas mães tendo em conta o acontecimento (Daly, 2013). Podemos então constatar que as

explicações dos profissionais de saúde contribuem de forma positiva na capacidade de domínio do conhecimento e das habilidades necessárias para a intervenção (Roths & Henriques, 2017). Assim, o apoio dos enfermeiros para essas mães torna-se crucial, uma vez que, estas muitas vezes não dispõem do apoio dos seus familiares, amigos e sociedade (Daly, 2013). Os estudos de Trinco e colaboradores (2017) confirmam estes resultados, através do relato dos pais, onde é visível a necessidade de ajuda no que diz respeito a orientações específicas para lidar com o filho após a sua alta, com o objetivo de lidar com o acontecimento, reduzir os níveis de stresse e os sentimentos de incerteza.

Assim, para obter informações de que necessitam, aquando das tentativas de suicídio ou comportamentos autolesivos, os familiares procuram mais recorrentemente os profissionais de saúde. No entanto, estes familiares recorrem à *Internet*, como forma inicial de pesquisa para encontrar justificação para as tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos dos jovens (Hughes et al., 2015). Nos estudos do mesmo autor, verificou-se que, nas suas pesquisas, os familiares pretendiam encontrar linhas telefónicas como auxílio para o seu desespero. Os familiares relataram também outras vias pelas quais obtinham informação, como livros, artigos de jornais e documentários televisivos ou, ainda, em alguns casos, em palestras escolares orientadas por um psiquiatra (Hughes et al., 2015).

Confirma-se, assim, que, após as tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos dos jovens/jovens-adultos, os familiares diferenciam-se no modo de obterem informação. Além disso, percebe-se que quando as necessidades da família não são uma prioridade, os recursos para lidar com este tipo de comportamentos são tendencialmente mais desadaptativos.

Dado que os profissionais de saúde são um dos principais recursos disponíveis, estes desempenham um papel central na perceção da satisfação com o suporte social por parte

dos familiares. O conceito de Suporte Social tem sido bastante discutido, visto que a sua conceptualização está longe de ser consensual, contudo esta é uma dimensão importante na avaliação das experiências dos familiares nos comportamentos suicidários ou autolesivos dos jovens e jovens-adultos.

O suporte social tem vindo a ser alvo de inúmeras definições e abordagens teóricas, existindo alguns pontos que diferem entre si (Nunes, 2005). Atualmente pode ser visto como a ajuda prestada por outros a pessoas que enfrentam eventos de vida stressantes (Cohen, 2008), mas também diz respeito à qualidade das relações e como estas são avaliadas pelo recetor desse apoio, à força dos laços criados, à frequência de contactos, bem como, à perceção de utilidade e prestação desse apoio quando necessário (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983). Em termos subjetivos, podemos abordar uma tipologia que distingue dois tipos de suporte social, o percebido (o que o indivíduo percebe que recebe dos outros) e o recebido (o que na realidade recebe). Deste modo, a realidade da perceção social depende da forma como cada indivíduo a interpreta, mesmo que não corresponda à realidade, o que importa é a sua própria perceção. Assim, a satisfação com o suporte social revela ser uma dimensão cognitiva importante na redução do mal-estar (Sarason, Sarason, Potter, & Antoni, 1985) e está associada à satisfação com a vida (Hohaus & Berah, 1996).

Neste sentido, a satisfação com o suporte social é vista por vários autores como medida preventiva relativamente a eventos de vida negativos e à própria doença, sendo associado à promoção de uma melhor qualidade de vida bem como à felicidade de cada indivíduo (Andrade & Vaitsman, 2002). Assim, espera-se que, quanto maior for a perceção de suporte social de cada indivíduo, maior a qualidade de vida de cada indivíduo.

Os modelos comportamentais destacam o ambiente social e incluem as abordagens ecológicas, de forma a enfatizar as redes sociais e o apoio social (Compton, Thompson, & Kaslow, 2005). O termo rede social refere-se ao conjunto de contatos pessoais e relações sociais que oferecem serviços que incluem o apoio social (Israel & Rounds, 1987). Tais relações sociais e de apoio podem servir como um fator de proteção psicossocial chave que fornece resiliência no contexto de stresse, reduzindo para uma variedade de resultados negativos para a saúde (Cassel, 1976). Vários pais indicaram que preferem frequentar grupos de apoio, com indivíduos que lhes são estranhos, sentindo-se mais à vontade para partilhar experiências semelhantes às suas. Neste sentido, vários pais relataram que ouvir histórias sobre comportamentos autolesivos de outros membros revelou-se útil (Ferrey et al., 2016).

Podemos então constatar que o suporte social tem um papel importante na resolução dos problemas familiares e com os pares, na adaptação ao meio ambiente e na preservação da saúde mental, tornando-se pertinente compreender a sua perceção.

O suporte social percebido parece ser uma variável influente na forma como ambos os pais vivenciam o comportamento suicida dos seus filhos. No estudo de Morgan e colaboradores (2013), a maioria (61%) dos pais (pai e mãe) classificou o suporte social percebido como sendo muito baixo. No entanto, como referem os mesmos autores, são necessárias mais investigações para esclarecer o papel do suporte social percebido nesta experiência dos pais.

Sabe-se que os recursos na área do apoio social, tanto a nível individual como comunitário, podem ter efeitos diretos na saúde e podem diminuir os efeitos negativos da sintomatologia stressante (Glanz et al., 1997). Ter alguém para fornecer ajuda ou suporte emocional pode ser um fator protetor diante das consequências negativas de doenças ou situações de stresse (Sherbourne, 1998). O apoio social é uma experiência subjetiva e

peçoal, e a percepção desse apoio pode ser tão importante quanto o suporte real recebido. Assim, quando os familiares dos jovens se dirigem ao meio hospitalar, a condição médica é tratada, enquanto que, as experiências e o modo como os familiares experienciam o acontecimento são descartados (Asare-Doku et al., 2017).

Neste contexto os familiares podem ter uma maior percepção de falta de apoio de serviços (Byrne et al., 2008), levando-os a uma profunda sensação de isolamento social (Ferrey et al., 2016), agravado pelo estigma de ter um filho com comportamentos suicidários ou autolesivos (Byrne et al., 2008) e pondo em causa o seu papel enquanto cuidador (Asare-Doku et al., 2017). Os sentimentos negativos, associados ao estigma, podem resultar em sintomatologia depressiva (Frey et al., 2017) e são uma das razões apontadas pelas famílias para não discutir o comportamento suicida quando este ocorre (Rober, Walravens, & Versteijnen, 2012). Assim, fatores relacionais (e.g. disponibilidade, qualidade) demonstram ser preditores importantes para o indivíduo expor a situação (Frey et al., 2017).

Conclui-se por isso, que as tentativas de suicídio podem afetar as relações (e.g., familiares, sociais) devido às consequências sociais do ato (Asare-Doku et al., 2017), levando ao desejo de manter o sucedido em privado, com a preocupação do que os outros possam pensar (Ferrey et al., 2016). Ao longo do tempo, este tipo de evitamento social pode levar à perda temporária ou permanente de amigos (Ferrey et al., 2016), levando ao afastamento, no caso dos progenitores, de pais de adolescentes saudáveis (Daly, 2013). Este isolamento torna-se prejudicial nas relações dos familiares, uma vez que a amizade poderia funcionar como fonte importante de apoio, especialmente amigos que também vivenciaram experiências de tentativas de suicídio ou comportamentos autolesivos de um parente ou de problemas psiquiátricos (Ferrey et al., 2016).

São inúmeras as investigações que estudam os jovens com tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos, mas são escassos (e sobretudo qualitativos) os que estudam o impacto destes comportamentos nos seus familiares mais próximos. Os recursos de que estes dispõem e a forma as suas vidas ficam afetadas, também se encontram pouco aprofundados. Posto isto, o presente estudo procura melhorar a compreender o efeito destes comportamentos em várias dimensões da vida dos familiares.

Embora grande parte da literatura aponte para os efeitos nefastos das tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos na vida dos familiares mais próximos, essencialmente nos pais, os resultados não são, ainda assim, conclusivos. Deste modo, qual o impacto das tentativas de suicídio e dos comportamentos autolesivos, a sua relação com a sintomatologia clínica e com a satisfação com o suporte social.

3. Objetivos

O presente estudo insere-se numa investigação mais ampla que se propõe a aumentar o conhecimento empírico sobre o impacto das tentativas de suicídio nas famílias e das variáveis psicossociais que potencialmente moderam este impacto, e dessa forma contribuir para a melhoria da gestão das situações de tentativa de suicídio ao nível familiar.

O **objetivo geral** deste estudo foi conhecer as experiências dos pais e outros familiares portugueses após uma tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo de um filho(a) ou outro parente próximo, jovem ou jovem-adulto.

Como **objetivos específicos** do presente estudo definiu-se: (1) caracterizar os antecedentes familiares suicidários do jovem ou jovem-adulto; (2) descrever os efeitos da tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo em diferentes dimensões da vida dos familiares (e.g., vida em geral, familiar, vida social, laboral e saúde), bem como em termos de sintomatologia (níveis de ansiedade, depressão e stresse); (3) identificar as necessidades de suporte (e.g., serviços de saúde, profissionais de saúde) destes familiares e (4) verificar o papel da satisfação com o suporte social nos efeitos dos comportamentos suicidários ou autolesivos dos jovens nos familiares.

4. Método

O capítulo que se segue consiste na metodologia de investigação, da qual fazem parte a definição tipo de estudo, dos participantes, os instrumentos, procedimentos de recolha e de análise de dados.

4.1. Tipo de estudo

Na presente investigação recorreu-se a uma abordagem metodológica quantitativa em todas as fases de investigação. Trata-se de um estudo de cariz exploratório/ descritivo e correlacional. Assim, procura explorar e descrever as representações idiossincráticas dos familiares de jovens que tentaram o suicídio ou cometeram um comportamento autolesivo, nomeadamente o impacto das suas consequências, dificuldades e necessidades nas dimensões da vida em geral, os efeitos positivos e negativos na família, social, laboral e na saúde. Pretende, por isso, identificar associações/relações entre os efeitos na vida em geral, os efeitos negativos e positivos na família, na área social, no trabalho e na saúde com a satisfação de suporte social e as variáveis ansiedade, depressão e stresse e entre as dimensões suporte social e ansiedade, depressão e stresse. Por último, compararam-se resultados médios em função de diferentes critérios.

4.2. Participantes

A amostra do presente estudo é constituída por um total de 18 participantes, familiares de jovens, dos 10 aos 35 anos, de ambos os sexos, os quais tentaram o suicídio ou cometeram um comportamento autolesivo, num período igual ou superior a um mês.

A técnica de amostragem deste estudo caracteriza-se por ser uma amostra não-probabilística por conveniência.

4.3. Instrumentos

Na presente investigação foram utilizados três instrumentos para recolha de dados, nomeadamente o Questionário da Experiência da Tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo de um familiar (QETSALF 6) desenvolvido especificamente para a presente investigação e dois instrumentos estandardizados e com características psicométricas adequadas para a população portuguesa, a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21), apresentadas em detalhe seguidamente.

4.3.1) Questionário da Experiência da Tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo de um filho/familiar (QETSALF 6)

O Questionário da Experiência da Tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo de um filho/familiar (QETSALF 6) foi desenvolvido por os autores Rothes, Henriques, Santos e Brás (2016), no âmbito de uma investigação nacional, mais ampla, acerca desta temática (Anexo A).

Este divide-se em três principais partes, em que a partir da primeira parte realiza-se a recolha de informação sociodemográfica (grau de parentesco, género, idade, profissão, situação profissional, habilitações académicas, estado civil e distrito) quer dos pais (pai; mãe), quer de outros familiares (irmãos, avós, tios, primos) que integraram o estudo. Na segunda parte o objetivo foi recolher informação sobre as características da tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo, tal como a temporalidade do ato, o método utilizado, o número de atos suicidas prévios, a respetiva idade, o grau de intencionalidade de morrer, se se tratava de um comportamento esperado para os pais e familiares, a história de perturbações psicopatológicas e a história de suicídio existente na família. E, a terceira parte, destina-se à Experiência e Impacto da tentativa de suicídio ou

comportamento autolesivo dos familiares e é avaliada tendo em conta as mudanças que podem ocorrer na vida pessoal, familiar e/ou laboral dos familiares dos jovens que tentaram o ato suicida. Tendo em conta uma análise mais detalhada, é possível através do QETSALF 6, recolher informação acerca das explicações dadas pelos familiares, pelo próprio indivíduo ao seu familiar e relativamente à forma como o familiar soube da tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo. Também podem ser analisadas as reações emocionais e a comunicação na família. Podem analisar-se também as eventuais áreas de vida afetadas, em que medida o acontecimento prejudicou a vida do familiar, os recursos aos quais o familiar teve acesso após o acontecimento para obter informação, ajuda ou suporte, nomeadamente serviços de saúde, profissionais de saúde, informacional e à qualidade do contacto com os profissionais de saúde.

Por último, de acordo com o objetivo do presente estudo, irão ser analisadas detalhadamente duas principais dimensões, os efeitos na vida e as necessidades de suporte. Deste modo, para uma melhor interpretação das eventuais áreas de vida afetadas, correspondente à terceira e última parte do QETSALF6, foram criadas categorias teóricas: Vida geral (item 1, 11 e 15); Família: efeitos negativos (item 2, 4, 5, 6, 7, 13, 16, 20, 24, 25 e 12); Família: efeitos positivos (item 21, 22 e 23), Vida Social (item 3 e 9), Trabalho (item 8, 10 e 14) e, por último, Saúde (item 17, 18, 19 e 26).

Para cada categoria, efetuou-se o estudo metrológico que demonstrou uma boa consistência interna avaliada através do alfa de *Cronbach*. Na categoria vida geral obteve-se ($\alpha = ,70$), na família: efeitos negativos ($\alpha = ,80$), família: efeitos positivos ($\alpha = ,90$), vida social ($\alpha = ,84$), trabalho ($\alpha = ,59$) e na categoria saúde ($\alpha = ,88$).

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

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) desenvolvida por Pais-Ribeiro (1999), pretende avaliar o grau de satisfação dos participantes com o suporte social percebido, ou seja, focalizado no grau de satisfação relativamente à sua família, amigos, intimidade e atividades sociais, sendo que esta é uma dimensão importante nos processos cognitivos e emocionais que estão ligados ao bem-estar e qualidade de vida do indivíduo.

O instrumento em questão é uma escala multidimensional, de autorresposta e compõe-se por 15 itens, nas quais o respondente assinala o grau de concordância com a afirmação subscrita numa escala de *Likert* com cinco posições, nomeadamente: A (*Concordo totalmente*), B (*Concordo na maior parte*), C (*Não concordo, nem discordo*), D (*Discordo na maior parte*) e E (*Discordo totalmente*) (Pais-Ribeiro, 1999).

A escala ESSS subdivide-se em quatro subescalas, que esclarecem 63,1% da variância, particularmente: (a) Satisfação com amizades (SA), que mede a satisfação com as amizades/amigos que o indivíduo tem e inclui cinco itens (3, 12, 13, 14, 15) que apresentam uma boa consistência interna ($\alpha = ,83$); (b) Satisfação com a intimidade (SI), mede a percepção da existência de suporte social íntimo e inclui 4 itens (1, 4, 5, 6); (c) Satisfação com a família (SF), mede a satisfação com o suporte social familiar existente e inclui três itens (9, 10, 11) e (d) Satisfação com as atividades sociais (SAS), mede a satisfação com as atividades sociais que os indivíduos realizam, incluindo três itens (2, 7, 8) (Pais-Ribeiro, 1999). É importante realçar que os itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, e 15 devem ser invertidos. Os valores de consistência interna das quatro dimensões são positivos (alfa de *Cronbach*) e variam entre ,64 e ,83, apresentando o valor para a escala global, boa consistência interna ($\alpha = ,85$). A validade concorrente e discriminante da escala apresentam valores que confirmam a validade da mesma (Pais-Ribeiro, 1999).

A pontuação total dos itens da escala resulta da soma dos valores confirmados e da sua amplitude que pode variar entre valores como 0 e 75, sendo que, o valor mais elevado corresponde a uma maior satisfação com o suporte social (Pais-Ribeiro, 1999). A pontuação da escala foi dividida em três partes, a partir da pontuação máxima para determinar alta, média e baixa satisfação com o suporte social, ou seja, alta (de 51 a 75 pontos), média (de 26 a 50 pontos) e baixa (até 25 pontos) (Pais-Ribeiro, 1999).

Na presente investigação, o estudo metrológico demonstrou que este instrumento apresenta uma boa consistência interna avaliada através do alfa de *Cronbach* da escala total ($\alpha = ,75$). Quanto aos valores das subescalas, a subescala SA apresenta o valor de alfa mais elevado, representando uma boa confiabilidade ($\alpha = ,74$), as restantes subescalas SI ($\alpha = ,46$), SF ($\alpha = ,56$) e SAS ($\alpha = ,52$), apresentam valores mais reduzidos, ao contrário o que pode ser justificado pela reduzida dimensão da amostra.

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

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS) - *Depression, Anxiety and Stresse Scales* (DASS) de Lovibond e Lovibond (1995) – foi adaptada para a população portuguesa por Pais-ribeiro, Honrado e Leal (2004), tendo como objetivo avaliar a ansiedade, depressão e stresse.

Inicialmente, os autores Lovibond e Lovibond (1995), caracterizaram as três escalas do modo que a seguir se descreve. A depressão, por a perda de autoestima e de motivação, associada com a baixa perceção em alcançar objetivos de vida significativos para o indivíduo. A ansiedade salienta as ligações entre os estados persistentes da mesma sintomatologia e respostas intensas de medo. Por outro lado, o stresse sugere estados de excitação e tensão recorrentes, com níveis reduzidos de resistência à frustração e desilusão (Ribeiro, 2007).

A escala EADS é um instrumento de autorresposta composto por 21 itens que se subdivide em três principais fatores e inclui 7 itens em cada fator, especificamente: (a) Ansiedade (2, 4, 7, 9, 15, 19, 20); (b) Depressão (3, 5, 10, 13, 16, 17, 21) e (c) Stresse (1, 6, 8, 11, 12, 14, 18) (Pais-ribeiro et al., 2004).

Os participantes classificam as suas respostas numa escala tipo *Likert* de 4 pontos, de 0 (*Não se aplicou nada a mim*) a 3 (*Aplicou-se a mim a maior parte das vezes*). Este método permite obter resultados parciais para cada uma das subescalas de ansiedade, depressão e stresse, com uma amplitude de resultados que varia entre os valores 0 a 21. Os resultados da escala são determinados pela soma dos resultados dos 14 ou 21 itens, fornecendo três notas, uma por subescala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. A nota mais elevada em cada escala corresponde a estados afetivos mais negativos (Lovibond & Lovibond, 1995).

No que diz respeito às propriedades psicométricas da versão original, as subescalas apresentam valores de consistência interna adequados (ansiedade, $\alpha = ,82$; depressão, $\alpha = ,88$; stresse, $\alpha = ,90$) (Lovibond & Lovibond, 1995). Por sua vez, na versão portuguesa, os autores encontraram valores adequados de consistência interna, (ansiedade, $\alpha = ,74$; depressão, $\alpha = ,85$; stresse, $\alpha = ,81$) (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). A validade convergente-discriminante dos itens foi verificada pela comparação da correlação do item com a escala a que pertence e com as correlações das escalas a que não pertence (Pais-Ribeiro et al., 2004). No entanto, os valores da correlação dos itens com as escalas a que não pertencem são mais elevados do que seria ideal, em muitos casos próximos dos valores com a escala a que pertence. (Pais-Ribeiro et al., 2004).

No presente estudo, os resultados apresentam uma boa consistência interna, uma vez que, o valor de alfa de *Cronbach* na escala total é de ($\alpha = ,88$) e das subescalas ansiedade ($\alpha = ,72$), depressão ($\alpha = ,74$) e stresse ($\alpha = ,80$).

4.4. Procedimentos

4.4.1) Procedimento de recolha de dados

Na fase inicial do estudo, efetuou-se o contacto com várias instituições de saúde (públicas e privadas), como é o caso da Administração Regional de Saúde do Algarve (ARS), e o Centro Hospital do Algarve (CHALG), a fim de solicitar um pedido de autorização às respetivas Administrações e um parecer às comissões de ética para a saúde. O parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARS-Algarve foi positivo (Anexo B), enquanto do CHALG não chegou em tempo útil para recolha da amostra para a presente investigação. A recolha de dados foi também realizada através de contactos informais.

No que diz respeito aos critérios de inclusão de participantes na investigação, foram considerados os seguintes: a) ser familiar de um jovem que tentou suicídio ou cometeu um comportamento autolesivo há pelo menos um mês e b) assinar o protocolo de consentimento informado (Anexo C).

Na apresentação do protocolo foram explicados aos participantes os objetivos do estudo, a importância da sua participação no mesmo e que este era, um processo de participação voluntária, anónima e confidencial. Também foram dadas as informações da possibilidade de desistência de participação no estudo a qualquer momento, sem a possibilidade de sofrer qualquer tipo de inconveniência.

Aquando do contacto com as famílias, solicitou-se o consentimento informado de cada participante. Todos os inquiridos foram informados de que a sua participação consistia no preenchimento de um protocolo de questionários de autorresposta, o qual fizeram autonomamente com a possibilidade de colocar dúvidas sempre que conveniente. Os instrumentos de recolha de dados foram aplicados individualmente, com uma duração média de 50 minutos.

Apenas os participantes que aceitaram as condições de realização e participação no estudo foram incluídos na amostra. No final, foram recolhidos 18 protocolos considerados válidos e incluídos no presente estudo.

4.4.2) Procedimento de análise estatística

Após a recolha de dados da amostra total, procedeu-se ao seu tratamento, através de programas estatísticos adequados para o efeito, como é o caso do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (versão 23) para *Windows* e ao programa *Microsoft Office Excel* 2010 de forma a calcular a magnitude do efeito através da fórmula para o r de Cohen (1988).

Primeiramente, procurou verificar-se se as variáveis em causa seguiam uma distribuição normal na amostra, uma vez que a normalidade dos dados é premissa para a realização de testes estatísticos paramétricos ou não-paramétricos. A normalidade da distribuição das variáveis foi averiguada com recurso aos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. No entanto, devido ao carácter conservador destes dois testes, verificou-se também os valores estatísticos de curtose e de assimetria, sendo que a distribuição seria considerada normal se os valores obtidos fossem inferiores a duas vezes o desvio-padrão ou iguais ou menos distantes de 0. De acordo com os valores obtidos, as variáveis não seguem uma distribuição normal na população, o que em conjunto com uma amostra reduzida (inferior a 30), decidiu-se pelo recurso a testes não-paramétricos para analisar os dados.

Em seguida, procedeu-se à análise descritiva das variáveis sociodemográficas dos familiares e jovens ou jovens-adultos com tentativas de suicídio ou comportamentos autolesivos com o objetivo de caracterizar a amostra. Sendo a maioria das variáveis do tipo nominal analisadas através dos valores percentuais e frequências e, no caso das

variáveis quantitativas escalares analisou-se a média e desvio-padrão. Para uma melhor leitura e interpretação dos dados, em algumas análises agregou-se as escalas de resposta *Likert* para 1-2 e 4-5. Efetuou-se também a análise exploratória, através do cruzamento de dados para analisar os dados significativos obtidos a partir da população em estudo.

Os procedimentos de análise do estudo metrológico dos instrumentos usados foram efetuados a partir do alfa de *Cronbach* e Média da correlação inter-itens (MIC), de modo a determinar a consistência interna de cada escala e/ou subescala no presente estudo, bem como das categorias criadas através QETSALF 6.

Para verificar a significância das diferenças entre as variáveis efetuou-se o teste não-paramétrico Mann-Whitney com o objetivo de comparar as médias entre duas amostras independentes.

Por último, com o objetivo de averiguar as relações existentes entre as variáveis em estudo, foi utilizado o teste de correlação não-paramétrico (*Spearman*). Foram consideradas quanto à magnitude/força correlações fortes as que apresentam índice de $\rho \geq ,60$, moderadas quando o valor varia entre ,30 e ,60 e fracas quando o valor varia entre 0 e ,30.

5. Resultados

No presente capítulo apresentam-se os resultados do estudo, tendo em atenção os objetivos gerais e específicos definidos e apresentados anteriormente. O capítulo está dividido em pontos principais que se sumarizam a seguir. Começa-se por apresentar a caracterização dos participantes, seguindo-se a caracterização das tentativas de suicídio e/ou comportamentos autolesivos dos jovens ou jovens-adultos pelos seus familiares. Segue-se a descrição dos efeitos das tentativas de suicídio e/ou comportamentos autolesivos na vida dos participantes deste estudo, incluindo os efeitos gerais, na vida familiar, social, na vida laboral ou trabalho e na saúde dos participantes. Também foi analisada a existência de relação entre estas dimensões (e.g., vida em geral, familiar, social, laboral e saúde) e a sintomatologia ansiosa, depressiva e níveis de stresse, bem como, a relação com a satisfação com o suporte social. Em seguida, efetuou-se a descrição das necessidades de suporte (e.g., serviços de saúde, profissionais de saúde, informacional e a qualidade de contacto com profissionais de saúde) dos familiares de jovens ou jovens-adultos que tentaram suicídio ou cometeram comportamentos autolesivos. Também se verificou a existência de relação entre a satisfação com o suporte social e a ansiedade, depressão e stresse.

5.1. Características dos participantes

No presente estudo participam 18 familiares de jovens ou jovens-adultos com tentativas de suicídio e/ou comportamentos autolesivos, sendo que 11 são pais (respetivamente 7 mães e 4 pais) e os restantes 7 têm outro grau de parentesco. As características sociodemográficas dos participantes estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1*Características da amostra de familiares de acordo com as variáveis sociodemográficas*

		<i>N (%)</i>
Género	Masculino	6 (33,3)
	Feminino	12 (66,7)
Estado Civil	Solteiro	3 (16,7)
	Casado(a)/União de facto	11 (61,1)
	Divorciado/Separado	3 (16,7)
	Viúvo	1 (5,6)
Nacionalidade	Portuguesa	18 (100)
Agregado (viver com o familiar que fez CAL/TS)	Sim	8 (44,4)
	Não	10 (55,6)
Grau de parentesco	Mãe	7 (38,9)
	Pai	4 (22,2)
	Tia	1 (5,6)
	Prima	2 (11,1)
	Primo	1 (5,6)
	Avó materna	1 (5,6)
	Avô materno	1 (5,6)
	Irmã	1 (5,6)
Habilitações Académicas	1º ao 4º ano	2 (11,1)
	5º ao 6º ano	1 (5,6)
	8º ano	1 (5,6)
	9º ano	3 (16,7)
	11º ano	1 (5,6)
	12º ano	5 (27,8)
	Licenciatura	4 (22,2)
	Mestrado	1 (5,6)
Profissão	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	4 (22,2)
	Pessoal administrativo	6 (33,3)
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	1 (5,6)
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, pesca e floresta	1 (5,6)
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artificies	2 (11,1)
	Operadores de instalações máquinas e trabalhadores da montagem	2 (11,1)
	Trabalhadores não qualificados	2 (11,1)

Nota. N = 18; % = percentagem

Os resultados do questionário sociodemográfico (Tabela 1) indicam que dos 18 participantes, 12 (66,7%) eram do sexo feminino e 6 (33,3%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 80 anos de idade ($M = 44,8$; $DP = 15,8$).

A grande maioria dos participantes é casada (60%), sendo a totalidade da amostra de nacionalidade portuguesa especificamente do distrito de Faro (100%). No momento da tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo, apenas 8 participantes residiam com o familiar com comportamentos suicidários.

O grau de parentesco dos participantes que preencheram os questionários, diz restabelepeito na sua maioria a mães, ou seja, com um total de 38,9%, seguindo-se pais (sexo masculino) (22,2%), primas (11,1%) e, por fim, com os mesmos dados percentuais seguem-se tia, primo, avó materna, avô materno e irmã com apenas 5,6%.

No que diz respeito às habilitações literárias, 27,8% dos participantes têm o 12º ano de escolaridade, seguindo-se 22,2% licenciados, 16,7% com o 9º ano de escolaridade, 11,1% com o 4º ano e os restantes 5,6% distribuídos por 6º, 8º, 11º e Mestrado. Deste modo, relativamente às profissões pelas quais a amostra se distribui, 4 participantes são especialistas em atividades intelectuais e científicas, 6 enquadram-se em pessoal administrativo, 1 trabalhador dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores, 1 na especificidade agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, os restantes 6 participantes estão divididos 2 por cada qualificação, sendo trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices (11,1%), operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem (11,1%) e, por último, trabalhadores não-qualificados (11,1%). Em suma, observando a amostra total, 88,9% dos indivíduos encontra-se empregado e 11,1% em outra situação profissional, como é o caso de aposentado.

5.2. Características das tentativas de suicídio e/ou comportamentos autolesivos

Na Tabela 2 apresentam-se as características sociodemográficas do jovem ou jovem-adulto que apresentou tentativas de suicídio e/ou comportamentos autolesivos,

descrevendo esses comportamentos, assim como o tipo de acompanhamento que recebeu ou não por parte de profissionais de saúde mental.

Tabela 2

Características do jovem ou jovem-adulto e dos comportamentos suicidários e/ou autolesivos

		<i>N (%)</i>
Género	Masculino	3 (16,7)
	Feminino	15 (83,3)
Estado Civil	Casado(a)/União de facto	2 (11,1)
	Divorciado(a)/Separado(a)	2 (11,1)
	Solteiro(a)	14 (77,8)
Ano de escolaridade	6º ano	1 (5,6)
	8º ano	2 (11,1)
	9º ano	1 (5,6)
	11º ano	3 (16,7)
	12º ano	8 (44,4)
	Concluiu o ensino secundário	3 (16,7)
Habilitações Académicas	5º ano	1 (5,6)
	7º ano	2 (11,1)
	9º ano	2 (11,1)
	10º ano	3 (16,7)
	11º ano	5 (27,8)
	12º ano	5 (27,8)
Profissão	Pessoal Administrativo	4 (22,2)
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	3 (16,7)
	Trabalhadores não qualificados	1 (5,6)
	Estudante	10 (55,6)
Método	Intoxicação medicamentosa	12 (66,7)
	Tentativa de enforcamento	2 (11,1)
	Cortes na pele com objeto cortante	4 (22,2)
Diagnóstico psicopatológico	Sim	8 (44,4)
	Não	10 (55,6)
Acompanhamento psiquiátrico	Sim	11 (61,1)
	Não	7 (38,9)
Acompanhamento psicológico	Sim	16 (88,9)
	Não	2 (11,1)
Primeira vez que tentou os comportamentos suicidários ou autolesivos	Sim	12 (66,7)
	Não	6 (33,3)

Nota. N = 18; % = percentagem

Os resultados das características dos jovens ou jovens-adultos e da tentativa de suicídio e/ou comportamento autolesivo indica que dos 18 familiares da respectiva amostra, 83,3% eram do sexo feminino e 16,7% do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 13 e os 30 anos ($M= 20,1$; $DP= 5,4$), sendo que a idade de ocorrência da primeira tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo ocorreu no intervalo dos 11 aos 27 anos ($M= 17,1\%$; $DP= 5,0$). Na sua maioria, o estado civil dos jovens ou jovens-adultos que tentaram o suicídio ou comportamento autolesivo era solteiro (78%).

No momento atual, a maior percentagem de jovens frequentava o 12º ano de escolaridade e, maioritariamente, as suas habilitações académicas centravam-se no valor percentual equivalente de 28% no 11º ano e 12º ano, correspondendo a 55,6% com a ocupação de Estudante.

O método mais frequente para a realização dos comportamentos suicidários foi intoxicação medicamentosa (66,7%), seguido de tentativa por enforcamento (11,1%) e cortes na pele com objeto cortante (22,2%), sendo que a maioria (68%) realizou um comportamento deste género pela primeira vez.

Apesar de 8 referirem a existência de diagnóstico psicopatológico, quando se questiona acerca do mesmo, os familiares referem que não o sabem identificar.

Relativamente ao acompanhamento por parte de profissionais de saúde mental é de notar que, segundo o relato dos familiares participantes, dois dos jovens (11%) não tiveram nem acompanhamento psicológico, nem psiquiátrico (38,9%).

5.3. História de antecedentes familiares de comportamentos suicidários

De seguida são apresentados dados relativos a antecedentes familiares de comportamentos suicidários, mais especificamente a história de comportamentos

autolesivos, tentativas de suicídio e suicídio consumado e o respetivo grau de parentesco (Tabela 3).

Tabela 3

Antecedentes familiares de comportamentos suicidários ou autolesivos e grau de parentesco

	Sim	Não	Grau de parentesco	N (%)
Antecedentes familiares de comportamentos suicidários ou autolesivos	8 (44,4)	10 (55,6)		
História de Comportamentos Autolesivos	7 (38,9)	11 (61,1)	Avô Bisavô Tio	1 (5,6) 1 (5,6) 4 (22,2)
História de tentativa de suicídio	6 (33,3)	12 (66,7)	Avô Avó Tio	1 (5,6) 1 (5,6) 3 (16,7)
História de suicídio	6 (33,3)	12 (66,7)	Tio Bisavô	4 (22,2) 1 (5,6)

Nota. N = 18; % = percentagem;

Relativamente aos antecedentes familiares de comportamentos suicidários, 44,4% da amostra reconhece a existência destes antecedentes na sua família. Especificamente, cerca de 38,9% dos participantes referem a existência de comportamentos autolesivos prévios entre os familiares, identificando os graus de parentesco relativamente ao jovem ou jovem-adulto: tio (N=4), avô (N=1) e bisavô (N=1) (um respondente não identifica o grau de parentesco). Relativamente a tentativas de suicídio prévias na família, são identificadas por 33,3%, correspondendo, segundo as respostas dos participantes, a tio (N=3), avó (N=1) e avô (N=1) (um respondente não identifica o grau de parentesco). Relativamente a suicídio consumado são também 33,3% dos participantes que identificam este antecedente na sua família e os graus de parentesco em relação ao jovem são tio (N=4) e bisavô (N=1) (um respondente não identifica o grau de parentesco).

5.4. Efeitos dos comportamentos suicidários ou autolesivos nos familiares: vida em geral, efeitos negativos na família, efeitos positivos na família, vida social, trabalho e saúde

De seguida, explora-se os efeitos das tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos nas diferentes dimensões da vida dos familiares, nomeadamente na vida em geral, efeitos na família (negativos e positivos), na vida social, no trabalho e na saúde.

Tabela 4

Componentes dos Efeitos dos comportamentos suicidários ou autolesivos nos familiares

Componentes (Alfa de Cronbach ou MIC)	Itens – Efeitos	1 a 2	3	4 a 5	M	Amplitude
		N (%)			(DP)	Mín. – Máx.
1. Vida geral ($\alpha = ,70$)	1. Afetou a minha vida em geral.	7 (38,9)	6 (33,3)	5 (27,8)	2,15 (0,88)	1,00 – 4,67
	11. Afetou a minha vida quotidiana.	11 (61,1)	5 (27,8)	2 (11,2)		
	15. Prejudicou as minhas relações em geral.	16 (88,0)	1 (5,6)	1 (5,6)		
2. Família: efeitos negativos ($\alpha = ,80$)	2. Afetou a minha vida familiar.	8 (44,4)	4 (22,2)	6 (33,3)	1,91 (0,62)	1,11 – 3,09
	4. Afetou a relação com o meu (minha) companheiro(a).	15 (83,3)	1 (5,6)	2 (11,1)		
	5. Afetou a relação com o meu (minha) filho(a).	15 (83,3)	2 (11,1)	1 (5,6)		
	6. Afetou a relação com os meus outros filhos(as).*	11 (61,1)	1 (5,6)	2 (11,1)		
	7. Afetou a minha relação com familiares próximos.	17 (94,4)	1 (5,6)			
	12. Afetou as finanças familiares (ex. pagamento de consultas)	10 (55,6)	4 (22,2)	4 (22,2)		
	13. Afetou o(s) irmão(s).	6 (33,3)	5 (27,8)	4 (22,2)		
	16. Prejudicou as minhas relações familiares.	14 (77,8)		4 (22,2)		
	20. Piorou a minha vida de casal.	14 (77,8)	2 (11,1)	2 (11,1)		
	24. Criou pressão/ mal-estar na minha relação de casal.	13 (72,2)	3 (16,7)	2 (11,1)		
3. Família: efeitos positivos ($\alpha = ,90$)	25. A relação com o meu (minha) filho (a) piorou	16 (88,9)	2 (11,1)		2,57 (1,13)	1,00 – 4,67
	21. Fortaleceu as relações familiares.	9 (50)	5 (27,8)	4 (22,2)		
	22. Fez com que a relação com o meu (minha) filho(a)/familiar se tornasse mais próxima.	9 (50)	4 (22,2)	5 (27,8)		
	23. Fez com que a família ficasse mais unida.	8 (44,4)	4 (22,2)	6 (33,3)		

Componentes (Alfa de Cronbach ou MIC)	Itens – Efeitos	1 a 2	3	4 a 5	M	Amplitude
		N (%)			(DP)	Mín. – Máx.
4. Vida social ($\alpha=,84$)	3. Afetou a minha vida social.	14 (77,8)	3 (16,7)	1 (5,6)	1,47 (0,88)	1,00 – 4,50
	9. Afetou as minhas relações com os amigos.	17 (94,4)		1 (5,6)		
5. Trabalho ($\alpha=,59$) (MIC= ,68)	8. Afetou as minhas relações com os colegas de trabalho.	18 (100)			1,37 (0,52)	1,00 – 2,67
	10. Afetou as relações com os meus superiores hierárquicos no trabalho.	18 (100)				
	14. Prejudicou o meu trabalho.	12 (66,7)	4 (22,2)	2 (11,1)		
6. Saúde ($\alpha=,88$)	17. Prejudicou a minha saúde mental.	12 (66,7)	4 (22,2)	2 (11,1)	2,61 (0,98)	1,25 – 4,75
	18. Prejudicou a minha saúde física.	13 (72,2)	3 (16,7)	2 (11,1)		
	19. Alterou a minha rotina de sono (ex. não conseguir adormecer ou acordar a meio da noite).	6 (33,3)	7 (38,9)	5 (27,8)		
	26. Aumentou os níveis de ansiedade na família.	2 (11,1)	8 (44,4)	8 (44,4)		

Nota. N = 18; MIC = Média de correlação inter-item (MIC, mean-inter-item correlation); Escala de Likert = 1 = Não afetou; 2 = Afetou um pouco; 3 = Afetou algo; 4 = Afetou; 5 = Afetou muito; % = percentagem; M = Média; DP = Desvio padrão; Mín. = mínimo; Máx. = máximo

* N = 14

No que diz respeito aos efeitos dos comportamentos suicidários ou autolesivos nos familiares (Tabela 4), a categoria Vida geral demonstra que o domínio das relações em geral (88%) e vida quotidiana (61,1%) dos participantes foi o menos afetado, seguindo-se a vida em geral (38,9%). No caso específico dos efeitos na vida em geral, existe uma maior distribuição dos participantes nos vários níveis de resposta, sendo que, 11 participantes revelam que a sua vida ficou afetada após o acontecimento.

Na categoria dos Efeitos negativos 33,3% dos familiares consideram que os comportamentos suicidários ou autolesivos afetaram a sua vida familiar. No entanto, os efeitos prejudiciais são menos visíveis na relação com os parceiros (83,3%), no facto de criar pressão/mal-estar na relação de casal (72,2%) ou de o acontecimento fazer com que a relação de casal tenha piorado (77,8%). Também no caso de ser pai e/ou mãe, os efeitos negativos na relação com o filho com comportamentos suicidários ou autolesivos são

menos visíveis (88,9%), assim com os restantes filhos (61,1%) e com a relação com os parentes mais próximos (94,4%). Na sua maioria, os participantes revelam que o acontecimento não afetou as finanças familiares (55,6%).

No caso dos Efeitos positivos na família, 50% dos participantes refere que o acontecimento não fortaleceu as relações familiares, nem fez com que a relação entre o participante e o jovem ficasse mais próxima, sendo que, 44,4% refere que os comportamentos do jovem não fizeram com que a família ficasse mais unida.

Na sua maioria, os participantes referem que a sua Vida social não ficou afetada (78%), nem a sua relação com os amigos (94,4%).

No caso específico do Trabalho, a totalidade da amostra (mais especificamente, os 18 participantes) refere que as relações com os colegas de trabalho e superiores hierárquicos não foram afetadas após os comportamentos suicidários ou autolesivos dos seus familiares. No mesmo sentido, 68% desta amostra refere que o seu trabalho não foi prejudicado.

Em última análise, na categoria da Saúde foi possível observar que 67% dos participantes refere que não existiram alterações na sua saúde mental, nem na física (72%). Por outro lado, a rotina de sono sofreu alterações (39%) e a maioria dos participantes confirma que o acontecimento aumentou os níveis de ansiedade em toda a família (44%).

Quando se comparam os valores médios de todas as dimensões dos efeitos, constata-se que a área da Saúde é a mais afetada ($M = 2,61$; $DP = 0,98$), sendo de destacar as alterações nas rotinas de sono e nos níveis de ansiedade familiar.

De seguida, analisam-se os resultados obtidos nos efeitos na vida em geral, familiar (efeitos negativos e positivos), social, no trabalho e saúde em função das

seguintes condições: (a) pais e restantes familiares; (b) viver ou não com o familiar com comportamentos suicidários ou autolesivos; (c) viver ou não com pai/mãe do filho que efetuou tentativa de suicídio ou comportamentos autolesivos; (d) o jovem ter recebido ou não acompanhamento psicológico após os comportamentos e (e) os participantes terem ou não formação superior.

Numa fase seguinte foi-se verificar se existiam efeitos nas várias dimensões da vida dos familiares, em função do grau de parentesco: pais e restantes familiares (Tabela 5).

Tabela 5

Efeitos dos comportamentos suicidários e autolesivos dos jovens na vida dos familiares em função do grau de parentesco: pais e restantes familiares

Componentes	Pais N=11		Restantes familiares N=7		r de cohen	U	p
	M	DP	M	DP			
1. Vida geral	2,39	0,96	1,76	0,60	-,36	22,00	,123
2. Família: efeitos negativos	2,24*	0,72	1,67	0,39	-,34	13,50	,154
3. Família: efeitos positivos	3,21	0,86	1,57	0,69	-,72	5,00	,002
4. Vida social	1,68	1,05	1,14	0,38	-,36	23,50	,121
5. Trabalho	1,00**	0,00	1,00***	0,00	,000	27,50	,273
6. Saúde	2,95	0,99	2,07	0,73	-,43	18,50	,069

Nota. *N = 7; **N = 2; ***N = 5; M = Média; DP = Desvio padrão; U = Valor do teste Mann-Whitney; Os valores a negrito representam a diferença estatisticamente observada

Globalmente podemos constatar que, quando comparados com os restantes familiares, os pais referem efeitos mais elevados em todas as dimensões da vida. Essas diferenças assumem significado estatístico na dimensão Família: efeitos positivos ($U=5,00$; $gI=1$; $p=,002$), sendo que, os pais percebem mais efeitos positivos dos comportamentos suicidários e autolesivos em termos de relação e dinâmicas familiares do que os restantes familiares.

Na Tabela 6 apresenta-se a análise dos efeitos dos comportamentos suicidários ou autolesivos nas diferentes dimensões da vida dos familiares (e.g., vida geral, efeitos positivos e negativos na família vida social, laboral e saúde) em função do participante coabitar ou não com o jovem ou jovem-adulto que tentou o suicídio ou cometeu comportamentos autolesivos.

Tabela 6

Efeitos dos comportamentos suicidários e autolesivos dos jovens na vida dos familiares em função de coabitar ou não com o jovem/jovem-adulto

Componentes	Coabitar N=8		Não- coabitar N=10		r de cohen	U	p
	M	DP	M	DP			
1. Vida geral	2,71	0,93	1,70	0,53	-,63	11,00	,008
2. Família: efeitos negativos*	2,39	0,67	1,64	0,38	-,52	7,00	,026
3. Família: efeitos positivos	3,04	0,81	2,20	1,25	-,17	21,00	,089
4. Vida social	1,81	1,19	1,20	0,42	-,17	24,00	,105
5. Trabalho**	1,00	-	1,00	0,00	,00	3,00	1,000
6. Saúde	3,22	0,86	2,13	0,81	-,54	14,00	,020

Nota. *N = 14; **N = 7; M = Média; DP = Desvio padrão; U = Valor do teste Mann Whitney; Os valores a negrito representam a diferença estatisticamente observada

Através da análise da Tabela 6, podemos verificar que os familiares que coabitam com o jovem que realizou comportamentos suicidários ou autolesivos apresentam valores médios mais elevados dos efeitos destes comportamentos do que os restantes familiares que não coabitam. Podemos ainda constatar que os familiares que coabitam com estes jovens percecionam significativamente mais efeitos negativos na Vida geral ($U=11,00$; $gI=1$; $p=,008$) e no seu quotidiano do que os familiares que não coabitam. Os efeitos negativos no seio familiar também são significativamente superiores ($U=7,00$; $gI=1$; $p=,026$), nos familiares que coabitam do que nos outros, o que sugere que as relações com os parceiros se alteram gerando mal-estar na relação de casal e, o mesmo acontece na relação entre pais e filhos ou irmãos. Por último, os efeitos na Saúde também são

significativamente superiores nos familiares que coabitam com o jovem ($U=14,00$; $gl=1$; $p=,020$) do que nos outros.

De seguida, foi explorar-se se os efeitos dos comportamentos suicidários dos jovens nos familiares variava em função do participante do estudo coabitar ou não com o pai/mãe do jovem ou jovem-adulto que tentou o suicídio ou cometeu comportamentos autolesivos (Tabela 7).

Tabela 7

Efeitos dos comportamentos suicidários e autolesivos dos jovens na vida dos familiares em função de coabitar ou não com o pai/mãe dos jovens/jovens-adultos que tentaram suicídio ou cometeram comportamentos autolesivos

Componentes	Sim N=7		Não N=6		r de cohen	U	p
	M	DP	M	DP			
1. Vida geral*	2,67	1,00	1,89	0,62	-,45	8,00	,055
2. Família: efeitos negativos**	2,58	0,55	1,52	0,26	-,52	1,00	,027
3. Família: efeitos positivos	3,14	0,81	2,83	1,24	-,17	16,00	,471
4. Vida social	1,86	1,28	1,25	0,42	-,22	15,00	,348
5. Trabalho	-	-	1,00	0,00	-	-	-
6. Saúde	3,18	0,92	2,50	0,96	-,30	12,00	,195

Nota. *N=13; **N=9; M = Média; DP = Desvio padrão; U = Valor do teste Mann Whitney; Os valores a negrito representam a diferença estatisticamente observada

Tendo em conta os resultados obtidos, observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos em análise, mais especificamente nas dimensões Vida geral ($U=8,00$; $gl=1$; $p=,055$) e Família efeitos negativos ($U=1,00$; $gl=1$; $p=,027$). Os resultados sugerem que os participantes do estudo que coabitam com o pai e/ou mãe do jovem/jovem-adulto que tentou suicídio ou comportamento autolesivo percebem mais efeitos negativos em termos das relações e dinâmicas familiares, bem como na vida em geral e quotidiana em comparação com a restante amostra que não coabita com o pai/mãe destes jovens.

O impacto dos comportamentos suicidários e autolesivos dos jovens na vida dos familiares foi estudado também em função do jovem ter ou não acompanhamento psicológico antes ou após a realização destes mesmos comportamentos (Tabela 8).

Tabela 8

Efeitos dos comportamentos suicidários e autolesivos dos jovens na vida dos familiares em função do familiar do participante ter ou não acompanhamento psicológico antes ou após a tentativa de suicídio ou comportamento autolesivos

Componentes	Teve ou tem acompanhamento psicológico N= 16		Nunca teve acompanhamento psicológico N= 2		r de cohen	U	p
	M	DP	M	DP			
	1. Vida geral	2,19	0,88	1,83			
2. Família: efeitos negativos*	2,03	0,66	1,54	0,13	-,15	8,50	,517
3. Família: efeitos positivos	2,75	1,07	1,17	0,23	-,43	3,00	,066
4. Vida social	1,47	0,92	1,50	0,71	-,09	13,50	,689
5. Trabalho**	1,00	0,00	1,00	0,00	,00	5,00	1,000
6. Saúde	2,77	0,93	1,37	0,18	-,47	2,00	,048

Nota. *N=14; **N=7; M = Média; DP = Desvio padrão; U = Valor do teste Mann Whitney; Os valores a negrito representam a diferença estatisticamente observada

Ao analisar detalhadamente os resultados, verificaram-se diferenças significativas entre os grupos na dimensão Saúde ($U=2,00$; $gl=1$; $p=,048$), sendo que o grupo de familiares cujos jovens já tiveram ou têm acompanhamento psicológico têm mais efeitos negativos ao nível da saúde física, mental, nas rotinas de sono e nos níveis de ansiedade.

As habilitações académicas do participante também foram consideradas, isto é, se poderiam existir diferenças significativas ao nível dos efeitos dos comportamentos suicidários e autolesivos, consoante o familiar tivesse formação superior ou outra (Tabela 9).

Tabela 9

Efeitos dos comportamentos suicidários e autolesivos dos jovens na vida dos familiares em função dos participantes terem ou não formação superior

Componentes	Ensino primário, básico e secundário N=13		Formação superior N=5		r de cohen	U	p
	M	DP	M	DP			
1. Vida geral	1,85	0,59	2,93	1,09	-,56	9,00	,017
2. Família efeitos negativos*	1,75	0,61	2,35	0,52	-,48	7,50	,043
3. Família efeitos positivos	2,36	1,06	3,13	1,24	-,33	18,00	,150
4. Vida Social	1,23	0,39	2,10	1,47	-,33	20,00	,160
5. Trabalho**	1,00	0,00	1,00	-	-,00	3,00	1,000
6. Saúde	2,58	1,07	2,70	0,798	-,09	28,50	,692

Nota. *N=14; **N=7; M = Média; DP = Desvio padrão; U = Valor do teste Mann Whitney; Os valores a negrito representam a diferença estatisticamente observada

Ao proceder à análise dos resultados observou-se diferenças significativas na vida em geral e quotidiana ($U=9,00$; $g=1$; $p=,017$) entre os participantes com formação primária, básica ou secundária e com formação superior. O mesmo se verifica ao nível dos efeitos negativos na família ($U=7,50$; $g=1$; $p=,043$), em que os participantes com formação superior percecionam mais efeitos negativos em termos das dinâmicas familiares em comparação com participantes com habilitações académicas inferiores.

5.5. Características da amostra de familiares de jovens que tentaram o suicídio ou cometeram um comportamento autolesivo em termos de ansiedade, depressão e stresse

Os resultados apresentados posteriormente dizem respeito aos níveis de ansiedade, depressão e stresse experienciados pelos familiares de jovens com comportamentos suicidários. Na Tabela 10, é apresentada a análise descritiva realizada das subescalas que compõe a EADS, concretamente Ansiedade, Depressão e Stresse. De acordo com a

análise interpretativa obtém-se ainda um valor global que reflete o valor total da sintomatologia experienciada pela amostra.

Tabela 10

Análise Descritiva da Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS)

Escala EADS	<i>M</i>	<i>DP</i>	Amplitude Mín. – Máx.
1. EADS_Total	12,16	8,38	2 – 3
2. Ansiedade	2,61	2,37	0 – 8
3. Depressão	3,66	3,53	0 – 10
4. Stresse	5,88	3,70	0 – 14

Nota. *N* = 18; EADS = Escala de ansiedade, depressão e stresse; *M* = Média; % = percentagem; *DP* = Desvio padrão; Mín. = mínimo; Máx. = máximo.

O nível de sintomatologia geral experienciado pela amostra apresenta uma média de 12,16 (*DP*= 8,38). De acordo com os resultados obtidos, relativamente às subescalas, verifica-se que no caso do Stresse obteve-se uma média de 5,88 (*DP*= 3,70), seguindo-se Depressão que apresenta uma média de 3,66 (*DP*= 3,53). Quanto à subescala Ansiedade foi o que obteve um valor médio mais reduzido (*M*= 2,61; *DP*= 2,37).

Ao analisar globalmente os resultados conclui-se que a amostra de familiares de jovens que tentaram o suicídio ou cometeram um comportamento autolesivo experiencia maiores níveis de sintomatologia de stresse e depressão em comparação com a sintomatologia de ansiedade.

Numa fase posterior foi-se verificar os níveis de sintomatologia ansiosa, depressiva e níveis de stresse, em função de o participante coabitar ou não com o pai/mãe do jovem com comportamentos suicidários ou autolesivos (Tabela 11).

Tabela 11

Níveis de ansiedade, depressão e stresse percebidos pelos familiares em função de coabitar ou não com o pai/mãe dos jovens/jovens-adultos com comportamentos suicidários ou autolesivos

	Sim N=7		Não N=6		r de cohen	U	p
	M	DP	M	DP			
Ansiedade	4,00	2,38	1,66	2,06	-,69	9,00	,083
Depressão	5,85	3,62	1,16	1,47	-,48	4,00	,013
Stresse	8,00	3,82	5,33	3,26	-,38	11,50	,171

Nota. M = Média; DP = Desvio padrão; U = Valor do teste Mann Whitney; Os valores a negrito representam a diferença estatisticamente observada

Numa primeira análise, constata-se que o grupo de participantes que coabita com o pai/mãe do jovem com comportamentos suicidários ou autolesivos apresenta níveis mais elevados de ansiedade, depressão e stresse do que o outro grupo. Contudo, essas diferenças apenas são significativas ao nível da sintomatologia depressiva ($U= 4,00$; $g=1$; $p=,013$), sendo que, como já foi referido, são os participantes que coabitam com o pai/mãe destes jovens/jovens-adultos que têm níveis mais elevados do que aqueles que não coabitam.

5.6. Relação entre os efeitos dos comportamentos suicidários e autolesivos dos jovens na vida dos familiares e os níveis de ansiedade, depressão e stresse

Foi efetuada uma análise correlacional para verificar a existência de relação entre os efeitos nas várias dimensões da vida do familiar e a sintomatologia ansiosa, depressiva e níveis de stresse.

Tabela 12

Relação entre os efeitos dos comportamentos suicidários e autolesivos dos jovens na vida dos familiares e os níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse

	EADS		
	Ansiedade	Depressão	Stresse
1. Vida geral	,22	,00	,16
2. Família: efeitos negativos	,07	,49	,39
3. Família: efeitos positivos	,28	,17	,38
4. Vida social	,15	,04	,26
5. Trabalho	-	-	-
6. Saúde	,58*	,26	,39

Nota. N = 18; EADS= Escala de ansiedade, depressão e stresse; Assinalam-se a negrito as correlações estatisticamente significativas; r = Coeficientes de correlação de Spearman.

* $p < ,05$

A correlação entre os efeitos na área da Saúde e os níveis de Ansiedade é estatisticamente significativa ($r = ,58$; $p < ,05$). Trata-se de uma correlação positiva, o que indica que os elevados efeitos negativos na saúde estão associados aos elevados níveis de ansiedade por parte do familiar.

5.7. Relação entre os efeitos dos comportamentos suicidários e autolesivos dos jovens na vida dos familiares e a satisfação com o suporte social

A relação entre os efeitos nas várias dimensões da vida dos familiares (vida em geral, efeitos positivos e negativos na família, social, laboral e saúde) e a satisfação com o suporte social foi de seguida analisada.

Tabela 13

Relação entre efeitos dos comportamentos suicidários e autolesivos dos jovens na vida dos familiares e a Satisfação com o Suporte Social

	SA	SI	ESSS		ESSS total
			SF	SAS	
1. Vida geral	-,45	-,37	-,06	-,37	-,47*
2. Família: efeitos negativos	-,52	-,72**	-,20	-,72**	-,67**
3. Família: efeitos positivos	,12	,06	-,10	,06	,08
4. Vida social	-,29	,02	,06	,02	-,16
5. Trabalho	-	-	-	-	-
6. Saúde	-,48*	-,34	-,01	-,34	-,47

Nota. N = 18; ESSS= Escala de satisfação com o suporte social; SA = satisfação com as amizades; SI = satisfação com a intimidade; SF= satisfação com a família; SAS = satisfação com as atividades sociais. Assinalam-se a negrito as correlações estatisticamente significativas; r = Coeficientes de correlação de Spearman.

* $p < ,05$; ** $p < ,01$

O estudo da relação entre os efeitos na vida em geral, na família (efeitos positivos e negativos), na vida social, no trabalho e na saúde e a satisfação com o suporte social dos familiares revelou que existem relações estatisticamente significativas negativas, de magnitude moderada, entre os efeitos na vida em geral e o valor total da satisfação com o suporte social ($r = -,47$; $p < ,05$), o que significa que quanto menor é a satisfação com o suporte social, mais efeitos negativos considera que existiram na sua vida em geral.

Os resultados sugerem também a existência de relações estatisticamente significativas e negativas de magnitude forte entre os Efeitos negativos na família e as subescalas Satisfação com a Intimidade ($r = -,72$; $p < ,01$), Satisfação com as atividades sociais ($r = -,72$; $p < ,01$) e a Escala total ($r = -,67$; $p < ,01$). Assim, os resultados sugerem que quanto mais efeitos negativos são sentidos ao nível da família, menor é a satisfação que os participantes sentem com a intimidade, com a participação em atividades sociais e com o suporte social em geral.

Por último, também se podem observar resultados estatisticamente significativos negativos, de magnitude moderada, entre os efeitos na Saúde e a Satisfação com as amizades ($r = -,48$; $p < ,05$), o que poderá significar que a efeitos mais negativos ao nível da Saúde dos participantes, corresponde uma menor Satisfação com as amizades.

5.8. Necessidade de suporte dos familiares de jovens que realizaram comportamentos suicidários ou autolesivos: serviços de saúde, profissionais de saúde, informacional e contato com profissionais de saúde

Após a ocorrência de comportamentos suicidários e autolesivos por parte dos jovens, os respectivos familiares podem recorrer a várias fontes de informação para lidarem com esta experiência. No presente estudo foram analisados os tipos de recursos que estes familiares utilizaram, nomeadamente ao nível dos serviços e profissionais de saúde, a nível informacional e a perceção que estes têm da qualidade dos diferentes recursos.

Os resultados do recurso dos participantes no que diz respeito aos serviços de saúde são apresentados na Tabela 14.

Tabela 14

Recurso a instituições públicas e privadas dos familiares perante os comportamentos suicidários ou autolesivos dos jovens/jovens-adultos

	Sim	Não	1 a 2	3 N (%)	4 a 5	M (DP)	Amplitude Mín. – Máx.
1. Hospital público	16 (88,9)	2 (11,1)	1 (5,6)	4 (22,2)	11 (61,1)	2,62 0,62	1 – 3
2. Hospital privado	2 (11,1)	16 (88,9)	-	-	2 (11,1)	3,00 0,00	3 – 3
3. Centro de Saúde/Unidade Saúde familiar	9 (50)	9 (50)	4 (22,2)	1 (5,6)	4 (22,2)	2,00 1,00	1 – 3
4. Serviço de emergência (INEM/112)	3 (16,7)	15 (83,3)	-	-	4 (22,2)	3,00 0,00	3 – 3
5. Serviços de urgência públicos	11 (61,1)	7 (38,9)	-	2 (11,1)	8 (44,4)	2,80 0,42	2 – 3
6. Serviços de urgência privados	1 (5,6)	17 (94,4)	1 (5,6)	-	1 (5,6)	2,00 1,41	1 – 3
7. Serviços de saúde mental públicos	8 (44,4)	10 (55,6)	-	-	7 (38,9)	3,00 0,00	3 – 3
8. Serviços de saúde mental privados	5 (27,8)	13 (72,2)	-	-	5 (27,8)	3,00 0,00	3 – 3

Nota. N = 18; Escala de Likert = 1 = Nada útil; 2 = Pouco útil; 3 = Algo útil; 4 = Útil; 5 = Muito útil; % = percentagem; M = média; DP = Desvio padrão; Min. = mínimo; Máx. = máximo;

No caso específico dos serviços de saúde (Tabela 14), a maioria dos participantes, mais especificamente, 88,9% da amostra recorreu ao hospital público, e classificou a sua utilidade como elevada para si (61%). Também com maior frequência, os participantes recorreram aos serviços de urgência pública (61,1%) onde os participantes revelam que a prestação de serviços foi bem-sucedida (44%). Por outro lado, no caso dos serviços privados, os hospitais (11,1%) e a recorrência aos serviços de urgência não demonstrou tanta afluência por parte dos participantes (94,4%). No caso do centro de saúde/unidade de saúde familiar, a população divide-se num valor percentual de 50%, sendo que, ao nível da sua utilidade existe igualmente uma divisão em que para 4 dos participantes os serviços não se revelaram úteis, no entanto, para a outra metade da população os serviços foram uma mais-valia após as tentativas de suicídio ou comportamentos autolesivos dos seus familiares (22%). Por último, a maioria dos participantes não recorreu aos serviços de emergência como é o caso de INEM/112 (83,3%), bem como aos serviços de saúde mental públicos (55,6%) ou privados (72,2%). No entanto, a parte reduzida da amostra que frequentou os serviços de saúde refere que estes foram úteis como auxílio para lidar com o acontecimento.

Seguem-se os resultados significativos obtidos no recurso a instituições de saúde perante os comportamentos suicidários ou autolesivos dos jovens dos participantes do estudo em função de dois grupos: pais e restantes familiares.

Tabela 15

Recurso a instituições públicas e/ou privadas dos familiares perante os comportamentos suicidários ou autolesivos dos jovens em função do grau de parentesco: pais e restantes familiares

	Pais N=11		Restantes familiares N=7		r de cohen	U	p
	M	DP	M	DP			
1. Hospital público	4,36	,80	3,00	1,22	-,55	9,00	,028
2. Hospital privado	4,50	,71	-	-	-	-	-
3. Centro de Saúde/Unidade Saúde familiar	3,80	1,095	1,75	0,96	-,71	1,50	,033
4. Serviço de emergência (INEM/112)	5,00	,00	-	-	-	-	-
5. Serviços de urgência públicos	4,25	,71	3,50	0,71	-,40	3,50	,202
6. Serviços de urgência privados	4,00	-	1,00	-	-,70	,00	,317
7. Serviços de saúde mental públicos	4,71	,49	-	-	-	-	-
8. Serviços de saúde mental privados	4,50	,71	4,67	0,58	-,15	2,50	,739

Nota. M = Média; DP = Desvio padrão; U = Valor do teste Mann Whitney; Os valores a negrito representam a diferença estatisticamente observada

A análise à Tabela 15 relata a afluência na procura por serviços de instituições públicas ou privadas em função de ser pai/mãe ou outro familiar. Os dados indicam a existência de diferenças significativas entre os dois grupos em estudo, no recurso específico ao Hospital público ($U= 9,000$; $gI=1$; $p=,028$) e Centro de Saúde ($U= 1,500$; $gI=1$; $p=,033$). Deste modo, os resultados obtidos sugerem que são os pais dos jovens que tentaram suicídio ou cometeram comportamentos autolesivos quem procurou mais frequentemente estas instituições de saúde públicas.

Para além de se analisar o recurso dos familiares a instituições de saúde, explorou-se também o recurso a diferentes profissionais de saúde para obter informação, ajuda ou suporte após os comportamentos suicidários ou autolesivos por parte dos jovens ou jovens-adultos. Os resultados obtidos são apresentados na Tabela 16.

Tabela 16

Recurso a profissionais de saúde por parte dos familiares perante os comportamentos suicidários ou autolesivos dos jovens

	Sim	Não	1 a 2	3	4 a 5	M (DP)	Amplitude Mín.–Máx.
1. Psicólogo em serviço público	14 (77,8%)	4 (22,2%)	6 (33,3)	0	8 (44,4)	2,14 1,03	1 – 3
2. Psicólogo em serviço privado	6 (33,3%)	12 (66,7%)	1 (5,6)	0	5 (27,8)	2,67 0,81	1 – 3
3. Psiquiatra em serviço público	6 (33,3%)	12 (66,7%)	1 (5,6)	0	6 (33,3)	2,71 0,75	1 – 3
4. Psiquiatra em serviço privado	6 (33,3%)	12 (66,7%)	0	0	5 (27,8)	3,00 0,00	3 – 3
5. Médico de medicina geral e familiar de serviço público	7 (38,9%)	11 (61,1%)	1 (5,6)	2 (11,1)	5 (27,8)	2,50 0,75	1 – 3
6. Médico de medicina geral e familiar em serviço privado	0	18 (100%)	-	-	-	-	-
7. Enfermeiro em serviço público	9 (50%)	9 (50%)	1 (5,6)	2 (11,1)	6 (33,3)	2,55 0,73	1 – 3
8. Enfermeiro em serviço privado	0	18 (100%)	-	-	-	-	-

Nota. N = 18, Escala de Likert = 1 = Nada útil; 2 = Pouco útil; 3 = Algo útil; 4 = Útil; 5 = Muito útil; % = percentagem;

M = média; DP = Desvio padrão; Mín. = mínimo; Máx. = máximo; - = valores não obtidos

Ao analisar os dados da Tabela 16, os familiares recorreram maioritariamente a psicólogos em serviço público (77,8%), revelando-se um suporte importante para lidar/enfrentar o acontecimento (44%). Por outro lado, com menor frequência, os familiares procuraram psicólogos em serviço privado (33,3%), no entanto a percentagem que recorreu denota grande utilidade dos serviços (28%).

No caso particular dos profissionais de saúde mental, a grande maioria dos pais, tios, primos, avós e irmãs não recorreu a psiquiatras em serviço público (66,7%) ou privado (66,7%), ainda assim, a percentagem reduzida que usufruiu dos serviços descreve-os como importantes como auxílio para enfrentar as tentativas de suicídio ou comportamentos autolesivos.

A amostra total de familiares não procurou o auxílio de médicos de medicina geral e familiar de serviço privado e apenas 39% encontrou apoio em médicos no serviço público. Metade dos participantes da amostra total (50%) encontrou apoio nos serviços de enfermeiros do serviço público e nenhum participante recorreu a esta categoria de profissionais no serviço privado. Ainda que em menor percentagem, os serviços prestados por os profissionais a estes familiares revelaram-se importantes para lidar com o acontecimento.

A Tabela 17 é referente aos resultados significativos obtidos na análise do recurso a profissionais de saúde por parte dos familiares perante os comportamentos suicidários ou autolesivos dos jovens/jovens-adultos em função de dois grupos, respetivamente pais e restantes familiares.

Tabela 17

Recurso a profissionais de saúde por parte dos familiares perante os comportamentos suicidários ou autolesivos dos familiares em função do grau de parentesco: pais e restantes familiares

	Pais N=11		Restantes familiares N=7		r de cohen	U	p
	M	DP	M	DP			
1. Psicólogo público	4,00	1,6	1,00	,00	-,66	4,00	,014
2. Psicólogo privado	4,00	,00	3,67	1,52	,00	4,50	1,00
3. Psiquiatra público	4,60	,55	3,00	2,82	-,24	3,50	,517
4. Psiquiatra privado	4,33	,58	5,00	0,00	-,57	1,00	,182
5. Médico de medicina geral e familiar em serviço público	4,25	,50	3,00	1,63	-,48	3,50	,178
6. Enfermeiro de serviço público	4,67	,516	2,67	,577	-,81	,00	,014

Nota. M = Média; DP = Desvio padrão; U = Valor do teste Mann Whitney; Os valores a negrito representam a diferença estatisticamente observada

Ao analisar a Tabela 17 observamos a existência de diferenças estatisticamente significativas na procura de ajuda ou suporte a profissionais de saúde de serviço público ou privado em função de ser pai/mãe ou outro familiar. Estas diferenças ocorrem particularmente no caso de Psicólogos ($U= 4,00$; $gI= 1$; $p= ,014$) e Enfermeiros ($U= ,00$; $gI= 1$; $p= ,014$) em serviço público. Os resultados obtidos sugerem, de modo significativo, que são os pais dos jovens que tentaram suicídio ou cometeram comportamentos autolesivos quem procurou mais frequentemente apoio especializado em instituições de saúde públicas, nomeadamente serviços de psicologia e enfermagem.

Procedeu-se também à análise do recurso informacional a que os familiares recorreram relativamente aos comportamentos suicidários ou autolesivos dos jovens. Os resultados obtidos apresentam-se na Tabela 18.

Tabela 18

Recurso informacional dos familiares perante os comportamentos suicidários ou autolesivos dos jovens

	Sim	Não	1 a 2	3 N (%)	4 a 5	M (DP)	Amplitude Mín.–Máx.
1. Internet	9 (50%)	9 (50%)	1 (5,6)	4 (22,2)	4 (22,2)	2,33 0,71	1 – 3
2. Livros	9 (50%)	9 (50%)		2 (11,1)	4 (22,2)	2,67 0,52	2 – 3
3. Panfletos	2 (11,1%)	16 (88,9%)		1 (5,6)	1 (5,6)	2,50 0,71	2 – 3
4. Linhas telefónicas	0	18 (100%)		-	-	-	-

Nota. N = 18; Escala de Likert = 1 = Nada útil; 2 = Pouco útil; 3 = Algo útil; 4 = Útil; 5 = Muito útil; % = percentagem; M = média; DP = Desvio padrão; Mín. = mínimo; Máx. = máximo

Com os resultados alcançados na Tabela 18, verificou-se que 50% da amostra utilizou a Internet, que se revelou importante para a aquisição de informação (22%). A maioria dos participantes não procurou bibliografia relacionada com o tema (66,7%) ou

panfletos (88,9%) como instrumento de apoio informacional acerca das tentativas de suicídio ou comportamentos autolesivos. Por último, na sua totalidade, os pais, tios, primos, avós e irmãs não utilizaram os meios telefónicos para apoio imediato ou posterior ao acontecimento ou obtenção de informação.

A qualidade da relação no que diz respeito ao contacto com profissionais de saúde após a tentativa de suicídio e comportamento autolesivo do jovem também foi estudada e os resultados encontram-se na Tabela 19.

Tabela 19

Utilidade do contacto dos participantes com os profissionais de saúde perante os comportamentos suicidários ou autolesivos dos familiares

	1 a 2	3 N (%)	4 a 5	M (DP)	Amplitude Mín. – Máx.
1. Os profissionais deram informação útil	3 (16,7)	2 (11,1)	13 (72,2)	2,55 0,78	1 – 3
2. Os profissionais deram informação suficiente	3 (16,7)	1 (5,6)	14 (77,8)	2,61 0,18	1 – 3
3. Fiquei satisfeito com o atendimento ao meu familiar	1 (5,6)	4 (22,2)	13 (72,2)	2,66 0,59	1 – 3
4. Senti-me apoiado	1 (5,6)	4 (22,2)	13 (72,2)	2,66 0,59	1 – 3
5. Senti-me incluído no tratamento	3 (16,7)	7 (38,9)	8 (44,4)	2,27 0,75	1 – 3

Nota. N = 18; Escala de Likert = 1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo; 3 = Concordo algo; 4 = Concordo; 5 = Concordo totalmente; % = percentagem; M = média; DP = Desvio padrão; Mín. = mínimo; Máx. = máximo

Os valores percentuais que se seguem (Tabela 19) dizem respeito à interação entre os participantes do estudo e os profissionais de saúde no âmbito da tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo do jovem. Assim, 72,2% dos participantes concorda que os profissionais de saúde com os quais contactou deram-lhe informação útil sobre os comportamentos suicidários ou autolesivos e cerca de 78% concorda que essa informação se revelou suficiente. Grande parte da amostra ficou satisfeita com o apoio que os

profissionais de saúde com os quais contactou forneceram ao seu familiar (72,2%) e o mesmo número de participantes sentiu-se apoiado pelos profissionais de saúde em questão (72,2%). Por fim, 44,4% dos familiares destes jovens sentiram-se incluídos no tratamento do seu familiar.

5.9- Níveis de satisfação com o suporte social percecionados pelos familiares

5.9.1. Caracterização da amostra de familiares de jovens que tentaram o suicídio ou cometeram um comportamento autolesivo em termos da satisfação com o suporte social

Nesta seção serão apresentados os resultados relativos os níveis de satisfação com o suporte social percecionados pelos familiares participantes. A análise descritiva dos resultados alcançados nas dimensões e do valor total da ESSS encontram-se na Tabela 20.

Tabela 20

Análise descritiva da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Escala ESSS			Amplitude
	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mín. – Máx.
SA	12,77	3,57	6 – 18
SI	12,77	3,57	6 – 18
SF	11,61	2,06	7 – 15
SAS	7,61	2,78	3 – 12
ESSS	49,72	8,34	36 – 68

Nota. *N* = 18; ESSS = Escala de satisfação com o suporte social; SA = satisfação com as amigas; SI = satisfação com a intimidade; SF = satisfação com a família; SAS = satisfação com as atividades sociais; *M* = Média; *DP* = Desvio padrão; % = percentagem; Mín. = mínimo; Máx. = máximo

De acordo com os resultados alcançados, podemos observar que o resultado global da escala, experienciado pelos familiares de jovens com comportamentos suicidários apresenta uma média de 49,7 (*DP*= 8,3). Por sua vez, a subescala Satisfação com as

amizades, apresenta uma média de 12,7 ($DP=3,57$), a Satisfação com a intimidade uma média de 12,7 ($DP=3,8$), a Satisfação com a família, uma média de 11,6 ($DP= 2,06$) e, por último, a Satisfação com as atividades sociais, uma média de 7,61 ($DP= 2,78$). Ao analisar os resultados, pode afirmar-se que a amostra apresenta um nível médio de satisfação com o suporte social (49,72%), comparando com os resultados de referência da escala em que o valor médio está entre 26 e 50 pontos (Pais-ribeiro, 2011). Conclui-se ainda que os maiores níveis de satisfação com o suporte social experienciados pela amostra são nas dimensões Satisfação com as amizades e Satisfação com a intimidade.

Os resultados que se seguem dizem respeito à perceção da satisfação com o suporte social pelos familiares de jovens que tentaram o suicídio ou cometeram comportamentos autolesivos em função das seguintes condições: (a) coabitar ou não com pai/mãe do filho que efetuou tentativa de suicídio ou comportamentos autolesivos e (b) ser a primeira vez ou não que o jovem/jovem-adulto cometeu a tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo.

Em seguida foi-se verificar se existiam diferenças na perceção de satisfação com o suporte social, em função do familiar coabitar ou não com o pai/mãe do jovem que tentou suicídio ou cometeu comportamentos autolesivos (Tabela 21).

Tabela 21

Satisfação dos familiares com o suporte social em função deste coabitar ou não com o pai/mãe dos jovens/jovens-adultos que tentaram suicídio ou cometeram comportamentos autolesivos

Componentes	Sim N=7		Não N=6		r de cohen	U	p
	M	DP	M	DP			
SA	11,0	3,6	13,8	2,2	-,50	8,50	,069
SI	11,0	3,6	13,8	2,2	-,50	8,50	,069
SF	10,7	1,8	12,3	1,8	-,35	12,50	,208
SAS	6,29	2,8	9,17	2,5	-,51	8,00	,061
ESSS	44,2	6,9	54,0	6,5	-,61	5,50	,026

Nota. N=13; ESSS = Escala de satisfação com o suporte social; SA = satisfação com as amigas; SI = satisfação com a intimidade; SF = satisfação com a família; SAS = satisfação com as atividades sociais; M = Média; DP = Desvio padrão; U = Valor do teste Mann Whitney; Os valores a negrito representam a diferença estatisticamente observada

Ao analisar os resultados da Tabela 21, verificou-se que existem diferenças significativas na satisfação com o suporte social total ($U=5,50$; $g=1$; $p=,026$) entre os familiares que coabitam e que não-coabitam com o pai/mãe dos jovens com comportamentos suicidários ou autolesivos. Os resultados sugerem que os familiares que não-coabitam com o pai e/ou mãe do jovem/jovem-adulto que tentou suicídio ou comportamento autolesivo estão mais satisfeitos com o suporte social em comparação com a restante amostra que coabita. A mesma tendência de resultados verifica-se em todas as dimensões do suporte social, embora as diferenças entre os grupos não sejam estatisticamente significativas.

De seguida, explorou-se se existiam diferenças significativas na percepção de satisfação com o suporte social pelos familiares, em função de o jovem ter cometido pela primeira vez ou não comportamentos suicidários ou autolesivos (Tabela 22).

Tabela 22

Satisfação dos familiares com o suporte social em função do jovem/jovem-adulto ter cometido pela primeira vez ou não comportamentos suicidários ou autolesivos

Componentes	Sim N=12		Não N=6		r de cohen	U	p
	M	DP	M	DP			
SA	14,0	2,76	10,3	3,98	-,51	13,00	,030
SI	14,0	2,76	10,3	3,98	-,51	13,00	,030
SF	11,6	2,34	11,6	1,37	-,01	35,50	,962
SAS	7,7	3,02	7,3	2,50	-,07	33,00	,777
ESSS	51,2	9,05	46,6	6,28	-,22	26,00	,348

Nota. N=18; ESSS = Escala de satisfação com o suporte social; SA = satisfação com as amizades; SI = satisfação com a intimidade; SF = satisfação com a família; SAS = satisfação com as atividades sociais; M = Média; DP = Desvio padrão; U = Valor do teste Mann Whitney; Os valores a negrito representam a diferença estatisticamente observada

Na análise dos resultados obtidos, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nomeadamente na Satisfação com as amizades ($U=13,00$; $g=1$; $p=,030$) e na Satisfação com a intimidade ($U=13,00$; $g=1$; $p=,030$). Em ambas as situações, são os familiares dos indivíduos que realizaram os comportamentos suicidários ou autolesivos pela primeira vez que obtiveram valores médios mais elevados do que os restantes familiares.

5.10. Relação entre a satisfação com o suporte social (ESSS) e a Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS)

Com o principal objetivo de quantificar a intensidade e a direção da associação existente entre as escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse e a Satisfação com o suporte social (e.g., Satisfação com as amizades, intimidade, família e as atividades sociais), utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman.

Tabela 23

Análise da relação entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social e a Ansiedade, Depressão e Stresse

ESSS	EADS		
	Ansiedade	Depressão	Stresse
<i>SA</i>	-0,00	-0,13	-0,10
<i>SI</i>	-0,00	-0,13	-0,10
<i>SF</i>	-0,58*	-0,13	-0,27
<i>SAS</i>	-0,59*	-0,29	-0,40
Escala Geral	-0,51**	-0,30	-0,49*

Nota. N= 18; ESSS= Escala de satisfação com o suporte social; SA = satisfação com as amigas; SI = satisfação com a intimidade; SF= satisfação com a família; SAS = satisfação com as atividades sociais; EADS = escala de ansiedade, depressão e stresse; Assinalam-se a negrito os valores estatisticamente significativos; r = Coeficientes de correlação de Spearman.

* $p < ,05$; ** $p < ,01$

Foram encontradas associações negativas e de magnitude moderada entre a Satisfação com a família e a Ansiedade ($r = -,58$; $p < ,05$), o que significa que quanto maior a satisfação com a família, menor os sentimentos de ansiedade sentidos por estes familiares. Os resultados sugerem também a existência de relações estatisticamente significativas negativas de magnitude moderada entre a Satisfação com as atividades sociais e a Ansiedade ($r = -,59$; $p < ,05$), sugerindo que quanto mais satisfeitos estão com as suas atividades sociais, menores os níveis de ansiedade sentida pelos familiares. Por último, também se podem observar resultados estatisticamente significativos negativos, de magnitude moderada, entre a Satisfação com o suporte social e a sintomatologia de Ansiedade ($r = -,59$; $p < ,01$) e Stresse ($r = -,49$; $p < ,05$), o que indica que a uma maior satisfação com o suporte social por parte dos familiares, corresponderá a uma menor tendência para sentimentos de ansiedade e stresse.

6. Discussão

Neste capítulo são discutidos os principais resultados obtidos na presente investigação, tendo por base os estudos apresentados no enquadramento teórico. A discussão dos resultados organizar-se-á pela mesma ordem dos objetivos de investigação apresentados inicialmente.

O presente estudo teve como principal objetivo compreender o impacto das tentativas de suicídio ou comportamentos autolesivos de jovens e jovens-adultos nos seus familiares e o papel da satisfação com o suporte social na vida dos mesmos. Verificaram-se as consequências e efeitos em várias dimensões da vida (e.g., vida geral, familiar, vida social, laboral, saúde) dos familiares. Bem como, a sintomatologia ansiosa, depressiva e níveis de stresse na vida dos mesmos, aquando das tentativas de suicídio ou comportamentos autolesivos dos jovens familiares. Também a forma de procurar ajuda e suporte para lidar com a tentativa de suicídio e os comportamentos autolesivos dos jovens foi estudada.

Numa primeira análise, tendo em conta a influência das características dos comportamentos suicidários ou autolesivos para a vida dos participantes do estudo, pôde verificar-se que estes são mais frequentes no sexo feminino, em indivíduos solteiros, a frequentar o 12º ano, sendo por isso estudantes, o que vai ao encontro dos dados da DGS (2013), que confirma que estes comportamentos são mais frequentes nas raparigas entre os 12 e 15 anos de idade. Os estudos de Ferrey e colaboradores (2016), também confirmam estes dados, uma vez que dos 37 pais que faziam parte da sua amostra, 29 dos jovens com comportamentos autolesivos eram do sexo feminino e mais de dois terços tinham uma idade inferior a 16 anos no momento em que efetuaram o seu primeiro episódio.

Também se pôde observar, a partir do estudo original, que o método mais recorrente para as tentativas de suicídio é a intoxicação medicamentosa, como se pode também confirmar a partir dos dados da DGS (2013). Também Ferrey e colaboradores (2016) referem no seu estudo que mais de metade dos jovens usaram como método a intoxicação medicamentosa chegando, por vezes, à *overdose*.

Por outro lado, a partir da informação retirada da amostra pôde constatar-se que as tentativas de suicídio ou comportamentos autolesivos são mais frequentes em indivíduos sem diagnóstico psicopatológico. No entanto, estes dados não correspondem aos registos oficiais da DGS (2013), em que as perturbações de ansiedade em comorbilidade com a perturbação depressiva têm sido sinalizadas como aumentando o risco de comportamentos suicidários ou autolesivos.

Relativamente à análise da história dos antecedentes familiares, a maioria dos jovens com comportamentos suicidários ou autolesivos não tem antecedentes familiares suicidários ou autolesivos na família, nem história de tentativas de suicídio, comportamentos autolesivos, nem de suicídio consumado. Também no estudo de Maris e colaboradores (2000) verificaram que apenas 4,9 % dos doentes psiquiátricos apresentavam registos de suicídios em familiares de primeiro grau. Similarmente os autores Morgan e colaboradores (2013) confirmam que nos seus estudos cerca de metade dos pais nunca tiveram uma perturbação mental em qualquer momento das suas vidas. Também os estudos de Ferrey e colaboradores (2016) revelaram que dos 37 participantes apenas dois pais relataram ter comportamentos autolesivos no passado.

Ao efetuar uma primeira análise dos efeitos das tentativas de suicídio ou comportamentos autolesivos na amostra global de familiares, os dados sugerem efeitos moderados nas diferentes dimensões da sua vida. Os participantes referiram que não existiram alterações ao nível da vida em geral, ao que a maioria dos familiares refere que

estes comportamentos não afetaram a vida em geral, quotidiana ou mesmo as relações no modo geral. Também não referiram muitos efeitos negativos na família, o que significaria que não existiram alterações na vida familiar, com os parceiros ou mesmo na vida de casal, filhos(as), com os familiares mais próximos ou colocou em causa a sua situação financeira familiar. Estes resultados parecem assim contrariar a literatura internacional sobre o tema, que aponta para efeitos negativos para os familiares dos jovens com este tipo de comportamentos (Weissenberg, 2006)

Deste modo, posteriormente foram comparados os diferentes efeitos (na vida em geral, social, na família, no trabalho e na saúde) das tentativas de suicídio ou comportamentos autolesivos dos jovens, em função do grau de parentesco, i.e, serem pais ou outros familiares. Com esta análise pôde observar-se que os pais apresentam mais efeitos destes comportamentos em todas as dimensões da sua vida, comparativamente aos restantes familiares, sendo essa diferença significativa ao nível dos efeitos positivos. Também nos estudos de Asare-Doku, Osafo e Akotia, (2017), em que diferentes pais relataram que não contaram o acontecimento a mais ninguém sem ser à família e que estes eram os únicos que estavam lá para os apoiar na situação, a família foi vista como fonte de maior apoio em comparação com qualquer outro tipo de relação não-familiar.

No caso dos familiares que coabitam com estes jovens, os efeitos são mais visíveis ao nível da vida em geral, assim como ao nível da família e na saúde. Estes dados podem ser justificados pela teoria de que as tentativas de suicídio e os comportamentos autolesivos podem ser desencadeados por variáveis individuais, mas também relacionais. Assim, a dinâmica familiar revela que o que acontece com um membro da família tem impacto em todo o seio familiar (Bowen, 1978).

Ao analisar os efeitos das tentativas de suicídio ou comportamentos autolesivos, dos jovens ou jovens-adultos, nos participantes que coabitam com os pais desses jovens,

verificou-se que estas pessoas sentiam efeitos mais negativos ao nível da vida em geral e na família, em comparação com quem não coabita com estes jovens. Tal como confirmam Hughes e colaboradores (2015) que após o acontecimento surgem dificuldades nas relações pessoais e com os membros da família.

Por fim, também observámos que existem mais efeitos ao nível da saúde dos familiares que coabitam com jovens que tentaram suicídio ou tiveram comportamentos autolesivos e que já receberam acompanhamento psicológico. Estes resultados vão ao encontro dos estudos de Ferrey e colaboradores (2016), uma vez que o stresse sentido para lidar com os problemas dos filhos causaram sintomas físicos em alguns pais, como mal-estar corporal, perda de peso, ataques de pânico, dores no peito e cansaço físico. Consequentemente as suas rotinas de sono foram alteradas, devido à ansiedade e necessidade de vigília de todos os movimentos dos jovens (Ferrey et al., 2016).

Relativamente às diferenças ao nível dos efeitos entre os participantes com formação académica de nível inferior e formação superior, pode constatar-se efeitos mais negativos na sua vida em geral e mais efeitos considerados positivos na família, no grupo de indivíduos com formação superior. Estes resultados devem-se provavelmente a uma perceção diferente dos efeitos nestes dois grupos de indivíduos. Provavelmente os indivíduos com formação superior terão responsabilidades diferentes no quotidiano e terão sofrido um impacto mais negativo na vida em geral das tentativas de suicídio ou comportamentos autolesivos. No mesmo sentido, o seu grau de diferenciação permitirá reavaliar esta experiência e atribuir-lhe efeitos também positivos para a família.

Ao analisar os níveis de ansiedade, depressão e stresse percebeu-se que a amostra experienciou maiores níveis de sintomatologia de stresse e depressão em comparação com a sintomatologia de ansiedade. Estes resultados vão ao encontro dos estudos de McDonald e colaboradores (2007) em que os efeitos de sentimentos de culpabilidade e

vergonha prejudicaram gravemente a saúde dos participantes, nomeadamente das mães, tornando-as stressadas, sobrecarregadas, híper-vigilantes e excessivamente responsáveis pelas reações da sua família. Também no estudo de McAllister (2011) se verificou um aumento do stress e dos sentimentos de culpa após as tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos dos jovens. Nos estudos de Buus e colaboradores (2014), os pais acabavam por agir sob o mesmo nível de pressão psicológica que os seus filhos pensando mesmo, eles próprios, em cometer suicídio, devido à pressão sentida de forma prolongada. Nos estudos de Asare-Doku (2017) também podemos verificar que a sintomatologia stressante é vivenciada pelos familiares destes jovens, utilizando como mecanismo de defesa a religião e o apoio social. O mesmo autor (Asare-Doku, 2017) refere que a desregulação ao nível das emoções, por parte dos progenitores, tende a causar um sentimento de ineficácia para dar apoio aos seus filhos com tentativas de suicídio ou comportamentos autolesivos. Por fim, Ferrey e colaboradores (2016) também verificaram que os irmãos dos jovens que tentaram suicídio ou comportamentos autolesivos apresentam sintomatologia stressante, resultante do estigma que sentem em contexto escolar.

Verificou-se também que os participantes que coabitam com o pai/mãe do jovem que tentou o suicídio ou comportamento autolesivo percecionam mais sintomas depressivos do que aqueles que não coabitam. Estes resultados verificam-se em estudos semelhantes como Ferrey e colaboradores (2016), em que os comportamentos tendem a agravar o quadro de depressão se já existir sintomatologia, exacerbando os sentimentos de angústia, insegurança, desamparo e medo da repetição do comportamento. Os pais culpam-se por não reconhecer e/ou impedir tais comportamentos (Byrne et al., 2008), o que se pode estender aos familiares que vivem diariamente com os mesmos.

De forma a correlacionar os efeitos dos comportamentos suicidários ou autolesivos na sintomatologia de ansiedade, depressão e stresse, verificou-se que os elevados efeitos negativos na saúde dos familiares, estão associados aos elevados níveis de ansiedade vivenciados pelos mesmos. Estes resultados são equivalentes aos estudos de Wagner e colaboradores (2000), em que se pôde verificar que as tentativas de suicídio provocavam nas mães sentimentos de tristeza, carinho e ansiedade. Deste modo, os sentimentos vivenciados por as mães, vão ao encontro aos modelos descritos anteriormente respetivamente, o modelo de fixação de Bowlby (1980) e a teoria da coerção familiar de Patterson (1982). Ou seja, no modelo de fixação, os comportamentos suicidários ou autolesivos eram esperados com o principal objetivo de suscitar nos pais um variado leque de emoções, nomeadamente, irritação, ansiedade e sentimentos positivos, como foi possível verificar no presente estudo. No caso do modelo de coerção familiar os resultados apresentados demonstram que, a tentativa de suicídio parece ter a mesma função no seio familiar, tal como outros comportamentos angustiantes (Patterson, 1982). Os autores Morgan e colaboradores (2013) verificaram nos seus estudos que a saúde mental dos pais é prejudicada quando os jovens se encontram em situações difíceis de lidar. Também nos estudos de Ferrey e colaboradores (2016), os pais descrevem sintomatologia stressante, ansiosa e depressiva em níveis consideráveis causados pelo comportamento dos seus filhos. Os avós poderiam igualmente enfrentar problemas de saúde agravados por reações emocionais vivenciadas após descobrirem a tentativa do neto (Ferrey et al., 2016).

Posteriormente foi analisada a relação entre a satisfação com o suporte social e os efeitos dos comportamentos suicidários e autolesivos na vida dos participantes. Deste modo, podemos verificar que quanto mais afetada a vida em geral dos participantes, menor é a satisfação com o suporte social, ou seja, pode supor-se que os indivíduos com

mais suporte social e maior satisfação com o mesmo provavelmente sentem-se mais apoiados e percebem menos efeitos negativos deste tipo de experiência. Os estudos de Miller, Esposito-Smythers e Leichtweis (2015) confirmam que a importância do apoio social é consistente em várias teorias do comportamento suicida. Sabe-se que quanto mais satisfação com o suporte social, menos serão os efeitos negativos da sintomatologia stressante (Glanz et al., 1997) nos familiares e menos consequências negativas na vida em geral. A percepção que o indivíduo tem desse apoio pode ser tão importante quanto o suporte real recebido.

Também foi possível observar que os familiares quanto mais efeitos negativos consideram ter existido na família, menos satisfeitos estão com a intimidade, com as atividades sociais e, conseqüentemente, com a satisfação com o suporte social total. Também foi observável que existe igualmente uma relação negativa entre os efeitos negativos na saúde e a satisfação com as amizades. Estes resultados corroboram com o estudo de Ferrey e colaboradores (2016) que demonstra que as tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos podem levar a dificuldades de relacionamento com o parceiro, irmãos, família alargada e amigos. Ainda os mesmos autores, verificaram que o evitamento social, por parte dos familiares, pode levar à perda temporária ou permanente de relações de amizade.

Assim, ao analisar detalhadamente os resultados obtidos verificou-se que são elevados os efeitos que as tentativas de suicídio e os comportamentos autolesivos podem ter nos familiares. Confirma-se por isso, que o bem-estar dos pais está fortemente relacionado com o dos filhos (Morgan et al., 2013). São os pais, especificamente, quem sofre maior impacto e as suas necessidades são sentidas maioritariamente na vida em geral, na família e na saúde. Confirma-se que a relação pais-filho fica significativamente afetada, bem como a comunicação familiar (Byrne et al., 2008). No entanto, também são

os progenitores quem, mais comumente conseguem ter pensamentos e agir de forma positiva sobre o assunto, lutando sempre pelo bem-estar dos seus familiares (Hughes et al., 2015). Os restantes familiares acabam por repetir o comportamento protetor dos pais (Buus et al., 2014). De forma detalhada percebeu-se que coabitar com o jovem ou com os pais do jovem com comportamentos suicidários ou autolesivos tem grande impacto na vida dos participantes. Mais uma vez, os maiores efeitos são ao nível da vida em geral, da família e da saúde. Os efeitos ao nível da família são confirmados nos estudos de Buus e colaboradores (2014) e Hughes e colaboradores (2015), em que este tipo de comportamentos ameaçavam a relação de casal levando, em alguns casos, a divórcios. Os efeitos ao nível da saúde são notórios, através do aumento da sintomatologia de stresse e ansiedade e da fraca qualidade de sono, nomeadamente para conseguir lidar com a tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo (Ferrey et al., 2016).

No estudo dos recursos utilizados por parte dos participantes, os resultados obtidos demonstram, de modo significativo, que são os pais dos jovens que tentaram suicídio ou cometeram comportamentos autolesivos quem procurou mais frequentemente apoio especializado em instituições de saúde públicas, nomeadamente serviços de psicologia e enfermagem. Estes resultados podem ser explicados por serem os pais que detêm a principal função e responsabilidade de cuidar dos seus filhos e, naturalmente, de recorrerem aos serviços que consideram mais adequados para os ajudar.

Com os resultados obtidos, concluiu-se que a *Internet* foi o instrumento mais usado para a aquisição de informação. Tal como no estudo de Hughes e colaboradores (2015) em que o primeiro passo para pesquisar acerca das tentativas de suicídio e comportamento autolesivos dos familiares foi a *Internet*, sendo que alguns pretendiam encontrar na sua pesquisa informação fiável ou *sites* onde indivíduos compartilhassem as suas experiências com os jovens familiares.

Nos estudos de Trinco e colaboradores (2017), os pais têm necessidades de conhecimento e informações concretas sobre como lidar com o filho após o acontecimento. No presente estudo, os participantes referem que os profissionais de saúde com os quais contactaram forneceram-lhes informação útil sobre os comportamentos suicidários ou autolesivos e concordam que essa informação se revelou suficiente. A clara informação que é transmitida aos pais revela-se um grande auxílio na sua capacidade para resolver os problemas e o stresse (Trinco et al., 2017). Por outro lado, os estudos de Lindgre e colaboradores (2010) referem que os familiares divulgaram a necessidade de um maior conhecimento sobre o que procurar e o que esperar do atendimento dos seus familiares com tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos, sendo que, muitas vezes se sentiu desamparado nas suas experiências.

Grande parte da amostra ficou satisfeita com o apoio que os profissionais de saúde forneceram ao seu familiar e os mesmos sentiram-se igualmente apoiados. O que vai ao encontro dos estudos de Byrne e colaboradores (2008) que referem que os familiares necessitam bastante de apoio e este revela-se essencial para lidar com o acontecimento. Por outro lado, nos estudos de Lindgre e colaboradores (2010), os pais sentiam-se postos de lado por os profissionais de saúde que se centravam maioritariamente nos jovens que tentaram suicídio ou cometeram um comportamento autolesivo, sendo que estes também necessitavam de apoio. Também o estudo de Daly (2013) revela que, em alguns casos, os profissionais de saúde mental tendem a subestimar a magnitude e complexidade do stresse emocional vivido pelas mães. Por fim, também no estudo de Trinco e colaboradores (2017) se verificou que os profissionais de saúde tendem a dar mais importância aos cuidados de suporte vital, deixando de lado o atendimento familiar, o que gera ansiedade nos familiares. Os resultados do presente estudo sustentam, portanto, a ideia da importância dos enfermeiros e profissionais de saúde na família para auxiliar os pais nos

sentimentos vivenciados, fornecendo-lhes informações precisas sobre os fatores desencadeadores da experiência, o que também é verificável nos estudos de McDonald, O'Brien e Jackson (2007) e de Trinco e colaboradores (2017).

Por fim, apenas uma baixa percentagem de familiares destes jovens se sentiram incluídos no tratamento do seu familiar, o que aumenta os seus sentimentos de angústia (Trinco et al., 2017). Estes dados corroboram os estudos de Lindgren e colaboradores (2010), em que os familiares se sentiram especialmente postos de lado no tratamento dos seus familiares. Também Trinco e colaboradores (2017) afirmam que a experiência de ter um filho internado por tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo marca bastante as suas vidas, acabando por ressaltar as suas próprias necessidades. Por outro lado, quando os jovens tinham que se dirigir aos serviços de saúde para consultas externas estas demoravam demasiado tempo, o que deixavam os familiares sem saber o que fazer, ao que recorrer e como obter ajuda imediata (Byrne et al., 2008). Estes sentem-se estigmatizados por os próprios profissionais de saúde (Patterson, Whittington, & Bogg, 2007; Taylor, Hawton, Fortune, & Kapur, 2009; Trinco, Santos, & Barbosa, 2017).

Em suma, analisou-se detalhadamente o impacto da satisfação com o suporte social na vida dos familiares e, de um modo geral, a amostra apresenta um nível médio de satisfação com o suporte social. Concluindo-se ainda, que os maiores níveis de satisfação com o suporte social experienciados são na satisfação com as amigas e com a intimidade. Estes resultados vão ao encontro dos estudos de McDonald e colaboradores (2007) uma vez que, os sentimentos de culpa e vergonha sentidos por as mães fez com que existisse um afastamento das suas redes de apoio tanto familiares como amigos mais próximos.

Verificou-se que os familiares que não coabitam com o pai e/ou mãe do jovem/jovem-adulto que tentou suicídio ou comportamento autolesivo percecionam mais

satisfação com o suporte social em comparação com a restante amostra que coabita. Pode supor-se que aqueles familiares que não coabitam conseguem manter melhor as suas rotinas e relações interpessoais.

Os resultados indicam também que a Satisfação com as amizades e com a intimidade são as áreas mais afetadas em familiares dos jovens que tentaram o suicídio ou comportamento autolesivo pela primeira vez, comparativamente aos familiares de indivíduos repetentes neste comportamento. Estes resultados podem ser explicados pelo estigma que os familiares vivenciam por terceiros, com observações e comentários insensíveis, levando a um isolamento cada vez mais significativo (Asare-Doku et al., 2017; Daly, 2013).

Também se pode observar que quanto maior a satisfação com o suporte social por parte dos familiares, menor a tendência para sentimentos de ansiedade e stresse, transmitindo a ideia da importância dos grupos de apoio para evitar o isolamento e angústia experienciados pelos mesmos (McDonald et al., 2007). Também se verificou que quanto mais Satisfação com a família e com as atividades sociais, menor a sintomatologia de ansiedade, o que sugere a importância de manter relacionamentos familiares funcionais e as atividades sociais prévias ao acontecimento negativo, de modo a prevenir sintomatologia psicopatológica.

7. Conclusão

No presente estudo, procuramos compreender o impacto das tentativas de suicídio ou comportamentos autolesivos de jovens e jovens-adultos nos seus familiares mais próximos. Analisou-se também o papel da satisfação com o suporte social e a sintomatologia ansiosa, depressiva e níveis de stresse na vida dos mesmos, aquando das tentativas de suicídio ou comportamentos autolesivos dos jovens familiares. Perante as evidências podemos afirmar que esta situação causa um impacto significativo na vida dos familiares, sobretudo dos pais, provocando determinadas consequências emocionais e psicopatológicas. As dificuldades e necessidades foram, portanto, presenciadas em várias dimensões como a vida em geral, familiar, social, laboral e na saúde. Ao nível dos recursos, verifica-se que os familiares diferenciam na forma de procurar ajuda e suporte para lidar com a tentativa de suicídio e os comportamentos autolesivos dos jovens. Verificou-se que a satisfação com o suporte social está associada a efeitos negativos após os comportamentos dos jovens familiares afetando os sintomas de ansiedade, depressão e stresse.

Mediante a amostra em estudo os pais dos jovens que tentaram suicídio ou cometeram um comportamento autolesivo são quem experiencia maiores efeitos nas várias dimensões da vida, em comparação com os restantes familiares. Estes efeitos são mais comumente observáveis no disfuncionamento familiar, na vida em geral e na saúde quer física, quer psicológica. A qualidade do funcionamento familiar é, portanto, uma variável importante na compreensão e prevenção das tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos, pois pode funcionar como fator protetor para estes comportamentos. De facto, coabitar com o jovem com estes comportamentos suicidários ou com os pais do mesmo influencia fortemente a vida em geral e a saúde destes familiares, participantes no estudo. Também variáveis como a Satisfação com as

amizades, com a intimidade e a ansiedade são variáveis afetadas pelos familiares que coabitam com os progenitores dos jovens com comportamentos suicidários.

Assim, ao nível do recurso a serviços e profissionais de saúde os familiares recorreram mais comumente a serviços e profissionais de saúde públicos. Estes dialogaram com os profissionais de saúde sobre o que aconteceu com o seu familiar e obtiveram orientações específicas sobre como lidar com este.

Estes familiares são um grupo com necessidades individuais que necessitam ser colmatadas para melhor enfrentar esta problemática que surge de forma recorrente nos tempos atuais. Tendo em conta as necessidades dos familiares após a tentativa de suicídio e comportamento autolesivo dos jovens, reforça-se a necessidade de fomentar competências nos profissionais de saúde no cuidado ao jovem e à sua família.

Uma das limitações do presente estudo é que o mesmo depende dos relatos *à posteriori* dos familiares de jovens ou jovens-adultos que tentaram suicídio ou cometeram um comportamento autolesivo. Por isso, essas respostas podem ser influenciadas por alterações de percepção, mais especificamente, memórias imprecisas desses mesmos sentimentos e percepções que ocorrem no período após os comportamentos. Ou seja, estes familiares vivenciaram o acontecimento em diferentes momentos o que pode fazer com que alguns participantes reflitam sobre a experiência de uma forma mais completa do que outros. Como recomendação para estudos futuros, seria pertinente completar os dados quantitativos com dados qualitativos. Por outro lado, o tamanho reduzido da amostra, por ser de difícil acesso, também se revelou uma limitação na realização de análises estatísticas mais robustas. Seria, por isso, importante a replicação do mesmo estudo com uma amostra maior com o objetivo de uma maior confiança e fiabilidade dos resultados.

O presente estudo revelou-se pertinente por fornecer informações relevantes sobre as experiências de familiares, as suas necessidades e dificuldades e as suas sugestões

sobre a prestação de serviços. São os familiares que detêm um contacto mais direto com os jovens que tentaram suicídio ou cometeram comportamento autolesivo, sabendo por isso, descrever as suas próprias necessidades. Além disso, o envolvimento do familiar no estudo pode ser positivo, uma vez que tem a oportunidade de abordar um assunto normalmente difícil, conhecer possibilidades de apoio, caso precise e pode facilitar uma maior inclusão social deste familiar para ultrapassar o estigma associado ao presente tema. O presente estudo tem também a potencialidade de ter recolhido uma amostra de difícil acesso, como é confirmado através da escassez de bibliografia referente ao tema. Recorreu ainda ao método quantitativo que também se revela pouco frequente em estudos com este tipo de amostras.

Como recomendações para estudos futuros recomenda-se a replicação deste estudo para recolher uma amostra mais representativa. Descrimina-se a necessidade de desenvolvimento de mais serviços de apoio especializados para estes familiares, como por exemplo grupos de apoio. Com o objetivo de informar estes familiares acerca das tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos e partilhar as suas experiências com outros indivíduos que tenham igualmente enfrentado as mesmas situações. Este apoio não só iria ajudá-los a gerir e prevenir futuros incidentes, mas permitir-lhes sentir-se mais confiante na sua função enquanto cuidadores formais. Este apoio pode também auxiliar os familiares na compreensão das suas emoções consequentes aos comportamentos autolesivos e suicidários. Ainda como implicações práticas do presente estudo, conhecendo melhor a experiência destes pais, pode-se desenvolver uma melhor intervenção psicoterapêutica, desenvolvendo guias de apoio para os familiares. Também estes guias de apoio seriam benéficos no caso dos profissionais de saúde, de forma a permitir cuidados mais completos e personalizados para este tipo de problemática.

Referências Bibliográficas

- Andrade, G., & Vaitsman, J. (2002). Apoio social e redes: Conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4), 925-934.
- Araújo, L., Vieira, K., & Coutinho, M. (2010). Ideação suicida na adolescência: Um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. *Psico-USF*, 15(1), 47-57. <http://doi.10.1590/S1413-82712010000100006>
- Asare-Doku, W., Osafo, J., & Akotia, C. (2017). The experiences of attempt survivor families and how they cope after a suicide attempt in Ghana: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 17(1), 178. <http://doi.org/10.1186/s12888-017-1336-9>
- Bailey, S., Kral, M., & Dunham, K. (1999). Survivors of suicide do grieve differently: Empirical support for a common sense proposition. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 29, 256-271.
- Bellasalma, A. (2003). A visão da família face a tentativa de suicídio de um de seus membros. *Ciências dos Cuidados de Saúde*, 2, 45-7.
- Barbosa K., Vieira, K., Alves, E., & Virgínio, A. (2012). Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. *Revista de Enfermagem*, 2(3), 515-522.
- Baumeister, R. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90-113.
- Beck, A., Kovacs, M., & Weissman, A. (1996). *Hopelessness and suicidal behavior essential papers on suicide* (pp. 331-341). New York: New York University Press.
- Braga, L., & Dell’Aglia, D. (2013). Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos*, 6(1), 2-14. <http://doi:10.4013/ctc.2013.61.01>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bowen, M. (1978). *Family Therapy in Clinical Practice*. New York (Aronson): Rowman & Littlefield Publishers.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness and dependency*. Vol III: Loss. New York Basic Books.
- Buus, N., Caspersen, J., Hansen, R., Stenager, E., & Fleischer, E. (2014). Experiences of parents whose sons or daughters have (had) attempted suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 70(4), 823-832. <http://doi.org/10.1111/jan.12243>
- Byrne, S., Morgan, S., Fitzpatrick, C., Boylan, C., Crowley, S., Gahan, H., ... Guerin, S.

- (2008). Deliberate self-harm in children and adolescents: a qualitative study exploring the needs of parents and carers. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(4), 493–504. <http://doi.org/10.1177/1359104508096765>
- Cassel, J. (1976) The contribution of the social environment to host resistance. *Am J Epidemiol*, 104, 107–123.
- Cassorla, R. (1998) *Do suicídio: Estudos brasileiros*. 2. Campinas: Papirus.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7(3), 269-297.
- Cohen, S. (2008). *Social Support*. 514–517. The international encyclopedia of depression.
- Compton, M. T., Thompson, N. J., & Kaslow, N. J. (2005). Social environment factors associated with suicide attempt among low-income African Americans: The protective role of family relationships and social support. *Social Psychiatry Epidemiol*, 40, 175–185. <http://doi.org/10.1007/s00127-005-0865-6>
- Cruz, J. (2006). *Memórias traumáticas, autonarrativas e conduta suicida: Um ensaio terapêutico*. In Costa, P., Pires, C. & Veloso, J. Stress pós-traumático: Modelos, abordagens & práticas, (pp. 47-71). Leiria: Editorial Presença
- Daly, M. (2013). Mothers living with suicidal adolescents. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- DGS. (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017*. Retirado de: <http://pns.dgs.pt/>
- Durkheim, É. (1897). *O suicídio. Estudo sociológico*. Lisboa: Editorial Presença
- Egeland, J. & Sussex, J. (1985). Suicide and Family loading for affective disorders. *Journal of the American Medical Association*, 254, 915-8.
- Ferrey, A., Hughes, N., Simkin, S., Locock, L., Stewart, A., Kapur, N., ... Hawton, K. (2016). The impact of self-harm by young people on parents and families: a qualitative study. *BMJ Open*, 6(1). <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009631>
- Frazão, P., & Sampaio, D. (2006). *Comportamentos Suicidários em Portugal*. (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, Ed.) (1º Edição). Redhorse.
- Freitas, A., & Borges, L. (2014). Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(2), 560–577. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812014000200010&lng=pt&nrm=iso
- Freud, S. (1917/2003). Duelo y melancolia. In S. Freud (ED.), *Freud: Obras completas*

- (pp.2090-2100). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Frey, L., Hans, J., & Cerel, J. (2016). Suicide Disclosure in Suicide Attempt Survivors: Does Family Reaction Moderate or Mediate Disclosure's Effect on Depression? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(1), 96–105. <http://doi.org/10.1111/sltb.12175>
- Frey, L., Hans, J., & Cerel, J. (2017). Na interpretative phenomenological inquiry of family and friend reactions to suicide disclosure, 43, 159–172. <http://doi.org/10.1111/jmft.12180>
- Gonçalves, A., Freitas, P. & Sequeira, C. (2011). Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: fatores de risco e proteção. *Millenium*, 40, 149-159
- Gouveia-Pereira, M., Abreu, S., & Martins, C. (2014). How do families of adolescents with suicidal ideation behave? *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 27(1), 171–178. <http://doi.org/10.1590/S0102-79722014000100019>
- Glanz, K., Lewis, F., & Rimer, B. (1997). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, (pp. 179–205). San Francisco, California: Jossey-Bass Publishers.
- Greene-Palmer, F., Wagner, B., Neely, L., Cox, D., Kochanski, K., Perera, K., & Ghahramanlou-Holloway, M. (2015). How parental reactions change in response to adolescent suicide attempt. *Archives of Suicide Research*, 19(4), 414-421. <http://doi.org/10.1080/13811118.2015.1094367>
- Grosser, F., & Vine, P. (1991). Families as advocates for the mentally ill: A survey of characteristics and service needs. *American Orthopsychiatric Association*, 61, 282-290.
- Guerreiro, D. & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 31(2), 204–213. <http://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.05.001>
- Hanson, J. & Rapp, C. (1992). Families perceptions of community mental health programs for their relatives with a severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 28, 191-195.
- Henry, M., Séguin, M., & Drouin, M. S. (2003). The impact of a patient's death by suicide upon mental health care professionals. *Journal Psychiatric Research*, 24, 227–242.
- Hohaus, L., & Berah, E. (1996). Stress, achievement, marriage and social support: effects on the psychological well-being of physicians entering mid-life/mid-

- career. *Psychology and Health*, 11, 715-731.
- Hollis, C. (1997). Depression, family environment, and adolescent suicidal behaviors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 622- 630.
- Hughes, N., Locock, L., Simkin, S., Stewart, A., Ferrey, A., Gunnell, D., ... Hawton, K. (2015). Making sense of an unknown terrain: how parents understand self-harm in young people. *Qualitative Health Research*. <http://doi.org/10.1177/1049732315603032>
- Israel, B. & Rounds, K. (1987). Social networks and social support: A synthesis for health educators. *Advances in Health Education Promotion*, 2, 311–351.
- Jacobson, J., Ting, L., Sanders, S., & Harrington, D. (2004). Prevalence of and reactions to fatal and non fatal client suicidal behavior: A national study of mental health social workers. *Omega*, 49, 237–248.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Joiner, T. (2009). Suicide prevention in schools as viewed through the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior. *School Psychology Review*, 38(2), 244-248.
- Kishi, Y., Kurosawa, H., Morimura, H., Hatta, K., & Thurber, S. (2011). Attitudes of Japanese nursing personnel toward patients who have attempted suicide. *General Hospital Psychiatry*, 33, 393-397.
- Lindgren, B., Åström, S., & Graneheim, U. (2010). Held to ransom: Parents of self-harming adults describe their lived experience of professional care and caregivers. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 5(3), 1–11. <http://doi.org/10.3402/qhw.v5i3.5482>
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (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.
- Macedo, A., Dourado, A., Valente, J., Coelho, I., Soares, M., Santos, V. & Azevedo, M. (2002). Comportamento suicida: alguns aspectos neurobiológicos. *Psiquiatria Clínica*, 23(1), 29-41.
- Maris, R., Berman, A., & Silverman, M. (2000). The theoretical component in suicidology. In *Comprehensive textbook of suicidology*, 26-61. New York: Guilford.
- Matos, M., Simões, C., Camacho, I., & Reis, M. (2015). *Relatório do estudo HBSC 2014: A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão - Dados nacionais*

2014. *Aventura Social*. <http://doi.org/978-989-98346-1-3>

- McAllister, B. (2011). *Freeing the parent voice: A Hermeneutic Phenomenological Understanding Parents Whose Children Have Survived Suicide Attempts*. (Unpublished Dissertations), the Chicago School of Professional Psychology, Chicago.
- McDonald, G., O'Brien, L., & Jackson, D. (2007). Guilt and shame: experiences of parents of self-harming adolescents. *Journal of Child Health Care: For Professionals Working with Children in the Hospital and Community*, 11(4), 298–310. <http://doi.org/10.1177/1367493507082759>
- Mendonça, L., Maia, Â. C., Mesquita, C., & Ribeiro, F. (2011). Relações Familiares, Humor Deprimido E Comportamentos Autodestrutivos Em Adolescentes. *Revista de Psicologia Da Criança E Do Adolescente*, 3, 97–109. Retrieved from [issuu.com/medull/docs/revista_psicologia_3](http://www.issuu.com/medull/docs/revista_psicologia_3)
- Miller, A., Esposito-Smythers, C., & Leichtweis, R. (2015). Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. *Journal of Adolescent Health*, 56(3), 286–292. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.265>
- Miranda, C., Magalhães, E., & Sousa, M. (2017). Assistência de enfermagem na abordagem aos cuidados de enfermagem na aproximação ao universo suicidal. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 19(3), 95–100.
- Morgan, S., Rickard, E., Noone, M., Boylan, C., Carthy, A., Crowley, 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. <http://doi.org/10.1186/1753-2000-7-13>
- Nunes, M. (2005). Apoio social na diabetes. *Millenium: revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 31, 135-149.
- O'Connor, R. (2011). Towards an integrated motivational–volitional model of suicidal behavior. In R. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (Eds.), *International handbook of suicide. Prevention research, policy and practice*, (pp. 181–198). Chichester, England: Wiley Blackwell. doi:10.1111/b.9780470683842.2011.00012.x
- Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver: Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 4, 509–521.
- OMS (2018). *Organização Mundial de Saúde Suicide* (OMS). Retirado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>
- Patterson, G. (1982). *Coercive Family process*. Eugene, OR: Castalia

- Patterson, P., Whittington, R., Bogg, J., (2007). Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: the Self-Harm Antipathy Scale (SHAS). *Journal Psychiatric Mental Health Nurse*, 14(5), 438-45.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547–558.
- Pais-ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stresse (Eds) De 21 Itens De Lovibond E Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229–239.
- Power, L., Morgan, S., Byrne, S., Boylan, C., Carthy, A., Crowley, S., ... 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(1), 20. <http://doi.org/10.1186/1753-2000-3-20>
- Relvas, P. (1996). *O ciclo vital da família*. Perspectiva sistémica. Porto, Portugal: Afrontamento.
- Ribeiro, J. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Riesch, S., Anderson, L., & Krueger, H. (2006). Parent-child communication processes: preventing children's health risk behavior. *Journal of the American Association*. 278, 823-832.
- Rober, P., Walravens, G., & Versteijnen, L. (2012). “In search of a tale they can live with”: About loss, family secrets, and selective disclosure. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 529–541. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00237.x
- 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. & Henriques, M. (2017). Health Professionals' explanations of suicidal behaviour: effects of professional group, theoretical intervention model and patient suicide experience. *Journal of Death and Dying*, 76(2), 141-168. 3022281769353. <http://doi.org/10.1177/0030222817693530>
- Rush, A. & Beck, A. (1978). Cognitive therapy of depression and suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 32(2), 201-219.
- Sarason, G., Levine, M., Basham, B., & Sarason, R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, 44(1), 127-139

- Sarason, I., Sarason, B., Potter, E., & Antoni M. (1985). Life events, social support, and illness. *Psychosomatic Medicine*, 47(2), 156-163.
- Schotte, D. & Clum, G. (1987). Problem-solving skills in suicidal psychiatric-patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 49-54. doi:10.1037//0022-006x.55.1.49
- Séguin, M., Lesage, A., & Kielly, M. (1995). Parental bereavement after suicide and accident: A comparative study. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 25, 489-492.
- Sherbourne, C. (1988). The role of social supports and life stress events in use of mental health services. *Med Care*, 27, 1393–1400.
- Shneidman, E. (1993). Suicide as psychache. *A clinical approach to self-destructive behavior*. New Jersey: Jason Aronson.
- Shneidman, E. (2004). *Autopsy of a suicidal mind*. New York, NY: Oxford University Press.
- Sprinthall, A. & Collins, A. (1994) A. *Psicologia do Adolescente . Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Srivastava, M., & Tiwari R. (2012). A comparative study of attitude of mental health versus nonmental health professionals toward suicide. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34, 66-69.
- Takahashi, C., Chida, F, Nakamura, H., Akasaka, H., Yagi, J., Koeda, A., . . . Sakai, A. (2011). The impact of inpatient suicide on psychiatric nurses and their need for support. *Bio Med Central*, 11, 1–8.
- Taylor, T., Hawton, K., Fortune, S., Kapur, N. (2009). Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *Brasil Journal Psychiatry*, 194(2), 104-10.
- Trinco, M., Santos, J., & Barbosa, A. (2017). Vivências e necessidades dos pais no internamento do filho adolescente com comportamento autolesivo. *Revista de Enfermagem*, 115–124.
- Van Dongen, C. (1990). Agonizing questioning: Experiences of survivors of suicide victims. *Nursing Research*, 39, 224-229.
- Vidal, C., & Gontijo, E. (2013). Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cadernos Saúde Coletiva*, 21(2), 108–114. <http://doi.org/10.1590/S1414-462X2013000200002>
- Yang, B., & Clum, G. (1996). Effects of early negative life experiences on cognitive functioning and risk for suicide: A review. *Clinical Psychology Review*, 16(3), 177-

- Wagner, B., Aiken, C., Mullaley, P., & Tobin, J. (2000). Parents' reactions to adolescents' suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(4), 429–36. <http://doi.org/10.1097/00004583-200004000-00011>
- Wenzel, A., & Beck, A (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied & Preventive Psychology*, 12(4), 189-201. doi:10.1016/j.appsy.2008.05.001
- Werlang, B., Borges, V. & Fensterseifer, L. (2005). Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia*, 39(2), 259-266.
- Weissenberg, 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.

Anexos

Anexo A

Questionário da Experiência da Tentativa de Suicídio ou Comportamento Autolesivo de um filho/familiar (QETSALF6)

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	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"/>

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
 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

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.

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

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

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 ocorrer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 relatadas na sequência da tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo de familiares. Por favor, leia cada um dos itens e indique a resposta que melhor descreve aquilo que sentiu/ sente.

<i>Sinto/ Senti:</i>	Não sinto de modo algum 1	Sinto um pouco 2	Sinto algo 3	Sinto 4	Sinto muito 5
1. Dor/ sofrimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tristeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Desespero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Desgosto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Não acreditar no que aconteceu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Angústia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Insegurança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Preocupação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ansiedade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Frustração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Raiva ou irritação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Zanga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Desilusão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Choque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Culpa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Responsabilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Impotência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Fracasso ou sentimento de falha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Aceitação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Resignação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Vergonha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Perturbação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Medo que o 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. enquanto irmão(ã) ou companheiro(a) ou tio(a))	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Ficar em alerta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Não conseguir dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Desorientação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Choro fácil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Medo do estigma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outro. Qual? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.8. 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"/>
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"/>
Quanto mais se fala no assunto, maior a probabilidade de se repetir o comportamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. A seguir, nos três campos que se seguem encontra uma lista de afirmações relativas a eventuais áreas de vida afetadas na sequência da tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo do 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"/>
2. Afetou a minha vida familiar.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Afetou a minha vida social.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Afetou a relação com o meu (minha) companheiro(a).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Afetou a relação com o meu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Afetou a relação com os meus filhos(as)/ pais.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Afetou a minha relação com familiares próximos.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Afetou as minhas relações com os colegas de trabalho/ escola.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Afetou as minhas relações com os amigos.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Afetou as relações com os meus superiores hierárquicos no trabalho.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Afetou a minha vida quotidiana.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Afetou as finanças familiares (ex. pagamento de consultas).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Afetou o(s) irmão(s)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outro. Qual? _____		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.2. Avalie em que medida a tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo do 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>	Não se aplica	Não prejudicou nada 1	Prejudicou um pouco 2	Prejudicou algo 3	Prejudicou 4	Prejudicou muito 5
14. Prejudicou o meu trabalho/ escola.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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>	Não se aplica	Discordo totalmente 1	Discordo 2	Concordo pouco 3	Concordo 4	Concordo totalmente 5
19. Alterou a minha rotina de sono (ex. não conseguir adormecer ou acordar a meio da noite).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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?

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 <i>NÃO</i>	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 <i>NÃO</i>	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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
9. Outro. Qual? _____								

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.

	Recorreu ou não		Utilidade				
	NÃO	SIM	Nada útil 1	Pouco útil 2	Algo útil 3	Útil 4	Muito útil 5
Caso não tenha usado o apoio apresentado escolha a opção NÃO							
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	Discordo	Concordo algo	Concordo	Concordo totalmente
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

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
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

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
 O1 O2 O3 O4 O5

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

Discordo totalmente Discordo Concordo algo Concordo Concordo totalmente
 O1 O2 O3 O4 O5

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

Discordo totalmente Discordo Concordo algo Concordo Concordo totalmente
 O1 O2 O3 O4 O5

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 O1 Não O2 Não sei O3

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

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 23º 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 C

Declaração de 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, ESenfC e DPCE UAIG) e várias instituições hospitalares.

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. Os resultados deste estudo poderão ser consultados na Biblioteca Central da Universidade do Algarve, bem como em vários artigos a publicar em revistas científicas.



Eu, _____ (nome completo do participante), que compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar e onde serei incluído.

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

Por isso, consinto participar no estudo proposto pelo investigador.

Data: ____ / _____ / 2017

Assinatura/Rúbrica do participante:

O coordenador local:

O investigador de contacto:

(Marta Brás)

(a preencher pelo investigador que aplica os questionários)