



UC/FPCE — 2009

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Análise da percepção da qualidade de vida, forças familiares e estratégias de *coping* familiares numa amostra de sujeitos com tentativas de suicídio

Nídia Filipa Águeda Pinho (e-mail: m1k1nhas@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado na Área de especialização em Psicologia Clínica e Saúde, Sub-área de especialização em Psicologia Sistémica, Saúde e Família sob a orientação da Professora Doutora Isabel Alberto

Análise da percepção da qualidade de vida, forças familiares e estratégias de *coping* familiares numa amostra de sujeitos com tentativas de suicídio

Resumo: A tentativa de suicídio tem vindo a aumentar de forma preocupante em alguns países, sendo que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera estes comportamentos como um problema de Saúde Pública.

O objectivo do presente estudo prende-se com a análise do índice de percepção da qualidade de vida, forças familiares e estratégias de *coping* percebidas numa amostra de adultos com tentativas de suicídio (Grupo A, N=28) e num conjunto de adultos sem tentativas de suicídio (Grupo B, N=30). Os instrumentos utilizados nesta análise foram o Inventário de Qualidade de Vida (QV – Olson & Barnes, 1982, adaptado por NUSIAF – SISTÉMICA, 2007), o Questionário de Forças Familiares (QFF – Melo & Alarcão, 2007), as Escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família (F-COPES – McCubbin, Olson & Larsen, 1981), bem como um Questionário Sócio-Demográfico e um Questionário de Identificação de Situações de Tentativa de Suicídio.

Os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo A e o grupo B a diversos níveis: nos factores reenquadramento e apoio formal do F-COPES, no total do Questionário de Forças Familiares, bem como nos factores *crenças e comunicação, capacidade de adaptação, clima familiar positivo e coesão e individualidade* deste Inventário. A análise exploratória realizada ao grupo clínico também registou algumas diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente ao nível de variáveis sócio-demográficas como o género e o nível sócio-económico. Relativamente às restantes dimensões, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos.

Palavras-chave: Tentativa de suicídio, Estratégias de *coping*, Forças familiares, Qualidade de vida.

Analysis of the perception of the quality of life, families strengths and families *coping* strategies in a sample of subjects with suicide attempt

Abstract: Suicide attempt's rate has been increasing in a worrying way, in some countries, inasmuch that world health organization (WHO) considers these behaviors as a public health problem.

The goal of this study was to analyze quality of life's perception rate, family strengths and coping strategies verified in a sample of adults with suicide attempts (group B, N=30). The material used in this study was the Inventory of Quality of Life (QV – Olson & Barnes, 1982, adapted to Portuguese by NUSIAF-SISTEMICA, 2007), the Families Strengths Questionnaire (Melo & Alarcão, 2007), the Scale of Personal Evaluation on Family Crises (F-COPES - McCubbin, Olson & Larsen, 1981), as well as a social-demographical quiz and an identification of suicide attempts's Inventory.

The results have shown statistically significant differences between group A and B in several areas: in reframing and formal support factors of F_COPES, globally in family strengths inventory, as well as in factors as *beliefs and communication, adaptation skills, positive family clime and cohesion and individuality*. The exploratory analysis conducted in the clinical group also shown some statistically significant differences, namely in social-demographic variables such as gender and social-economic status. Relatively to other factors, no significant differences were found.

Key Words: Suicide attempt, *Coping* Strategies, Families Strengths, Quality of life

Agradecimentos

Gostava de agradecer a todos sem os quais este trabalho não seria possível:

À Naír, por aceitar, mesmo sem compreender, as longas horas que passei agarrada ao “pacator”;

À minha mãe, pela enorme ajuda na recolha da amostra clínica, pela dedicação, amor, preocupação, encorajamento e apoio constantes;

Ao Nuno, pela paciência, carinho e por, perto ou longe, estar sempre presente ao longo destes cinco anos;

Aos meus avós, que estiveram sempre ao meu lado durante este percurso de que tanto se orgulham;

Pelo empenho, dedicação, incentivo e enriquecedora orientação neste estudo, agradeço à Professora Doutora Isabel Alberto;

A todos aqueles que me apoiaram, “aturaram” e incentivaram nesta etapa;

Por fim, o meu agradecimento muito especial a todos os que aceitaram despende do seu tempo para participar neste estudo.

Índice

Introdução	1
I – Enquadramento Conceptual	1
1.1. Arriscar morrer para sobreviver.....	1
1.2. <i>Coping</i> familiar.....	5
1.3. Qualidade de vida familiar.....	7
1.4. Forças familiares.....	9
II – Objectivos	12
III – Metodologia	14
3.1. Descrição da amostra.....	14
3.2. Instrumentos utilizados.....	17
3.2.1. Questionário Sócio-Demográfico.....	17
3.2.2. Qualidade de Vida (QV).....	18
3.2.3. Questionário de Forças Familiares (QFF).....	19
3.2.4. Escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família (F-Copes).....	19
3.3. Procedimentos.....	21
IV – Resultados	21
4.1. Hipóteses de Investigação.....	22
4.2. Análises exploratórias.....	27
V – Discussão	29
5.1. Limitações do estudo.....	35
5.2. Sugestões para pesquisas futuras.....	35
VI – Conclusões	35
Bibliografia	36
Anexos	

Introdução

Sendo a tentativa de suicídio um fenómeno misterioso que está patente em todo o Mundo, pareceu-nos pertinente a realização de um estudo exploratório a uma amostra de sujeitos com esta problemática. Habitualmente, a investigação acerca desta temática centra-se no indivíduo, todavia, é fundamental haver um olhar mais sistémico sobre o contexto de vida familiar. Os problemas sociais, familiares e individuais devem ser ponderados no estudo das tentativas de suicídio.

Assim, este estudo pretende avaliar a relação da tentativa de suicídio com a percepção da qualidade de vida familiar, estratégias de *coping* e forças familiares, tendo como base a comparação de duas amostras: uma clínica e outra de comparação. O suporte empírico acerca desta problemática não é abundante, motivo pelo qual se torna determinante a sua análise.

De forma a contextualizar este estudo, apresentaremos um breve enquadramento conceptual baseado na bibliografia mais significativa relativamente à problemática em questão. De seguida, serão apresentados os objectivos deste trabalho, bem como a metodologia utilizada. Posteriormente, passaremos para a apresentação dos resultados e respectiva discussão e, para terminar, serão referidas as principais conclusões desta investigação.

Deste modo, pretendemos contribuir para um conhecimento mais aprofundado acerca das implicações da tentativa de suicídio na percepção da qualidade de vida, forças familiares e estratégias de *coping* familiares!

I – Enquadramento conceptual

1.1. Arriscar morrer para sobreviver

O problema do suicídio tem inquietado a humanidade desde que há memória. Definido por Albert Camus como o único problema filosófico verdadeiramente sério, o suicídio está permanentemente ligado à ideia de vida e de morte, os grandes temas da filosofia de todos os tempos (Sampaio, 2002). Todos os anos, cerca de 600 pessoas se suicidam em Portugal e talvez umas 2400 protagonizem comportamentos para-suicidas, nomeadamente por intoxicações voluntárias ou corte de pulsos, ao ponto de serem atendidas em Serviços de Urgência (Saraiva, 2003).

A relação entre a psicopatologia, a tentativa de suicídio e o suicídio é complexa, dinâmica e ainda não é bem compreendida (Maris, 1981; Peterson & Bongar, 1989; Shneidman, 1989, todos *cit. in* Bongar, 1991), ou seja, “na prática clínica a expressão tentativa de suicídio é equívoca porque encerra fenómenos diferentes, embora parcialmente sobreponíveis: suicídio frustrado e para-suicídio” (Saraiva, 1997, p. 16).

Os suicidas optam por métodos mais violentos, em oposição aos para-suicidas que recorrem, preferencialmente, a sobredosagens medicamentosas. Os métodos mais frequentes das condutas suicidas são os traumáticos (armas, queimaduras, precipitação, trucidamento), os asfixiantes (afogamento, enforcamento, electrocussão, inalação de monóxido de carbono) e os tóxicos (pesticidas, herbicidas, insecticidas, fármacos, cianetos) (Saraiva, 1997, 2006). Quanto à patologia psiquiátrica “pesada”,

esta é mais rara no para-suicídio do que no suicídio (Saraiva, 1997).

Quando alguém verbaliza a intenção de se suicidar, essa verbalização deve ser levada a sério e entendida como expressão de um mal-estar real e não como uma simples ameaça para chamar a atenção (Correia, 1994). Há sempre um grande apelo, um pedido de ajuda nas pessoas que dizem que se vão matar. É sinal de que algo não vai bem com aquela pessoa ou com aquela pessoa e aquela família, até porque se pode concluir da análise das tentativas de suicídio que alguns – talvez muitos – dos suicídios consumados foram mortes efectivamente não desejadas (Oliveira & Sousa, 1994). É importante ressaltar que a maior parte dos sujeitos que praticam actos auto-agressivos não são doentes mentais. Habitualmente, trata-se de uma resposta a crises sociais de uma pessoa cuja vulnerabilidade aumentou. Provavelmente, o objectivo principal destes actos é dar a conhecer o sofrimento (Wilkinson, Moore & Moore, 2005).

O para-suicídio é um comportamento patológico que, apesar de parecer mimetizar o suicídio nalguns dos seus aspectos, não visa a morte como aniquilação consciente e determinada, mas antes um jogo comunicacional e transaccional de expectativas de mudança ou manipulação das esferas familiares ou sociais (Saraiva, 1997, 2003), esperando que através do para-suicídio algo se altere (Saraiva, 1997).

O termo para-suicídio foi introduzido por Kreitman e colaboradores em 1969 e é definido pela OMS (1993) como: “acto de consequências não fatais, no qual um indivíduo inicia deliberadamente um comportamento não habitual que lhe causará dano, se não houver intervenção de outrem, ou deliberadamente ingere uma substância em excesso face à sua habitual prescrição no uso terapêutico reconhecido, com o intuito de provocar alterações que o sujeito desejou, a partir das consequências reais ou esperadas” (Sampaio, 1994, p. 7). Apesar da tentativa de suicídio parecer um acto impulsivo, a verdade é que, por vezes, a pessoa já lançou avisos aos familiares e amigos, ou através de mensagens menos claras, como por exemplo, falando do tema da morte (Correia, 1994).

Numa perspectiva global, o processo suicida pode desenvolver-se durante dias, semanas ou meses (Chiles & Strosahl). No caso de uma situação interpretada como intolerável, sem saída à vista, a morte pode ser vista como uma alternativa positiva, uma vez que acabará com o sofrimento. Por outro lado, provavelmente seria possível antecipar os sentimentos de pena ou culpa da família e dos amigos (Retterstøl, 1995, *cit. in* Saraiva, 1997; 2006).

Qualquer sujeito pode, em determinado momento da sua existência, sentir que a vida não tem sentido por diversas causas (doença física ou mental, perda de uma relação valiosa, gravidez oculta e não desejada, solidão, dificuldades quotidianas em personalidades pouco tolerantes), o que converte o suicídio na melhor e única opção para eles (Barrero, 1999). Apesar de serem raros, é importante considerar os pactos suicidas que ocorrem em casais de idosos (que imaginam não superar a solidão ou a saudade depois da morte do cônjuge) e em jovens (por questões amorosas) (Saraiva, 2006).

Com base na perspectiva da terapia cognitiva, Williams e Wells (1989, *cit. in* Palmer, 2008) apresentam o que lhes parece ser as duas grandes motivações para a auto-mutilação e suicídio: a comunicação – o desejo de enviar uma mensagem a alguém ou de dizer que os outros não o escutam e a fuga e o desejo de fugir da vida - reflectindo a percepção de que não existem mais opções. Segundo Firestone e Seiden (1990, *cit. in* Saraiva, 2006), a análise da percepção da qualidade de vida, forças familiares e estratégias de *coping* familiares numa amostra de sujeitos com tentativas de suicídio

2006), um sistema hostil de pensamentos negativos, crenças e atitudes – que os autores denominam de voz (*voice*) - influenciam o suicídio. “O para-suicídio decorre da conjugação stresse-vulnerabilidades (genéticas, neurofisiológicas, neurobiológicas, psicológicas e culturais), onde a reemergência de memórias traumáticas de infância ou adolescência ocupa papel de relevo. O para-suicídio depende da personalidade e sua estrutura cognitiva e ainda de múltiplos factores no meio ambiente, quer de protecção quer de risco. É um comportamento-doença subjacente a uma patologia dos afectos, de ajustamentos, da personalidade e da interacção social e familiar” (Saraiva, 2006, p. 40).

Richman (1986, *cit. in* Bongar, 1991) defende que há diversas características familiares (incapacidade familiar para aceitar a mudança necessária, conflitos interpessoais e de papéis, uma estrutura familiar “perturbada”, intolerância para as crises, relações intrafamiliares desequilibradas ou desiguais e dificuldades afectivas) que podem aumentar a possibilidade de os pacientes se suicidarem.

Por sua vez, O’Connor e Sheehy (2000, *cit. in* Palmer, 2008) apontam como factor de risco para o suicídio a história de psicopatologia na família. Recentemente, a investigação tem identificado outros factores a nível familiar que estão implicados no risco de suicídio, incluindo uma comunicação familiar pobre e uma fraca aptidão de resolução de problemas, tendência para ser o “bode expiatório”, perda recente de uma ligação com uma pessoa importante e uma disfunção conjugal (Bongar e col., 2000, *cit. in* Palmer, 2008). Henden (2008) salienta como maiores factores de risco para o suicídio haver uma tentativa prévia, ser jovem e do sexo masculino, a morte recente do cônjuge, um parente que se tenha suicidado, a sensação de que a vida não tem sentido e ter uma doença que ameace a vida. Também Mackenzie e Popkin (1990, *cit. in* Bongar, 1991) afirmam que, geralmente, a doença médica aumenta o risco de suicídio e, se esta for crónica, incurável e dolorosa o risco parece ser ainda maior.

Segundo Saraiva (2006) as razões subjacentes a estas situações são múltiplas, mas envolvem sempre grande sofrimento, desespero e desorientação para o próprio. Entre as razões apontadas, encontram-se rupturas familiares, com o conseqüente aumento de taxa de divórcio, desemprego, mudanças de atitude em relação às condutas suicidas, aumento de prescrições de psicofármacos, etc., todavia, os resultados não são conclusivos (Saraiva, 1997, 2006). O gesto suicida revela um fracasso individual, familiar e social (Shneidman, 1981, *cit. in* Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2004).

É útil identificar os factores que aumentam a probabilidade de um indivíduo cometer suicídio após uma tentativa, para ajudar o clínico a estimar o risco de suicídio. A prevalência significativa do para-suicídio sobre o suicídio indica que a maioria das pessoas não deseja morrer, podendo mesmo admitir-se que alguns dos suicidas sejam para-suicidas que não foram acudidos a tempo (Pinto da Costa, 1983).

Os factores que aumentam o risco de morte por suicídio em pacientes que fizeram tentativas no passado abrangem a presença de uma doença médica prolongada ou de uma doença psiquiátrica (em particular, depressão ou abuso de álcool), isolamento social e fracos apoios sociais (Kutcher e Chehil, 2007). Weissman e col. (1989, *cit. in* Bongar, 1991) defendem que as pessoas com história de desordens e ataques de pânico exibem uma grande percentagem de ideação suicida e de tentativa de suicídio, quando comparadas com pessoas com outras desordens psiquiátricas.

Análise da percepção da qualidade de vida, forças familiares e estratégias de *coping* familiares numa amostra de sujeitos com tentativas de suicídio
Nídia Pinho (e-mail:m1k1nhas@hotmail.com) 2009

A convicção de não se sentir amparado, reconfortado ou mesmo amado, associada às perturbações das memórias, quer do tipo das distorções cognitivas, como a rigidez e o pensamento dicotómico, quer da dificuldade do exercício da antecipação, podem cooperar de modo determinante para o risco suicida (Saraiva, 2003c).

Para Durkheim (1897) o fenómeno suicida é explicado a partir de normas sociais. Desta forma, o indivíduo integrado na sociedade, em grupos ou na Igreja, está menos propenso ao suicídio, contrariamente aos indivíduos que vivem isolados. Em Pinto da Costa (1983) está patente que é importante criar-se no doente para-suicida um sentido momentâneo para a vida, quer por chamada de atenção para o amor dos filhos, como sublinha Frank (1976), ou como aconselha Pöldinger (1977) por valorização do doente, exaltando os aspectos positivos da sua vida.

Talvez por resultar de uma complexa interacção de factores biológicos, psicológicos, sociais e relacionais, o suicídio tem diversas abordagens (Heikkinen, Isometsä, Marttunen, Aro & Lonnqvist, 1995, *cit. in* Santos, 2007). Como refere Diekstra (1989, *cit. in* Santos, 2007) por ser um fenómeno tanto social como individual, é necessária a participação não só dos profissionais de saúde e dos leigos mas também dos políticos e outros responsáveis para conseguir uma redução importante na incidência anual de suicídios e de tentativas de suicídio.

Na década de 50, a terapia familiar começou a dar os primeiros passos, focalizando a atenção na vida familiar e elegendo como unidade de análise as relações interpessoais ao invés da realidade intra-psíquica e do indivíduo isoladamente (Alarcão, 2006). Uma das possíveis explicações do fenómeno suicida, segundo a abordagem sistémica, passa pelos registos comunicacionais. Para a pragmática da interacção humana, os sintomas não são a expressão de um conflito interno, mas sim meios de comunicação no sistema familiar; também o para-suicídio pode ser visto como uma meta-comunicação, isto é, uma comunicação sobre a comunicação familiar e uma tentativa paradoxal de mudança da comunicação no sistema familiar (Saraiva, 2006; Santos, 2007), daí ser importante que as famílias metacomuniquem, sem pressas de perceber tudo. Posto isto, a tentativa de suicídio pode ser encarada como uma forma de comunicação, portadora de uma mensagem que é vital descodificar. A ruptura de comunicação com o meio, particularmente com a família, pode desaguar no acto suicidário (Oliveira & Sousa, 1994).

Para além da leitura dos comportamentos observáveis, nas entrevistas a para-suicidas também é importante tentar compreender cognições precedentes e as razões imediatas para tais actos (Saraiva & Vaz-Serra, 1982; Saraiva, Santos, Veiga, Domingues & Cabral, 2006, *cit. in* Saraiva, 2006).

Chiles e Strosahl (1995) tentaram sintetizar as características da personalidade dos suicidas e os factores envolventes em sete áreas:

- Aspectos cognitivos (pensamento dicotómico, rigidez, desesperança);
- Resolução de problemas (apreciações a curto prazo, suicídio como uma estratégia de resolução de problemas por défice de outro tipo de estratégias);
- Regulação dos afectos (cólera, culpa, depressão, ansiedade, aborrecimento);
- Tolerância e afectos (baixa tolerância à frustração, crenças restritivas e negativas em relação ao sentimento de frustração, comportamento

Análise da percepção da qualidade de vida, forças familiares e estratégias de *coping* familiares numa amostra de sujeitos com tentativas de suicídio
Nídia Pinho (e-mail:m1k1nhas@hotmail.com) 2009

impulsivo de auto-destruição como estratégia de obtenção de afecto);

- Dinâmica interpessoal (baixo auto-conceito, confusão entre assertividade e agressividade, fobia social, isolamento, relacionamentos instáveis, conflituosos e de desconfiança);

- Auto-controlo (auto-punição como estratégia primária de modificação do comportamento, comportamentos aditivos, resistência à mudança);

- Variáveis ambientais (acontecimentos de vida, como desemprego e divórcio, e apoios sociais inexistentes).

Pinho (2003), baseada na teoria dos *big-five*, realizou uma investigação psicométrica na Consulta de Prevenção do Suicídio, acerca da personalidade dos para-suicidas, aplicando o NEO-PI-R a uma amostra deste tipo de doentes, concluindo que apresentavam:

- Elevado neuroticismo (preocupados, nervosos, inseguros, inadequados);

- Baixa extroversão (sóbrios, reservados, pouco exuberantes);

- Baixa abertura à experiência (fantasiosos, estetas, mas preferindo a rotina familiar);

- Baixa amabilidade (desconfiados, pouco cooperantes, irritáveis, manipuladores);

- Baixa conscienciosidade (preguiçosos, irresponsáveis, despreocupados, pouca ambição, falta de objectivos).

“A ambivalência suicida está intrinsecamente relacionada com o diálogo ou luta interna de sofrimento entre o viver e o morrer” (Saraiva, 2003c, p. 123). Esta ambivalência vai até ao fim, como no conhecido grito que retrata o cerne da crise suicidária e que Stengel sintetizou nos anos 60: “Quero morrer, façam alguma coisa por mim!” (Saraiva, 1997, 2003c, 2006). Ninguém tenta o suicídio para ser ignorado, há sempre uma história de vida, uma narrativa para ser contada, como uma mensagem para o Mundo ou para alguém em particular: “A autodestruição surge após múltiplas perdas, fragmentos de dias perdidos ao longo dos anos, rupturas, pequenos conflitos que se acumulam hora a hora, a tornar impossível olhar para si próprio. O suicídio é uma estratégia, às vezes uma tática de sobrevivência quando o gesto falha, tudo se modifica em redor após a tentativa (...) Ou, pelo contrário e talvez mais provável, fica-se na dúvida em viver ou morrer, a cabeça hesita até ao último momento, quer-se partir e continuar cá, às vezes deseja-se morrer e renascer diferente” (Sampaio, 2000, p. 152).

O padrão de comportamento suicidário múltiplo pode reflectir um estilo de auto-destruição que não só dessensibiliza o indivíduo para o perigo real desses actos relativamente ao conhecimento da letalidade, mas também perturba as pessoas à sua volta, contribuindo assim para o isolamento e perda de apoio social (Freeman & Reinecke).

Factores como a existência ou não de apoios, de ameaças sobre os afectos, do tipo de respostas ao *stress* no passado, das capacidades para enfrentar a realidade e das fantasias de morte foram também encarados no processo de vulnerabilidade para as condutas suicidas (Maltzberger, 1986, *cit. in* Saraiva, 2006).

1.2. Coping Familiar

Os doentes que praticam actos auto-agressivos foram sujeitos a um aumento de acontecimentos de vida recentes, mais acentuado na semana anterior (discussões com o cônjuge/companheiro, família ou amigos,

episódios de doença física do próprio, problemas com exames, comparência iminente em tribunal, dificuldades com os filhos, económicas, laborais, de saúde e doença de um familiar) (Wilkinson, Moore & Moore, 2005). Posto isto, Schotte e Clum (1987) consideram que a combinação de aptidões de resolução de problemas reduzidas com um aumento de acontecimentos de vida adversos, pode colocar um indivíduo em risco de comportamento suicida, o que remete para o *coping*.

Com base no Modelo ABCX, McCubbin e Patterson (1983) propuseram o Modelo Duplo ABCX, para descrever a capacidade de adaptação das famílias, tendo em consideração os membros da família enquanto sistemas individuais, a unidade familiar e a comunidade/contexto social. A capacidade de adaptação da família a situações de crise seria o efeito das relações existentes entre os referidos níveis sistémicos de relação, obedecendo à seguinte sequência de leitura: primeiro a relação entre os membros individuais da família e a unidade familiar e depois a relação entre a unidade familiar e a comunidade.

Assim, o Modelo Duplo ABCX de Olson centra-se na dinâmica do *stress* familiar e procura descrever os acontecimentos indutores de *stress* e outras mudanças que possam afectar a capacidade de adaptação da família, ou seja, toda e qualquer situação nova que implique adaptação familiar, constituindo-se uma dificuldade para a qual se impõe a busca de soluções. Tal é efectivado com base nos factores psicológicos e sociais que a família convoca na situação de crise, bem como os processos através dos quais os membros da família se envolvem para atalharem as soluções mais satisfatórias para a mesma (McCubbin & Patterson, 1983; Serra, 1999).

O conceito de *coping* refere-se ao conjunto de estratégias utilizadas pelo ser humano para lidar com as ocorrências/circunstâncias adversas ou indutoras de *stress*. Um estudo sobre para-suicidas comprovou que estes indivíduos têm estratégias de *coping* significativamente mais pobres e inadequadas do que os sujeitos da população em geral, sem transtornos psicopatológicos (Saraiva, 1997), e dificuldades na flexibilização do pensamento perante situações de *stress* (Patsiokas, Clum & Luscomb, 1979 cit. in Saraiva, 1997, 2006) que contribuem para que os para-suicidas apresentem défices na resolução de problemas (McLeavey, Daly, Murray, O'Riordan & Taylor, 1987, cit. in Saraiva, 1997, 2006).

Para Monat e Lazarus (1985), as estratégias de adaptação (*coping*) são uma forma de lidar com situações sociais imprevistas que causam dano, ameaça ou desafio e, ao exigirem novas respostas podem despoletar perturbações emocionais (descritas sob uma diversidade de sentimentos como ansiedade, desespero, culpa, vergonha ou pesar).

As estratégias de *coping* correspondem às respostas, proferidas pelo indivíduo e pela família, que têm por finalidade diminuir a “carga” física, emocional e psicológica ligada aos acontecimentos indutores de *stress* (Snyder & Dinoff, 1999, cit. in Vaz Serra & Pocinho, 2002). Para estes autores, a eficácia destas estratégias avalia-se pela capacidade que têm em reduzir de imediato a perturbação sentida, bem como em evitar o prejuízo do bem-estar ou do estado de saúde do ser humano futuramente (Vaz Serra & Pocinho, 2002).

Vaz Serra e Pocinho (2002) mencionam que estudos realizados com indivíduos com tendências suicidas mostram que estes tendem a apresentar uma menor confiança nas suas aptidões quanto à sua capacidade para a resolução de problemas, um menor controlo relativamente ao problema e um abandono passivo perante as ocorrências, esperando que os problemas se

resolvam por si, mostrando ainda ser pouco versáteis na procura de soluções.

Maioritariamente, a investigação recente sobre os factores de risco cognitivos dos ideadores suicidas ou dos para-suicidas foca-se nas capacidades pobres destes sujeitos para a resolução de problemas (Pinho, 2003).

Crianças, adolescentes e adultos suicidas apresentam capacidades limitadas para encontrar soluções para tarefas interpessoais, têm dificuldades em produzir novas ideias e em identificar soluções (Patsiokas, Clum & Luscomb, 1979), bem como em estabelecer alternativas (Cohen-Sandler & Berman, 1982; Levenson, 1974, todos *cit. in* Pinho, 2003).

Os para-suicidas possuem grandes dificuldades no que diz respeito aos problemas interpessoais, já que estes indivíduos não conseguem estabelecer ou manter uma dinâmica de interacção satisfatória. Para além disso, percebem mais problemas mas geram menos soluções e têm menos probabilidade de se envolverem na solução de um problema interpessoal quando tal é necessário (Pinho, 2003).

Os estudos referenciados sobre “estilos de *coping*” centram-se mais em perceber se os para-suicidas tentam ou não solucionar os problemas e não tanto se o fazem bem ou não (Pinho, 2003). Algumas pessoas usam o evitamento como *coping* e outros usam o *coping* tentando solucionar os seus problemas (Pinho, 2003). Para Schotte e Clum (1987), para além dos seus défices os para-suicidas também não têm uma orientação apropriada para a resolução do problema, revelando dificuldade em aceitar os problemas como algo normal que faz parte da vida.

Com o intuito de avaliar estratégias de *coping* em Portugal, Vaz Serra (1987, *cit. in* Pinho, 2003) construiu o Inventário de Resolução de Problemas, onde verificou que, usualmente, as pessoas com transtornos emocionais evitam o confronto com os problemas, acreditando que a resolução dos mesmos não depende do esforço por elas realizado; pertencem a famílias onde há uma comunicação deficitária entre os seus membros, revelando esta um nível global de recursos e de *coping* familiares pobres e evitando o confronto activo dos problemas (Vaz Serra, Firmino, Ramalheira & Canavarro, 1992, *cit. in* Pinho, 2003).

As pessoas com tendência suicida podem ter dificuldade em tolerar a ansiedade presente na resolução dos problemas. Quando a pessoa julga não ter capacidade para mudar/criar uma nova estratégia, quando não é capaz de tolerar a ansiedade que envolve a resolução de um problema ou ainda quando possui crenças erróneas sobre a eficácia do suicídio na resolução de problemas, o suicídio pode surgir como uma solução (Pinho, 2003).

Henriques (2001) a partir dos resultados duma investigação efectuada com uma amostra de adolescentes e adultos que não protagonizaram comportamentos suicidas, conclui que sobressai da parte destes indivíduos uma atitude, sobretudo, condenatória para quem protagonizou tais comportamentos. Deste modo, o suicídio é tido tanto pelos adultos como pelos adolescentes como uma forma de comunicação inadequada, não devendo ser encarada como uma estratégia eficaz de resolução de problemas.

1.3. Qualidade de vida familiar

Têm surgido diversas definições de “saúde” e de “qualidade de vida”, muitas vezes ligando os dois termos e, a Organização Mundial de Saúde (OMS), frequentemente enfatiza as componentes da felicidade e da satisfação com a vida Assim, torna-se pertinente transcrever a definição de

Análise da percepção da qualidade de vida, forças familiares e estratégias de *coping* familiares numa amostra de sujeitos com tentativas de suicídio
Nídia Pinho (e-mail:m1k1nhas@hotmail.com) 2009

saúde declarada pela OMS (1948): “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doença” (Fayers & Machin, 2000).

A forma como somos capazes de sobreviver ou de ter êxito é determinada pela maneira como na nossa família se vai interagindo com os acontecimentos de vida. Mais do que as circunstâncias, as nossas atitudes determinam o nosso bem-estar (Siebert, 1996, *cit. in* Vaz Serra & Pocinho, 2001).

Também os acontecimentos de vida remotos podem emergir no contexto depressivo potenciando o precipitar do acto suicida, nomeadamente memórias traumáticas de infância (como experiências de abandono ou abuso sexual) (Saraiva, 2003c).

A presença ou a ausência de suporte social e emocional assume um papel relevante na estimativa do risco de suicídio. Se, por um lado, a presença de uma rede de suporte social sólida reduz o risco de suicídio, por outro, a ausência desse sistema de suporte, o facto de viver sozinho e o isolamento social podem aumentar o risco de suicídio. A presença e o envolvimento da família, dos amigos e de pessoas importantes na vida do indivíduo emerge como uma potente influência protectora do sujeito face ao suicídio consumado e às tentativas de suicídio (Kutcher & Chehil, 2007).

Ainda relativamente à qualidade de vida, a inexistência de um amigo confidente com quem partilhar segredos ou problemas é manifesta nos para-suicidas, sobretudo entre os múltiplos e recorrentes (Saraiva, 1997). Segundo a perspectiva da pragmática da comunicação humana da Escola de Palo Alto, o “tu não existes” é mais doloroso do que o “tu não prestas” (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967, *cit. in* Saraiva, 2006).

Segundo Maris e Lazerwitz (1981, *cit. in* Brenner, 1985) no último ano antes da tentativa de suicídio ou da morte, estes sujeitos têm menos amigos próximos do que os sujeitos que morreram de morte natural.

O desemprego e as dificuldades financeiras e legais têm surgido associadas ao aumento do risco de suicídio. Para alguns indivíduos, o desemprego pode estar relacionado com outros factores que podem aumentar o risco de suicídio. Por exemplo, a perda de emprego pode traduzir-se no desaparecimento da segurança financeira e familiar, na perda de habitação e significativo stress interpessoal, marital e emocional. De igual modo, o desemprego, a perda de emprego ou o fracasso em obter e manter um emprego podem reflectir a perda de competências prévias, como consequência de doença física ou psiquiátrica, de traços de personalidade maladaptativos que são disruptivos das rotinas no local de trabalho ou que interferem na relação de trabalho interpares, de circunstâncias psicossociais como a pobreza, a discriminação, a iliteracia ou a falta de formação profissional ou ainda as experiências infantis adversas. Consequentemente, a relação entre o suicídio e o desemprego pode ser bidireccional (Kutcher & Chehil, 2007).

Reforçando esta ideia, Retterstøl (1993) menciona que é importante para o ser humano ter um trabalho que o ajude a encontrar um significado para a vida, que lhe forneça ganhos materiais e que lhe possibilite a manutenção do contacto social. Segundo este autor, alguns dos factores que levam ao desemprego podem também levar ao suicídio, a dificuldades familiares graves, consumo de drogas, alcoolismo, distúrbio da personalidade ou outra patologia psiquiátrica.

Em indivíduos com antecedentes infantis de abuso sexual ou físico, as taxas de suicídio são, pelo menos, 10 vezes maiores. As taxas de suicídio são

Análise da percepção da qualidade de vida, forças familiares e estratégias de *coping* familiares numa amostra de sujeitos com tentativas de suicídio
Nídia Pinho (e-mail:m1k1nhas@hotmail.com) 2009

também superiores em indivíduos expostos ao abuso doméstico. Em sujeitos que sofreram violência doméstica recente o risco de tentativa de suicídio é quatro a oito vezes superior, em comparação com indivíduos que não sofreram essas experiências (Kutcher & Chehil, 2007).

Num estudo de 100 homens para-suicidas realizado por Cochrane e Robertson (1975) foi confirmado um maior número de acontecimentos de vida negativos fora do controlo dos indivíduos, no ano anterior, comparativamente com doentes de clínica geral, tendo sido particularmente focados múltiplos conflitos e problemas sexuais. Para Brent, Perper, Kolko e Zelenak (1988, *cit. in* Saraiva, 2006) e para Brent et al. (1988, *cit. in* Saraiva, 2006) os principais acontecimentos de vida deste tipo de doentes prendem-se com perdas familiares e dificuldades de relacionamento.

A família surge como um factor preponderante na forma como o sujeito percebe os desafios que a vida lhe vai trazendo e como se percebe a si próprio em termos de eficácia e competência, mas é igualmente importante para a percepção que os indivíduos têm do suporte familiar e da capacidade que a família vai mostrando para lidar com desafios passados.

1.4. Forças familiares

Para Walsh (1996), a resiliência é, usualmente, vista em termos dos traços de personalidade e das estratégias de *coping* que proporcionam a superação das experiências de vida dolorosas, daí ser de extrema importância abordar a percepção das forças familiares/resiliência em sujeitos com tentativa de suicídio.

O conceito de resiliência consiste na habilidade para resistir e ressaltar as crises e a adversidade (Walsh, 1996), ou seja, vencer/dominar o *stress* e as adversidades (Rutter, 1999), tendo um lugar de destaque na investigação, intervenção e prevenção dirigida para as forças familiares (Walsh, 1996).

Embora algumas famílias sejam abaladas pelas crises e pelas situações stressantes, notavelmente, outras ficam mais fortes e desembaraçadas (Walsh, 1996, 2003). A noção de resiliência familiar estende, então, a sua compreensão do funcionamento familiar saudável às situações adversas, focando-se na família como unidade e assumindo a premissa sistémica de que a crise e a adversidade têm impacto em toda a família (Walsh, 2003). A recuperação da unidade familiar e de todos os seus membros é mediada por processos familiares (Walsh, 2003) e, na construção da resiliência familiar, é crucial fortalecer a família e capacitá-la a fomentar a resiliência em todos os seus membros (Walsh, 1996).

A organização da resiliência familiar pode ser aplicada numa vasta série de situações de crise e desafios persistentes. As intervenções utilizam os princípios e as técnicas centradas na ligação entre os sintomas presentes e os *stressores* familiares significantes, identificando e fortificando os processos de *coping* e adaptação (Walsh, 2003).

O termo resiliência familiar vai para além da visão contextual da resiliência individual, avaliando e intervindo ao nível do sistema familiar, focando-se na resiliência relacional na família como uma unidade funcional. A perspectiva do sistema familiar proporciona a compreensão da influência mediática dos processos familiares na superação das crises ou no sofrimento prolongado. A forma como a família confronta e lida com as experiências disruptivas, com o *stress*, como se reorganiza eficazmente e as mudanças progressivas na vida tem influência imediata na adaptação a longo-prazo para todos os membros da família e para a unidade familiar (Walsh, 1996).

A visão sistémica da resiliência integra a dimensão desenvolvimental, Análise da percepção da qualidade de vida, forças familiares e estratégias de *coping* familiares numa amostra de sujeitos com tentativas de suicídio
Nídia Pinho (e-mail:m1k1nhas@hotmail.com) 2009

assumindo que o impacto de uma crise depende do momento em que esta ocorre (ciclo de vida individual e familiar), uma vez que os processos familiares podem variar ao longo do tempo. Em primeiro lugar, os factores *stressores* contemplam uma trajectória que se estende desde o passado e se prolonga até ao futuro, ao invés de se restringirem a um só momento (Rutter, 1987, *cit. in* Walsh 1996, 2003), exigindo das famílias um conjunto de estratégias que influenciam a adaptação imediata e a longo-prazo dos seus elementos. Em segundo lugar, a sucessão de *stressores* pode aumentar a vulnerabilidade da família e o risco para problemas subsequentes (Boss, 2000, *cit. in* Walsh, 2003), apesar da sua funcionalidade em crises temporalmente restritas. Assim, a ocorrência de sintomas num dos elementos pode estar relacionado com um evento ocorrido na família (Walsh, 2003).

Nenhuma família está livre de problemas. Os *stresses* são parte da vida e as desgraças atacam todas as famílias ao longo do seu ciclo de vida (Walsh, 1996). Estas situações *stressantes* podem “descarrilar” o funcionamento do sistema familiar, abalando todos os membros e as suas relações (Walsh, 2003). Todavia, a perspectiva da resiliência familiar defende que todas as famílias têm capacidade auto-reparativa, procurando identificar e fomentar a solução dos processos para capacitar as famílias a serem mais eficazes e a saírem rapidamente das crises ou das situações *stressantes* persistentes (Walsh, 1996).

Walsh (2003), com o objectivo de dar o seu contributo para a perspectiva da resiliência familiar, desenvolvida sob a influência de uma visão sistémica (integrando contributos das perspectivas ecológica e desenvolvimental), dos modelos baseados nas competências das famílias e da teoria do *stress*, *coping* e adaptação, desenvolveu estudos no sentido de identificar os processos familiares que reduzem o risco de perturbações do funcionamento familiar, diminuem o *stress* e aumentam a capacidade para lidar e crescer com a situação de crise, salientando o sistema de crenças familiares, os padrões de organização e a comunicação. Como vantagens, foram apontadas o facto de se focar nas competências e não nos défices e de não privilegiar um modelo de funcionamento familiar, tendo em consideração o contexto e ciclo de desenvolvimento.

Walsh (2003) com base nos modelos desenvolvidos no âmbito da teoria do *stress* familiar, *coping* e adaptação, e nas afirmações de Boss (2001, *cit. in* Walsh, 2003), defende que o conceito de resiliência não se restringe à capacidade para lidar com situações adversas, pois este também tem a potencialidade de transformação e crescimento pessoal e relacional.

A investigação do funcionamento familiar é muito relevante na identificação dos elementos básicos da resiliência, incluindo processos como a coesão, a flexibilidade, a comunicação aberta, a resolução dos problemas e o sistema de crenças (Walsh, 1996).

Assim, o termo coesão está relacionado com a força das ligações entre os membros da família, indo ao encontro da base relacional da resiliência, contribuindo para este processo o suporte mútuo, a colaboração e o compromisso para enfrentarem juntos as dificuldades. Todavia, os membros da família também necessitam de respeitar as necessidades individuais, as diferenças e os limites/fronteiras claras (Walsh, 2003).

Quanto à comunicação, idealmente deve consistir em mensagens claras e consistentes, contribuindo desta forma para o bom funcionamento familiar (Epstein, Bishop & Levin, 1978, *cit. in* Walsh, 2003). Em situações de crise, a partilha de informações claras e sem ambiguidade acerca dos problemas e expectativas futuras favorece os laços relacionais, a construção

Análise da percepção da qualidade de vida, forças familiares e estratégias de *coping* familiares numa amostra de sujeitos com tentativas de suicídio
Nídia Pinho (e-mail:m1k1nhas@hotmail.com) 2009

conjunta de significados e de decisões, ao invés de uma comunicação marcada pela ambiguidade e secretismo, esta última responsável pelo bloqueio da compreensão, da proximidade e da mestria (Imber-Black, 1995, *cit. in* Walsh 2003) ou ainda pelo impedimento da recuperação e pela condução a desavenças, especialmente em situações difíceis como o suicídio (Walsh & McGoldrick, 1991, *cit. in* Walsh, 2003).

Nas famílias em que o sentimento de afiliação é forte existe a percepção de que se a adversidade for partilhada e se se reunirem esforços, fortalece-se a capacidade para ultrapassá-la, sendo este aspecto evidenciado pelos resultados de que famílias resilientes se caracterizam por esse forte sentimento de afiliação (Beavers & Hampson, 1990, *cit. in* Walsh, 2003). Deste modo, é importante fomentar esse sentimento nas famílias, para que a situação adversa seja interpretada à luz da partilha.

O envolvimento da família permite atenuar a culpa do doente e clarifica a interacção patológica dos seus membros, percebendo alianças, manipulações, fugas, duplas vinculações, rupturas e identificações parentais (Schane & Kovel, 1988, *cit. in* Saraiva, 2006). Segundo Santos (2007), as emoções expressas no seio familiar parecem adquirir uma relevância significativa no estudo do comportamento para-suicidário.

As famílias dos para-suicidas parecem traduzir aglutinação, rigidez, conflitualidade e falta de apoio por parte da comunidade (Santos & Sampaio, 1997). Apesar de a vida familiar ser difícil de investigar, os estudos em torno da família e dos comportamentos suicidários têm encontrado relações significativas entre a história de suicídio na família, as dificuldades de relacionamento entre pais e filhos, os problemas no sistema familiar (como baixa coesão e adaptação) e os comportamentos suicidários (Santos, 2007).

De acordo com a teoria da vinculação de Bowlby (1951; 1982, todos *cit. in* Saraiva, 2006), as capacidades do indivíduo para lidar, com alguma flexibilidade, com acontecimentos de vida negativos são influenciadas pela forma como as ligações afectivas e emocionais se organizam na infância.

O mesmo autor aponta como situações que predisõem mais facilmente crises emocionais suicidárias a morte prematura de pai ou mãe (ou ambos), o divórcio ou outras causas que perturbem o desenvolvimento da personalidade (eventualmente geradoras de patologia psiquiátrica) (Saraiva, 2006).

Vários factores da história familiar podem influenciar o risco de comportamentos suicidas e de consumação de suicídio efectivo. Tanto a história de suicídio (particularmente em familiares de primeiro grau) como a história de doença psiquiátrica na família conferem maior risco. Adicionalmente, a violência, o abuso ou a negligência familiar poderão também estar associados a um risco mais elevado (Kutcher & Chehil, 2007).

Um processo em espiral perante crises na família, nas transições do ciclo de vida, concomitantemente com situações simbióticas que não toleram a autonomia e problemas em lidar com conflitos pode levar a um comportamento suicidário, como forma de linguagem comunicacional (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967, *cit. in* Saraiva, 1997, 2006). Em trabalhos da década de 90 (Adams, Overholser & Spirito, 1994; Adams, Overholser & Lehnert, 1994) foi confirmada a importância do suporte afectivo da família como factor preditivo do suicídio.

Hollenbeck, Dyl e Spirito (2003, *cit. in* Santos, 2007) sensíveis ao papel da família no comportamento suicida, apontam a maximização das forças familiares como a chave para transportar uma família para fora de uma crise, particularmente as capacidades para a resolução de conflitos, a

Análise da percepção da qualidade de vida, forças familiares e estratégias de *coping* familiares numa amostra de sujeitos com tentativas de suicídio
Nídia Pinho (e-mail:m1k1nhas@hotmail.com) 2009

comunicação, as relações parentais e o suporte familiar alargado.

Deste modo, e tal como defende Saraiva (1997; 2006), a grande maioria dos para-suicidas refere o relacionamento familiar como “mau” ou “não bom”. Segundo o mesmo autor (1997; 2006), as famílias dos para-suicidas são mais numerosas do que as da população em geral, o que numa perspectiva etológica predispõe mais facilmente ao eclodir de conflitos, na medida em que as casas são relativamente mais pequenas e, portanto, o território é mais disputado. O suporte social correlaciona-se negativamente com os comentários críticos, sobreenvolvimento emocional e comentários positivos. Numa formulação matemática, através de modelos de equações estruturais, Santos (2006, *cit. in* Saraiva, 2006) e Santos, Saraiva e Veiga (2006, *cit. in* Saraiva, 2006), consideram que dentro da correlação positiva entre emoção expressa e para-suicídio existem factores facilitadores e protectores para a ocorrência de um comportamento suicidário. Nos facilitadores incluem-se, para além naturalmente da emoção expressa: depressão, neuroticismo e externalidade; nos protectores: *coping*, auto-conceito e suporte social.

Farber (1968) estudou as taxas de suicídio na Escandinávia e defende que as mães norueguesas acompanham atentamente os seus filhos e procuram dar-lhes afecto e amor, quanto aos pais, ocupam também um papel relevante e central, contrariamente ao que se passaria na Dinamarca. Desta forma, explicar-se-iam as baixas taxas de suicídio na Noruega quando comparadas com as da Dinamarca.

Também o sociólogo finlandês Allardt (1975, *cit. in* Retterstøl, 1993) se debruçou sobre o suicídio na Escandinávia, encontrando na Noruega uma maior coesão familiar, forte identidade nacional e grau de satisfação superior à dos outros países da região, concluindo que eram estes factores que limitariam o suicídio nesse país nórdico.

O estudo austríaco de Fuchs et al. (1977, *cit. in* Retterstøl, 1993), sobre diversos países europeus, após estudar múltiplas variáveis como idade dos casamentos, dados sociais relacionados com a vida familiar, taxas de nascimento e de divórcio, conclui que a Noruega apresenta relações familiares mais estreitas, o que justifica o lugar privilegiado deste país, até então, nos números do suicídio.

Curiosamente, têm sido formados “grupos de sobreviventes” com o intuito de ajudar os sobreviventes de suicídio com as suas perdas. A Associação Americana de Suicidologia tem alistados mais de 120 grupos de suporte para sobreviventes. Estes grupos partilham os fins da educação, ajudar os sobreviventes a debater os seus sentimentos, activar o suporte social e, quando necessário, referenciá-los para ajuda profissional adicional (Fremouw et al., 1990, *cit. in* Bongar, 1991).

Não se deve esquecer que os para-suicidas não estão sozinhos, existem os amigos e familiares que sofrem pela angústia, receio e inseguranças que esse acto gera em todas as pessoas que por laços emocionais estão ligados aquele que comete um acto frequentemente impulsivo e evitável. No trabalho com este tipo de sujeitos é fundamental ter esperança (Henden, 2008).

II - Objectivos

Neste estudo pretende-se analisar se os indivíduos com tentativa de
Análise da percepção da qualidade de vida, forças familiares e estratégias de *coping* familiares
numa amostra de sujeitos com tentativas de suicídio
Nídia Pinho (e-mail:m1k1nhas@hotmail.com) 2009

suicídio têm uma percepção das estratégias de *coping*, da qualidade de vida familiar e das forças familiares diferentes da percepção dos indivíduos da população geral.

Em função deste objectivo geral definimos como objectivos específicos:

- a) Identificar as dimensões mais fortes e mais frágeis das estratégias de *coping* familiares e das forças familiares na amostra dos indivíduos com tentativa de suicídio;
- b) Identificar a percepção da qualidade de vida na amostra dos indivíduos com tentativa de suicídio;
- c) Analisar as diferenças ao nível da percepção da qualidade de vida, forças familiares e estratégias de *coping* entre o grupo clínico - A e o grupo de comparação - B;
- d) Analisar os efeitos de algumas variáveis sócio-demográficas (local de residência, etapa do ciclo vital, estatuto sócio-económico e idade) na amostra clínica (grupo com tentativa de suicídio).

Partindo dos objectivos acima referidos, poderão ser levantadas algumas hipóteses de investigação:

Hipótese 1: Os indivíduos com tentativa de suicídio apresentam uma percepção das estratégias de coping familiares inferior aos sujeitos sem tentativa de suicídio.

Esta hipótese parte de algumas investigações que pressupõem que os sujeitos que protagonizaram tentativas de suicídio têm estratégias de *coping* mais pobres, comparativamente com o grupo de comparação (Saraiva, 1997; Vaz Serra & Pocinho, 2002; Vaz Serra, Firmino, Ramalheira & Canavarro, 2002, *cit. in* Pinho, 2003).

Hipótese 2: Esperamos que a percepção das forças familiares (crenças e comunicação, capacidade de adaptação, clima familiar e coesão, organização da vida familiar e tomada de decisão, individualidade e apoio social) seja superior no grupo de comparação, relativamente ao grupo clínico.

Esta hipótese baseou-se no facto de o grupo clínico percepcionar as forças familiares, nomeadamente as *crenças e comunicação, capacidade de adaptação, clima familiar e coesão, organização da vida familiar e tomada de decisão, individualidade e apoio social* como inferiores, relativamente ao grupo de comparação. Diversos autores debruçaram-se sobre estes parâmetros, concluindo que o grupo de comparação obtém pontuações mais elevadas na percepção das forças familiares (Walsh, 2003; Saraiva, 2006; Hollenbeck, Dyl e Spirito, 2003, *cit. in* Santos, 2007; Kutcher & Chehil, 2007; Santos, 2007; Williams e Wells, 1989, *cit. in* Palmer, 2008).

Hipótese 3: Espera-se que existam diferenças na forma como as duas amostras avaliam a qualidade de vida da família.

Esta hipótese parte da ideia de que as dificuldades e a consequente qualidade de vida podem levar os sujeitos a sentirem-se desesperados e a tentarem o suicídio. Assim, seria lógico que o grupo clínico obtivesse valores inferiores ao grupo de comparação na forma como avaliam a qualidade de vida (Saraiva, 1997; Saraiva, 2006).

Hipótese 4: É de esperar que a maioria dos para-suicidas classifique o seu ambiente familiar como mau.

Esta hipótese partiu da ideia de que o grupo clínico considera o seu ambiente familiar como mau. Também Saraiva (1997; 2006) sustenta esta hipótese.

III - Metodologia

Este estudo pretende compreender as diferenças ao nível familiar entre os sujeitos com tentativa de suicídio (grupo clínico – 1) e os sujeitos que não protagonizaram esses comportamentos (grupo de comparação – 2).

3.1. Descrição da amostra

Este estudo inclui um grupo de pessoas que protagonizaram tentativas de suicídio (amostra clínica, N= 28) e um grupo de pessoas que não efectuaram esse tipo de comportamentos (amostra de controlo, N= 30).

No grupo clínico as idades variam entre os 22 anos e os 67 anos (M=44,07 anos; DP=11,175 anos), já no grupo de comparação, as idades vão dos 25 anos aos 72 anos (M=46,50 anos; DP=12,165 anos).

Quanto ao género, o grupo clínico é composto por 6 homens (21,4%) e 22 mulheres (78,6%), sendo que o grupo de comparação tem 7 homens (23,3%) e 23 mulheres (76,7%). No que respeita à profissão destes inquiridos, segundo a agregação por grupos profissionais da Classificação Nacional das Profissões, no grupo clínico existe um único sujeito (3,6%) que pertence ao grupo 1 (quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa), 4 sujeitos (14,3%) inserem-se no grupo 2 (especialistas das profissões intelectuais e científicas), 3 indivíduos (10,7%) são incluídos no grupo 3 (técnicos e profissionais de nível intermédio), 3 sujeitos (10,7%) pertencem ao grupo 4 (pessoal administrativo e similares), 4 sujeitos (14,3%) pertencem ao grupo 5 (pessoal dos serviços e vendedores), somente 1 inquirido (3,6%) pertence ao grupo 7 (operários, artífices e trabalhadores similares), tal como acontece no grupo 8 (operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem) – 3,6%, 3 respondentes (10,7%) afirmaram ser domésticas, um dos sujeitos (3,6%) é estudante, 2 (7,1%) estão desempregados e 5 (17,9%) são reformados. Por sua vez, no grupo de comparação 7 sujeitos (23,3%) pertencem ao grupo 2 (especialistas das profissões intelectuais e científicas), 1 indivíduo (3,3%) faz parte do grupo 3 (técnicos e profissionais de nível intermédio), 1 sujeito (3,3%) insere-se no grupo 4 (pessoal administrativo e similares), 5 sujeitos (16,7%) estão no grupo 5 (pessoal dos serviços e vendedores), do grupo 6 (agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas), grupo 8 (operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem) e grupo 9 (trabalhadores não qualificados) fazem parte apenas um único sujeito, o que perfaz a percentagem de 3,3% em cada um destes grupos.

Análise da percepção da qualidade de vida, forças familiares e estratégias de *coping* familiares numa amostra de sujeitos com tentativas de suicídio
Nídia Pinho (e-mail:m1k1nhas@hotmail.com) 2009

Nas habilitações literárias é de ressaltar que dos 28 sujeitos que compõem o grupo clínico 1 deles (3,6%) tem menos que o 4º ano, 8 (28,6%) têm o 4º ano, 3 (10,7%) têm o 6º ano, 4 (14,3%) têm o 9º ano, 7 (25%) têm o 12º ano e 5 (17,9%) completaram o ensino superior. No que concerne ao grupo de comparação, 11 sujeitos (36,7%) têm o 4º ano, 4 sujeitos (13,3%) têm o 6º ano, 3 sujeitos (10%) têm o 9º ano, tal como o 12º ano (3 sujeitos – 10%), 2 dos inquiridos (6,7%) têm o ensino médio e 7 indivíduos (23,3%) têm o ensino superior.

Relativamente ao local de residência, dos 27 inquiridos do grupo clínico que responderam a esta questão, dado que houve 1 *missing*, 16 (57,1%) vivem num local predominantemente urbano, 4 (14,3%) num local medianamente urbano e 7 (25%) num local predominantemente rural. Quanto ao grupo de comparação, 10 sujeitos (33,3%) vivem num local predominantemente urbano, 9 (30%) residem num local medianamente urbano e 11 (36,7%) num local predominantemente rural. No que diz respeito à etapa do ciclo vital, o grupo clínico é composto por um inquirido (3,6%) que pertence à primeira etapa do ciclo vital (*casal sem filhos*), 2 sujeitos (7,1%) com filhos pequenos ou em idade pré-escolar, 5 pessoas (17,9%) que se encontram na etapa da *família com filhos em idade escolar*, 7 (25%) *famílias com filhos adolescentes*, 4 sujeitos (14,3%) que estão na etapa da *família lançadora*, 3 inquiridos (10,7%) pertencem à etapa do *ninho vazio*, uma (3,6%) das pessoas está na última etapa do ciclo vital: *idosos* e a 5 dos inquiridos (17,9%) a etapa do ciclo vital não se aplica (provavelmente sujeitos que vivem sozinhos). O grupo de comparação é constituído por 5 elementos (16,7%) que estão na primeira etapa do ciclo vital (*casal sem filhos*), um sujeito (3,3%) que se encontra na etapa do ciclo vital *família com filhos pequenos ou em idade pré-escolar*, 2 sujeitos (6,7%) estão na etapa da *família com filhos em idade escolar*, 4 (13,3%) estão na quarta etapa (*família com filhos adolescentes*), 12 sujeitos (40%) encontram-se na etapa *família lançadora*, 3 (10%) estão no *ninho vazio* e 3 (10%) encontram-se na última etapa – *idosos*.

Relativamente à forma de família, em ambos os grupos a maioria dos participantes está inserido numa família nuclear intacta: grupo clínico: N=16 (57,1%); grupo de comparação: N=27 (90%). No grupo clínico 2 dos sujeitos (7,1%) têm uma família pós-divórcio, 5 dos sujeitos (17,9%) uma constelação monoparental e 5 dos inquiridos (17,9%) têm outra forma de família. No grupo de comparação há um sujeito (3,3%) com uma forma de família pós-divórcio, 1 respondente (3,3%) está inserido numa família reconstituída e 1 dos sujeitos (3,3%) tem outro tipo de constelação.

No que concerne ao nível sócio-económico, 15 elementos (53,6%) do grupo clínico e 18 (60%) do grupo de comparação pertencem a um nível baixo, no nível sócio-económico médio encontram-se 9 pessoas (32,1%) do grupo clínico e 8 (26,7%) do grupo de comparação e o nível sócio-económico alto é composto por 4 inquiridos de ambos os grupos, o que em questões de percentagem significa 14,3% do grupo clínico e 13,3% do grupo de comparação.

Tabela 1. Caracterização dos sujeitos da amostra clínica e de controlo

	Sujeitos com tentativas de suicídio Grupo 1	Sujeitos sem tentativas de suicídio Grupo 2

Análise da percepção da qualidade de vida, forças familiares e estratégias de *coping* familiares numa amostra de sujeitos com tentativas de suicídio
Nídia Pinho (e-mail:m1k1nhas@hotmail.com) 2009

Variáveis		N= 28		N= 30	
		N	%	N	%
Género	Masculino	6	21,4%	7	23,3%
	Feminino	22	78,6%	23	76,7%
Idade	22-32	3	10,7%	4	13,3%
	33-42	10	35,8%	6	20%
	43-52	9	32,3%	12	40,1%
	53-62	4	14,3%	5	16,6%
	63-72	2	7,2%	3	9,9%
Profissão Principal	G1	1	3,6%	0	0%
	G2	4	14,3%	7	23,3%
	G3	3	10,7%	1	3,3%
	G4	3	10,7%	1	3,3%
	G5	4	14,3%	5	16,7%
	G6	0	0%	1	3,3%
	G7	1	3,6%	0	0%
	G8	1	3,6%	1	3,3%
	G9	0	0%	1	3,3%
	Doméstica	3	10,7%	6	20%
	Estudante	1	3,6%	1	3,3%
	Sem Profissão	0	0%	0	0%
	Resposta nula	0	0%	0	0%
	Desempregado/RSI	2	7,1%	2	6,7%
	Reformado	5	17,9%	4	13,3%
Nível de escolaridade	<4º ano	1	3,6%	0	0%
	4º ano	8	28,6%	11	36,7%
	6º ano	3	10,7%	4	13,3%
	9º ano	4	14,3%	3	10%
	12º ano	7	25%	3	10%
	Ensino médio	0	0%	2	6,7%
	Ensino superior	5	17,9%	7	23,3%
Formas de Família	Nuclear intacta	16	57,1%	27	90%
	Pós-divórcio	2	7,1%	1	3,3%
	Monoparental	5	17,9%	0	0%
	Reconstituída	0	0%	1	3,3%
	Adoptiva	0	0%	0	0%
	Família de casal homossexual	0	0%	0	0%
	Outras constelações	5	17,9%	1	3,3%
Local de residência	Predominantemente urbano	16	57,1%	10	33,3%
	Medianamente urbano	4	14,3%	9	30%
	Predominantemente rural	7	25%	11	36,7%

Análise da percepção da qualidade de vida, forças familiares e estratégias de *coping* familiares numa amostra de sujeitos com tentativas de suicídio
Nídia Pinho (e-mail:m1k1nhas@hotmail.com) 2009

Nível sócio-económico	Baixo	15	53,6%	18	60%
	Médio	9	32,1%	8	26,7%
	Elevado	4	14,3%	4	13,3%
Etapa do ciclo vital	Casal sem filhos	1	3,6%	5	16,7%
	Família com filhos pequenos	2	7,1%	1	3,3%
	Família com filhos em idade escolar	5	17,9%	2	6,7%
	Família com filhos adolescentes	7	25%	4	13,3%
	Família lançadora	4	14,3%	12	40%
	Ninho vazio	3	10,7%	3	10%
	Idosos	1	3,6%	3	10%
	Não se aplica	5	17,9%	0	0%

3.2. Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram seleccionados com base nos objectivos específicos do estudo em questão. Assim, foi aplicado um questionário sócio-demográfico, o inventário Qualidade de Vida – versão parental (Olson & Barnes, 1982) versão portuguesa adaptada por NUSIAF – Sistémica (2007), o Questionário de Forças Familiares (Melo & Alarcão, 2007), o F-COPES (Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales – McCubbin, Olson & Larsen, 1981) versão portuguesa adaptada por NUSIAF – Sistémica (2008) e um Questionário de Identificação de Situações de Tentativa de Suicídio formulado por nós e composto por algumas questões que nos pareceram pertinentes e úteis para o estudo em questão.

De seguida, serão caracterizados os instrumentos incluídos no protocolo.

3.2.1. Questionário Sócio-Demográfico¹

Este questionário pode ser preenchido pelo investigador ou pelo respondente, pretendendo recolher os dados demográficos relativos ao respondente e sua família.

Deste instrumento fazem parte uma série de dimensões fundamentais para a natureza e amplitude deste estudo. Assim, os campos a preencher são: dados pessoais – idade, género, profissão, nível de escolaridade, estado civil, local de residência, nacionalidade e religião; composição do agregado familiar – parentesco (pai, mãe, filho, filha, marido, mulher, irmão, etc.), idade, género, profissão e nível de escolaridade das pessoas que vivem com o inquirido, bem como grau de parentesco, idade, profissão, estado civil e motivo da permanência de outras pessoas que vivam no agregado familiar (avô, avó, tio, etc.); alguém na família sofre de alguma doença, se sim, é questionado quem, qual a doença, tipo específico, data do diagnóstico, tipo de acompanhamento (ambulatório, consulta externa, internamento, centro de saúde ou nenhum), fase de evolução (crise, crónica ou terminal), situação actual (estabilizada, em remissão ou em crise) impacto da doença (ligeiro, moderado ou forte) e gravidade da doença (ligeira, moderada ou severa); se já faleceu alguém significativo, em caso afirmativo, quem, idade, causa, se foi esperado ou inesperado, há quanto tempo ocorreu e o que sente

¹ Anexo 1

actualmente (ainda acho que isso não aconteceu, ainda não quero pensar nem falar no assunto, ainda sinto que estou a sofrer de uma forma muito intensa, actualmente estou a tentar ajustar-me a esta nova maneira de viver, actualmente estou a tentar recompor a minha vida ou agora, guardo as memórias da pessoa que perdi, continuando a olhar em frente e a seguir a minha vida); alguém significativo se divorciou e, se sim, quem, esperado/inesperado, há quanto tempo e qual o impacto (ligeiro, moderado ou forte); alguma vez a família recorreu a algum tipo de ajuda psicológica e, se sim, a que tipo de instituição, motivo do pedido, tipo de pedido (terapia individual, terapia familiar, terapia de casal, etc.), quanto tempo tiveram apoio e se nesta altura ainda têm esse apoio; na doença ou noutras situações difíceis com que apoio é que mais pode contar (numerar por ordem de importância – família chegada, família alargada, comunidade e instituições); como avalia o *stress* da família (de muito pouco – 1 a muitíssimo – 5), como avalia a qualidade de vida da família (muito má – 1 a muito boa – 5), como avalia as forças/capacidades da família para lidar com os problemas/dificuldades (muito más – 1 a muito boas – 5) e, para terminar, como é que acha que a sua família se adapta, em geral, às dificuldades (muito mal – 1 a muito bem – 5).

Este questionário tem a particularidade de ter dois campos de resposta destinados exclusivamente ao investigador, para preencher no final da entrevista. O primeiro item é a etapa do ciclo vital, que é respondida segundo o estudo levado a cabo por Olson, McCubbin e colaboradores (1983). Deste modo, tendo em consideração a idade do filho mais velho (quando há filhos) e as crises (esperadas) que a família enfrenta à medida que as crianças vão crescendo, deve ser assinalada uma das sete etapas utilizadas: *casal sem filhos; famílias com filhos pequenos ou em idade pré-escolar; famílias com filhos em idade escolar; famílias com filhos adolescentes; famílias “lançadoras”; “ninho vazio” e família na reforma/idosos*. No caso de não se aplicar a etapa do ciclo vital, deve ser assinalado o número 8: não se aplica. O segundo item é a classificação do nível sócio-económico que é determinado através do cruzamento da profissão principal, da situação na profissão e da escolaridade, de acordo com a tipologia usada por Simões (1994).

3.2.2. Qualidade de Vida - QV²

O inventário *Quality of Life* (QOL) foi construído por Olson e Howard, em 1982.

Este instrumento pretende avaliar a qualidade de vida percebida pelo indivíduo, nos diversos domínios que avalia. Este inventário de auto-resposta tem duas versões: versão parental (40 itens) e versão para adolescentes (25 itens), sendo que 19 itens são comuns a ambas as escalas. O principal objectivo das duas versões é captar o grau de satisfação do sujeito com cada uma das dimensões de qualidade de vida que avaliam. No presente estudo, usou-se apenas a versão parental, utilizando a tradução portuguesa do instrumento em questão, validada por Simões (2008).

As respostas à questão “Qual o seu nível de satisfação com?” são dadas segundo uma escala do tipo Likert de cinco pontos (1 - “Insatisfeito”,

² Anexo 2

Posteriormente, podemos-nos referir a este instrumento utilizando simplesmente a sigla “QV”.

2 - “Pouco Satisfeito”, 3 - “Geralmente Satisfeito”, 4 - “Muito Satisfeito” e 5 - “Extremamente Satisfeito”). Este instrumento permite obter um indicador global de percepção da qualidade de vida (resultado total) e, na versão original, também é possível obter a análise por Factor (num total de 12 Factores: *bem-estar financeiro*, *tempo*, *vizinhança e comunidade*, *casa*, *mass media*, *relações sociais e saúde*, *emprego*, *religião*, *família e conjugalidade*, *filhos e educação*).

No ano lectivo 2008/2009, foi feito um estudo de validação do inventário Qualidade de Vida para a população portuguesa, com uma amostra de 297 sujeitos, tendo sido obtido um *alpha de Cronbach* de 0,92 para a escala total. Por sua vez, a média de respostas para a escala total foi de 125,49 e o desvio-padrão de 20,08.

Neste estudo obteve-se uma estrutura factorial de 11 factores: *bem-estar financeiro* (itens 20, 29, 30, 31,33, 34), *tempo* (itens 16, 17, 18, 19), *vizinhança e comunidade* (itens 35, 36, 37, 38, 39, 40), *casa* (itens 9, 10, 11, 12, 13), *mass media* (itens 26, 27, 28), *relações sociais e saúde* (itens 5, 6, 7, 8), *emprego* (itens 23, 24), *religião* (itens 21, 22), *família e conjugalidade* (itens 1, 2), *filhos* (itens 3, 4) e *educação* (itens 14, 15, 25, 32).

3.2.3. Questionário de Forças Familiares – QFF³

O Questionário de Forças Familiares (QFF) foi construído por Melo e Alarcão (2007) com base na proposta de caracterização dos processos de resiliência familiar de Walsh (2003; 2006). Este instrumento é composto por 29 itens que foram construídos com base na revisão da literatura e na prática profissional com famílias, descrevendo características relativas ao funcionamento familiar, teoricamente organizado de acordo com três processos – sistema de crenças familiares, processos organizacionais, comunicação e resolução de problemas.

Trata-se de uma escala tipo Likert de cinco pontos (1 – Nada parecidas, 2 – Pouco parecidas, 3 – Mais ou menos parecidas, 4 – Bastante parecidas, 5 – Totalmente parecidas).

Este instrumento está agrupado em 6 factores: *crenças e comunicação* (itens 10, 11, 15, 16, 21, 24, 25, 26, 28), *capacidade de adaptação* (itens 18, 20, 22, 23), *clima familiar positivo e coesão* (itens 1, 2, 3, 6, 14), *organização da vida familiar e tomada de decisão* (itens 5, 9, 12, 13, 29), *individualidade* (itens 4, 7, 8) e *apoio social* (itens 17, 19, 27).

A amostra utilizada no estudo deste instrumento foi constituída por 211 sujeitos e relativamente à escala total, o valor de *alpha de Cronbach* obtido foi de 0,93.

3.2.4. F-COPES – Escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família⁴

O *Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale* (F-COPES) foi desenvolvido por McCubbin, Olson e Larsen (1981) e tem como objectivo avaliar as estratégias comportamentais e de resolução de problemas que as famílias utilizam em situações de desafio ou perante as dificuldades. Assim,

³ Anexo 3

Posteriormente, podemos-nos referir a este instrumento utilizando simplesmente a sigla “QFF”.

⁴ Anexo 4

Posteriormente, podemos-nos referir a este instrumento utilizando simplesmente a sigla “F-COPES”.

avalia variáveis relacionadas com as estratégias de *coping* da família, isto é, atitudes e comportamentos efectivos que a família desenvolveu para resolver ou responder a problemas e dificuldades. Tais estratégias envolvem quer recursos familiares, quer recursos sociais e comunitários.

A tradução/versão portuguesa deste instrumento é de Vaz Serra, Firmino, Ramalheira e Canavarro (1990), intitulando-se de Escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família. Em 2008 foi validada por Martins, versão da escala do NUSIAF – SISTÊMICA composta por 30 itens, integrando o item 18⁵, apesar deste ter sido excluído da escala original por não se agrupar em nenhum dos factores.

Esta escala tem por base o Modelo Duplo ABC-X de McCubbin e Patterson (1982) e os autores integraram nas estratégias de *coping* os recursos familiares e a percepção e significado do acontecimento, da teoria do *stress* familiar. As estratégias de *coping* familiar foram agrupadas em duas dimensões: internas (dentro do sistema familiar) e externas (da família para o ambiente social).

Este instrumento de auto-resposta é composto por 30 itens que se agrupam em cinco Factores: *reenquadramento* (itens 3, 7, 11, 13, 15, 22, 24), *apoio espiritual* (itens 14, 23, 27, 30), *aquisição de apoio social – relações de vizinhança* (itens 8, 10, 29), *aquisição de apoio social – relações íntimas* (itens 1, 2, 4, 5, 16, 25) e *mobilização de apoio formal* (itens 6, 9, 21). Assim, a versão original permite obter dois indicadores: resultado total de Estratégias de *Coping* e resultado por Factor (5 Factores).

A escala de resposta é uma escala tipo Likert com cinco alternativas de resposta: 1 - “Discordo muito”, 2 - “Discordo moderadamente”, 3 - “Não concordo nem discordo”, 4 - “Concordo moderadamente” e 5 - “Concordo muito”. A um resultado mais elevado corresponde um valor mais elevado de estratégias de *coping*.

Ao nível da consistência interna, os estudos originais - Olson, McCubbin e colaboradores (1985) obtiveram para a escala total um *alpha de Cronbach* de 0,86. No ano 2008, Martins obteve um valor de *alpha de Cronbach* de 0,846, bastante semelhante ao original e indicador de uma boa consistência interna (Pestana & Gajreiro, 2005). O estudo em questão integrava um total de 372 sujeitos e, tal como o estudo original, era composto por 30 itens.

Quadro 1. Estrutura factorial original do F-COPES

Sub-escalas	Itens	Alpha de Cronbach
<i>Aquisição de suporte social</i>	1,2,4,5,10,16,20,25,29	0,83
<i>Reenquadramento</i>	3,7,11,13,15,19,22,24	0,82
<i>Apoio espiritual</i>	14,23,27,30	0,80
<i>Mobilização de apoio formal</i>	6,8,21	0,71
<i>Avaliação passiva</i>	12,17,18, 26,28	0,63
Valor da Escala Total (autores originais)	---	0,86

Quadro 2. Versão de 5 factores do F-COPES

⁵ “Fazemos exercício físico com os amigos para mantermos uma boa condição física e reduzir a tensão”.

Análise da percepção da qualidade de vida, forças familiares e estratégias de *coping* familiares numa amostra de sujeitos com tentativas de suicídio
Nídia Pinho (e-mail:m1k1nhas@hotmail.com) 2009

Sub-escalas	Itens	Alpha de Cronbach
<i>Reenquadramento</i>	22,3,24,11,7,15	0,77
<i>Procura de apoio espiritual</i>	23,14,27,30	0,85
<i>Aquisição de apoio social</i>	10,8,29,2,16,4	0,80
<i>Mobilização familiar para a aquisição e aceitação de ajuda</i> <i>Aquisição de apoio social</i>	21,25,6,9,5,17,26,1,18	0,76
<i>Avaliação passiva</i>	12,13,20,19	0,59
Valor da Escala Total	---	0,846
Valor da Escala Total (validação deste ano lectivo)	---	0,846

3.3. Procedimentos

Para a realização do presente estudo foi necessário a recolha de duas amostras: uma clínica e outra de comparação.

Relativamente à amostra clínica (sujeitos que protagonizaram tentativas de suicídio), tratou-se de uma amostra por conveniência (Pais-Ribeiro, 2007), composta por sujeitos disponíveis, cujos critérios de inclusão foram: sujeitos que tivessem tentado o suicídio e que fossem casados ou vivessem em união de facto ou, que pelo menos, já tivessem passado por essa experiência (como viúvos e divorciados). A amostra foi recolhida no Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo, na Extensão de Saúde de Taveiro, no Centro de Saúde da Nazaré e respectiva Extensão de Saúde de Famalicão.

Dado que os protocolos são de auto-resposta, foi dada total liberdade aos sujeitos para escolherem se pretendiam responder na nossa presença ou sozinhos. Os protocolos em questão são constituídos por uma página com informação dirigida aos participantes⁶, bem como pelos seguintes instrumentos: Questionário Sócio-Demográfico, Inventário de Qualidade de Vida, Questionário de Forças Familiares, F-COPES e um Questionário de Identificação de Situações de Tentativa de Suicídio.

Quanto à amostra do grupo de comparação, também foi uma amostra por conveniência (Pais-Ribeiro, 2007) em que os critérios de admissão passavam por nunca ter tido um comportamento para-suicida e ser casado, ou viver em união de facto, ou ser viúvo ou divorciado.

IV – Resultados

Todos os procedimentos estatísticos apresentados de seguida foram elaborados a partir do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences versão 15.0 for Windows - 2006) e, dado o *N* do grupo clínico ser pequeno (*N*=28), optámos por utilizar testes não paramétricos.

⁶ Anexo 5

4.1. Hipóteses de Investigação

Hipótese 1: Os indivíduos com tentativa de suicídio apresentam uma percepção das estratégias de *coping* familiares inferior aos sujeitos sem tentativa de suicídio.

Para testar esta hipótese, compararam-se as duas amostras relativamente ao resultado total do F-COPES e das suas sub-escalas, através do teste de Mann-Whitney (Ver tabela 2).

Tabela 2. Valores de U nos totais das escalas F-COPES, QV e QFF entre grupo clínico e grupo de comparação

	Grupo	M	U
COPES TOTAL	clínico	22,15	233,5
	comparação	29,16	
Copes - Reenquadramento	clínico	21,70	217,5 (p<.05)
	comparação	31,73	
Copes - Apoio Formal	clínico	34,95	267,5 (p<.05)
	comparação	24,42	

O teste de Mann-Whitney mencionado na tabela 2 revela a presença de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (A e B) para os factores *Reenquadramento* (U = 217,500; p = 0,018 p<.05) e *Apoio Formal* (U = 267,500; p = 0,017 <.05) do Inventário F-COPES.

Para complementar a análise relativa a esta hipótese sobre as estratégias de *coping*, testámos a diferença entre as duas amostras relativamente à questão do questionário sócio-demográfico sobre a percepção do *stress* na família (numa escala de 5 pontos, desde o pouco a muito *stress*). Usámos o *Chi-Square* para comparar a distribuição das respostas nos dois grupos, obtendo-se uma diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 9,615$, p=.002 p<.05) com o grupo clínico a perceber muito mais *stress* familiar do que o grupo de comparação.

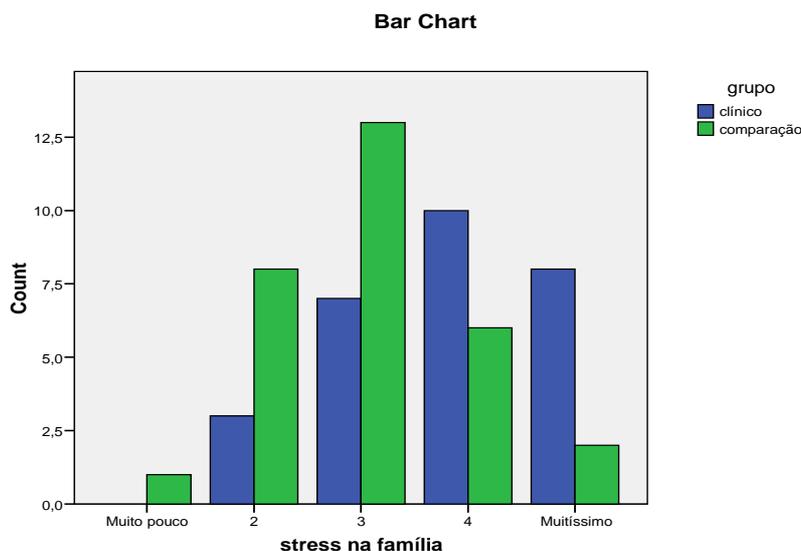


Gráfico 1. Distribuição das respostas do stress familiar em ambos os grupos

No gráfico estão patentes as diferenças entre os grupos na percepção do *stress* familiar. Maioritariamente, o grupo clínico pontua o *stress* familiar como sendo muito (10 sujeitos) ou muitíssimo (8 sujeitos), contrariamente ao grupo de comparação que destaca a sua pontuação no pouco (8 sujeitos) e no valor central (13 sujeitos).

Hipótese 2: Esperamos que a percepção das forças familiares (*crenças e comunicação, capacidade de adaptação, clima familiar e coesão, organização da vida familiar e tomada de decisão, individualidade e apoio social*) seja superior no grupo de comparação, relativamente ao grupo clínico.

O grupo de comparação apresenta valores mais elevados na pontuação total do inventário, bem como em todos os seus factores. Contudo, nem sempre essas diferenças são estatisticamente significativas.

Tabela 3. Teste de Mann-Whitney para o total do Questionário de Forças Familiares (QFF) em função do Grupo

	Grupo	N	Mean Rank	Mann-Whitney U
QFFTOTAL	Clínico	26	23,31	
	Comparação	29	32,21	
	Total	55		255,000

Na tabela 3 o teste de Mann-Whitney evidencia-nos a presença de diferenças significativas entre os grupos (clínico e de comparação) relativamente ao total do Questionário de Forças Familiares ($U = 255$; $p = 0,040 < .05$).

Tabela 4. Teste Mann-Whitney para o factor Crenças e Comunicação em função do Grupo

	Grupo	N	Mean Rank	Mann-Whitney U
--	-------	---	-----------	----------------

CRENÇAS E COMUNICAÇÃO	Clínico	28	24,29	
	Comparação	29	33,55	
	Total	57		274,000

A tabela 4 apresenta a comparação entre as médias obtidas em ambas as amostras em função do factor *crenças e comunicação* do Questionário de Forças Familiares (QFF). Segundo o teste U de Mann-Whitney são notórias diferenças estatisticamente significativas ($U = 274$; $p = 0,035 < .05$).

Tabela 5. Teste de Mann-Whitney para o factor Capacidade de Adaptação em função do Grupo

	Grupo	N	Mean Rank	Mann-Whitney U
CAPACIDADE DE ADAPTAÇÃO	Clínico	27	24,06	
	Comparação	30	33,45	
	Total	57		271,500

Tendo em conta o *Teste de Mann-Whitney* mencionado na tabela 5, podemos perceber que o factor *capacidade de adaptação* do Questionário de Forças Familiares (QFF) mostra-se significativamente diferente tendo em conta a média dos dois grupos ($U = 271,500$; $p = 0,032 < .05$).

Tabela 6. Teste de Mann-Whitney para o factor Clima Familiar Positivo e Coesão em função do Grupo

	Grupo	N	Mean Rank	Mann-Whitney U
CLIMA FAMILIAR POSITIVO E COESÃO	Clínico	27	23,98	
	Comparação	29	32,71	
	Total	56		269,500

O *Teste de Mann-Whitney* mencionado na tabela 6, revela a presença de diferenças estatisticamente significativas ao nível do factor *clima familiar positivo e coesão* do Questionário de Forças Familiares ($U = 269,500$; $p = 0,045 < .05$).

Tabela 7. Teste de Mann-Whitney para o factor Individualidade em função do Grupo

	Grupo	N	Mean Rank	Mann-Whitney U
INDIVIDUALIDADE	Clínico	28	24,55	
	Comparação	30	34,12	
	Total	58		281,500

Na tabela 7 é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas no factor *individualidade* ($U = 281,500$; $p = 0,030 < .05$) do Questionário de Forças Familiares.

Tal como era esperado, a média do grupo de comparação é superior à média do grupo clínico em todas as dimensões, todavia, essas diferenças só são estatisticamente significativas nas dimensões: *crenças e comunicação*, *capacidade de adaptação*, *clima familiar positivo e coesão* e *individualidade*.

Na resposta à questão do questionário sócio-demográfico sobre a percepção das forças familiares foram detectadas diferenças estatisticamente significativas, com um valor de $\chi^2 = 9,511$; $p = .013 < .05$ entre o grupo clínico e o grupo de comparação.

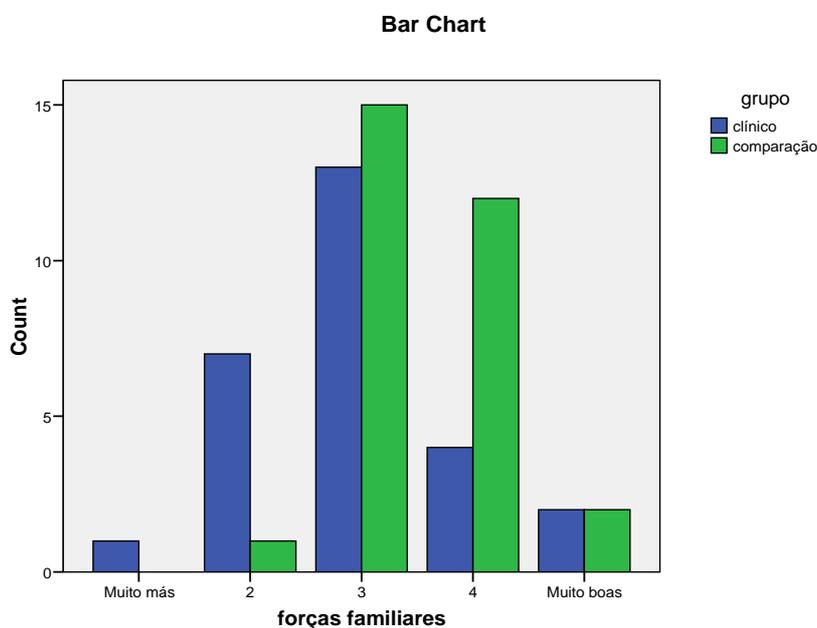


Gráfico 2. Distribuição das respostas relativas à percepção das forças familiares no grupo A e no grupo B

Inesperadamente, o número de sujeitos que classifica as suas forças familiares como muito boas não se diferencia (2 indivíduos), tal como acontece no item central e no item muito más, onde os valores são bastante semelhantes. Contrariamente, no item boas o grupo de comparação perfaz um total de 12 sujeitos e o grupo clínico soma apenas 4 sujeitos, diferença esta que também é notória no item más – 7 sujeitos do grupo clínico e 1 sujeito do grupo de comparação.

Hipótese 3: Espera-se que existam diferenças na forma como as duas amostras avaliam a qualidade de vida da família.

Através do *teste de Mann-Whitney* verificou-se que não há diferenças significativamente estatísticas para o índice total da Qualidade de vida (M grupo clínico = 13,61; M grupo comparação = 14,42; $U = 85,5$; $p > .05$)

Na resposta à questão do questionário sócio-demográfico sobre a percepção da Qualidade de vida familiar não foram detectadas diferenças estatisticamente significativas, com um valor de $\chi^2 = 1,582$; $p = .450 > .05$ entre o grupo A e o grupo B.

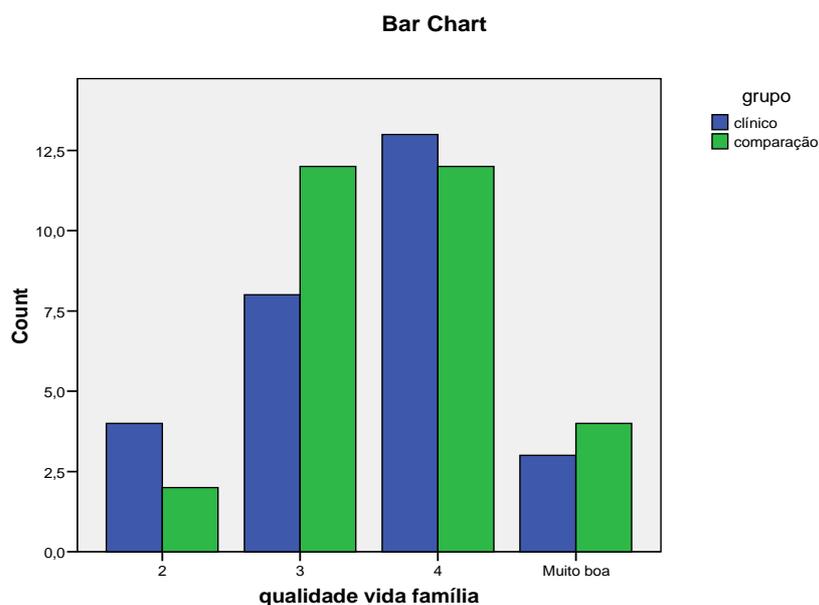


Gráfico 3. Distribuição das respostas relativas à percepção da qualidade de vida no grupo A e no grupo B

Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas na percepção da qualidade de vida de ambos os grupos, é de destacar o facto de nenhum dos respondentes, independentemente do grupo, classificar a qualidade de vida na família como muito má.

Hipótese 4: É de esperar que a maioria dos para-suicidas classifique o seu ambiente familiar como mau.

Através da questão 9⁷ do Questionário de Identificação de Situações de Tentativa de Suicídio foi possível verificar que a maioria dos inquiridos do grupo clínico não classificam o seu ambiente/relacionamento familiar como mau.

Tabela 8. Tabela de Frequências na Classificação do ambiente/relacionamento familiar pelo grupo clínico

	Frequências	Percentagens
Muito mau	2	7,1
Mau	6	21,4
Bom	15	53,6
Muito bom	4	14,3
Missing	1	3,6
Total	28	100,0

⁷ “Como classifica o seu ambiente/relacionamento familiar?”

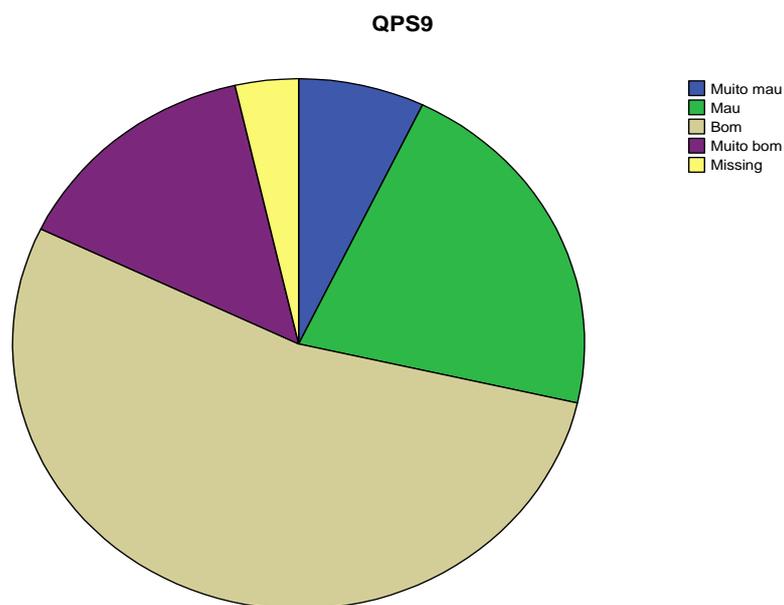


Gráfico 4. Distribuição das respostas sobre percepção do ambiente/relacionamento familiar no Grupo clínico

Contrariamente ao previsto, a maioria dos participantes do grupo clínico classificaram o seu ambiente/relacionamento familiar como bom (15 sujeitos). Do total de 27 sujeitos que responderam a esta questão, dado que houve um *missing*, apenas 6 inquiridos qualificaram o seu ambiente/relacionamento familiar como mau e 2 como muito mau.

O facto de a maioria dos respondentes classificarem o ambiente/relacionamento familiar como bom pode-se dever a uma idealização por parte dos participantes. Esta hipótese ganha força se pensarmos no gráfico da percepção das forças familiares (gráfico 2) que é bastante divergente do gráfico em questão.

4.2. Análises exploratórias

Para além dos testes das hipóteses, considerámos essencial analisar na amostra clínica a influência de algumas variáveis sócio-demográficas (género e nível sócio-económico) nas variáveis dependentes analisadas.

Tabela 9. Teste de Mann-Whitney para o factor Apoio Formal em função do Género

	Género	N	Mean Rank	Mann-Whitney U
APOIO FORMAL	M	6	7,50	
	F	22	16,41	
	Total	28		24,000

O teste de Mann-Whitney patente na tabela 9 declara a presença de diferenças estatisticamente significativas ao nível do género, tendo em conta o apoio formal ($U = 24,00$; $p = 0,017 < .05$).

Tabela 10. Teste de Mann-Whitney para o factor Apoio Social em função do Género

	Género	N	Média	Mann-Whitney U
APOIO SOCIAL	M	6	7,33	
	F	22	16,45	
	Total	28		23,000

Através da análise da tabela 10 podemos verificar que no factor *apoio social* existe uma diferença estatisticamente significativa entre ambos os géneros ($U = 23,000$; $p = 0,014 < 0,05$).

Tabela 11. Teste de Kruskal-Wallis para o factor Apoio Espiritual em função do Nível sócio-económico

	Nível sócio-económico	N	Mean Rank	χ^2_{KW}
Apoio Espiritual	NE baixo	15	18,50	7,717($p < .05$)
	NE médio	9	9,94	
	NE alto	4	9,75	
	Total	28		

Os resultados da tabela 11 indicam que existe um efeito estatisticamente significativo do nível sócio-económico sobre o factor *apoio espiritual* ($\chi^2_{KW}(2) = 7,717$, $p = 0,021$).

Tabela 12. Teste de Kruskal-Wallis para a Escala total da Qualidade de Vida em função do Nível sócio-económico

	Nível sócio-económico	N	Mean Rank	χ^2_{KW}
QV TOTAL	NE baixo	5	4,20	5,937 ($p < .05$)
	NE médio	5	10,60	
	NE alto	4	7,75	
	Total	14		

Quanto aos resultados da análise do efeito do nível sócio-económico sobre o total do Inventário da Qualidade de Vida (QV), estes indicam que existe um efeito estatisticamente significativo ($\chi^2_{KW}(2) = 5,937$, $p = 0,051$).

Questionário de identificação de situações de tentativa de suicídio⁸

3. Quais os métodos utilizados nas tentativas?

Dos 28 sujeitos que constituíram o grupo clínico, 18 fizeram tentativa de suicídio com comprimidos, 3 recorreram aos comprimidos e a outros processos (cortes no braço, precipitação de um 2º andar, atirar-se para a linha de comboio). Dos que tomaram apenas comprimidos, 11 fizeram uma única tentativa e 1 fez cinco tentativas!

⁸ Anexo 6

4. Algo mudou (na família, nos amigos, nos colegas...) desde a tentativa de suicídio?

Metade dos inquiridos, ou seja, 14 indivíduos responderam que nada mudou, contrariamente à outra metade que respondeu que sim, que algo mudou. Esta questão reporta-nos para o item 5 (se respondeu sim, o que mudou).

5. Se respondeu sim, o que mudou?

Os sujeitos da amostra clínica que responderam a esta questão (50%) consideram ter havido mudanças positivas, nomeadamente: foram alvos de maior atenção, preocupação, suporte, conforto, ajuda, vigília e proximidade.

6. Como é que a sua família/amigos/colegas responderam ao saber da sua tentativa de suicídio?

Maioritariamente, os familiares e amigos dos indivíduos que constituem o grupo clínico reagiram mal ao saber do sucedido, sendo que em quatro situações “não aceitaram”. É ainda de destacar o facto de dois sujeitos referirem que foram “ignorados/desprezados”.

V – Discussão

Começando pela exploração dos resultados alcançados, realça-se a corroboração de três das quatro hipóteses de investigação levantadas, assim como alguns resultados interessantes ao nível das análises exploratórias.

Deste modo, foi corroborado que os indivíduos com tentativa de suicídio apresentam uma percepção das estratégias de *coping* familiares inferior aos sujeitos sem tentativa de suicídio. Para corroborar esta hipótese compararam-se as duas amostras relativamente aos resultados no F-COPES (total e factores) através do *Teste de Mann-Whitney*, encontrando-se valores estatisticamente significativos nos factores *reenquadramento* e *apoio formal*. Dado que esta hipótese se relaciona com as estratégias de *coping*, considerámos pertinente analisar a percepção do *stress* na família, utilizando o *Chi-Square* para comparar a distribuição das respostas nos dois grupos, obtendo assim uma diferença estatisticamente significativa, com o grupo clínico a perceber muito mais *stress* familiar do que o grupo de comparação.

É importante referir que o conceito de *coping* se refere ao conjunto de estratégias utilizadas pelo ser humano e pela família para lidar com as ocorrências/circunstâncias adversas ou indutoras de *stress*. Saraiva (1997) e Santos (2007) constataram que estes indivíduos têm estratégias de *coping* significativamente mais pobres e inadequadas do que a população geral (grupo de comparação), bem como dificuldades na flexibilização do pensamento perante situações de *stress* (Patsiokas, Clum & Luscomb, 1979) que contribuem para que os para-suicidas apresentem défices na resolução de problemas (McLeavey, Daly, Murray, O’Riordan & Taylor, 1987, *cit. in* Saraiva, 1997, 2006). Além disso, Vaz Serra e Pocinho (2002) mencionam que estudos realizados com indivíduos com tendências suicidas mostram que estes tendem a apresentar uma menor confiança nas suas aptidões quanto à sua capacidade para a resolução de problemas, um menor controlo relativamente ao problema e um abandono passivo perante as ocorrências, esperando que os problemas se resolvam por si e mostrando ainda ser pouco versáteis na procura de soluções.

Análise da percepção da qualidade de vida, forças familiares e estratégias de *coping* familiares numa amostra de sujeitos com tentativas de suicídio
Nídia Pinho (e-mail:m1k1nhas@hotmail.com) 2009

Chiles e Strosahl (1995) mencionam que os suicidas encaram o suicídio como uma estratégia de resolução de problemas por défice de outro tipo de estratégias, o que justifica o facto de estes indivíduos apresentarem uma percepção de estratégias de *coping* menor, comparativamente ao grupo de comparação.

As famílias marcadas por um sentimento de afiliação forte têm a percepção de que se a adversidade for partilhada e se se reunirem esforços a capacidade para ultrapassá-la é fortalecida. Este aspecto é evidenciado pelos resultados de que famílias resilientes se caracterizam por esse forte sentimento de afiliação (Beavers & Hampson, 1990, *cit. in* Walsh, 2003). Assim, é essencial fomentar esse sentimento nas famílias para que a situação adversa seja interpretada à luz da partilha.

Na opinião de Vaz Serra, Firmino, Ramalheira e Canavarro (1992, *cit. in* Pinho, 2003), as pessoas com transtornos emocionais pertencem a famílias onde há uma comunicação deficitária entre os seus membros, revelando esta um nível global de recursos e de *coping* familiares pobres e evitando o confronto activo dos problemas.

Também foi encontrada uma diferença entre ambos os grupos na satisfação com as dimensões das forças familiares (*crenças e comunicação, capacidade de adaptação, clima familiar e coesão, organização da vida familiar e tomada de decisão, individualidade e apoio social*), indo de encontro à hipótese de investigação levantada. As diferenças encontradas foram estatisticamente significativas no total do QFF, bem como nos factores *crenças e comunicação, capacidade de adaptação, clima familiar e coesão e individualidade*. Tal como seria de esperar, a satisfação do grupo clínico com as forças familiares é menor, provavelmente porque se trata de pessoas habitualmente fragilizadas e descontentes com a vida e com o meio envolvente. Daí Hollenbeck, Dyl e Spirito (2003, *cit. in* Santos, 2007), defenderem que a maximização das forças familiares é a chave para transportar uma família para fora de uma crise, particularmente as capacidades para a resolução de conflitos, a comunicação e o suporte familiar alargado. Para Williams e Wells (1989, *cit. in* Palmer, 2008), uma das grandes motivações para a auto-mutilação e suicídio é a comunicação, ou seja, o desejo de enviar uma mensagem a alguém ou de dizer que os outros não o escutam. Assim, podemos afirmar que, muito provavelmente, existem problemas de comunicação na família do grupo clínico, justificando assim a percepção das forças familiares mais baixa deste grupo relativamente ao grupo de comparação. Também Santos (2007) e Saraiva (2006) defendem que para a pragmática da interacção humana o para-suicídio pode ser visto como uma comunicação sobre a comunicação familiar (meta-comunicação) e uma tentativa paradoxal de mudança da comunicação no sistema familiar, alertando assim para o facto de algo não estar bem a este nível. Mesmo que a função seja o apelo, é sinal de que algo não vai bem com aquela pessoa ou com aquela pessoa e aquela família (Oliveira & Sousa, 1994). Assim, a presença e o envolvimento da família (tal como de amigos e de pessoas importantes na vida do indivíduo) emerge como uma potente influência protectora do sujeito face às tentativas de suicídio e ao suicídio consumado, sendo assim confirmada a importância do suporte afectivo da família como factor preditivo da tentativa de suicídio Kutcher e Chehil (2007).

Na questão respeitante à percepção das forças familiares do questionário sócio-demográfico foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos. No gráfico 2 (relativo à distribuição de respostas referentes à percepção das forças familiares no

grupo clínico e no grupo de comparação) podemos verificar que, contrariamente ao previsto, o número de sujeitos que classificam as suas forças familiares como muito boas, nem boas nem más e muito más é bastante semelhante, apenas se diferenciando no item boas e más.

Outra hipótese por nós levantada conjecturava a existência de divergências na forma como o grupo 1 e o grupo 2 avaliavam a qualidade de vida na família, todavia, esta hipótese não se verificou. Para avaliar o índice total do Inventário Qualidade de Vida utilizámos o *teste de Mann-Whitney*, concluindo que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo clínico e o grupo de comparação. Também na resposta à questão da percepção da qualidade de vida familiar do questionário sócio-demográfico não foram descobertas disparidades estatisticamente significativas. No gráfico 3 (distribuição das respostas relativas à percepção da qualidade de vida em ambos os grupos) é notório o facto de nenhum respondente classificar a qualidade de vida na família como muito má.

A qualidade de vida é definida como a avaliação que as pessoas fazem da sua própria vida (Diener & Lucas, 1999). Era esperado que esta hipótese se verificasse, na medida, em que a forma como somos capazes de sobreviver ou de ter êxito é determinada pela maneira como na nossa família se vai interagindo com os acontecimentos de vida (Siebert, 1996, *cit. in* Vaz Serra & Pocinho, 2001) e, supostamente, nas famílias do grupo clínico interage-se com os acontecimentos de vida de uma forma negativa, podendo levar assim a valores baixos na percepção da qualidade de vida.

Para Saraiva (1997; 2006), as famílias dos para-suicidas são mais numerosas do que as da população em geral, o que numa perspectiva etológica predispõe mais facilmente ao eclodir de conflitos, na medida em que as casas são relativamente mais pequenas e, portanto, o território é mais disputado. Este aspecto poderia levar os indivíduos do grupo clínico a perceberem a sua qualidade de vida como inferior, todavia, tal não aconteceu. Dado que a nossa amostra é reduzida (N=28), podemos estar perante famílias, excepcionalmente pequenas, não havendo disputa do território e não se verificando nestes casos os conflitos que Saraiva refere.

Durante muito tempo, a qualidade de vida, tal como outras experiências positivas, eram consideradas tão subjectivas que não eram examinadas nas investigações rigorosas (Diener, 1999). Actualmente, ainda existem numerosas posições teóricas que convergem no sentido de apontar a qualidade de vida como um construto multidimensional, composto por dimensões de natureza objectiva e subjectiva, sendo esta aceção corroborada por diversos estudos. A subjectividade deste construto pode justificar o facto de não termos chegado aos resultados previstos, apesar de Diener (1999), Fagulha, Duarte e Miranda (2000) e Santana (2005) mencionarem que as condições sociais e a percepção da qualidade de vida familiar são importantes indicadores, quer da qualidade de vida, quer da saúde dos indivíduos e das famílias.

A última hipótese de estudo que levantámos relaciona-se com a percepção do ambiente familiar pelo grupo clínico e, em oposição ao que era previsto (a maioria dos para-suicidas classificar o seu ambiente familiar como mau), a maioria dos para-suicidas classificou o seu ambiente familiar como bom (15 sujeitos). Do total de 27 sujeitos que responderam a esta questão, dado que houve um *missing*, apenas 6 inquiridos qualificaram o seu ambiente/relacionamento familiar como mau e 2 como muito mau. O facto de a maioria dos respondentes classificarem o ambiente/relacionamento familiar como bom pode-se dever a uma idealização por parte dos

Análise da percepção da qualidade de vida, forças familiares e estratégias de *coping* familiares numa amostra de sujeitos com tentativas de suicídio
Nídia Pinho (e-mail:m1k1nhas@hotmail.com) 2009

participantes. Se pensarmos na expressão “povo unido jamais será vencido” a possível idealização faz todo o sentido, na medida em que por detrás de cada conquista está a noção de que a união faz a força, o que leva estes sujeitos a fantasiar um bom ambiente/relacionamento familiar. Esta hipótese ganha força se pensarmos no gráfico da percepção das forças familiares (gráfico 2) que é bastante divergente do gráfico de distribuição das respostas sobre percepção do ambiente/relacionamento familiar no grupo clínico (gráfico 4). Curiosamente, também Santos (2007) efectuou um estudo onde concluiu que a maioria dos para-suicidas (71,4%) considera ter um ambiente familiar bom.

Indo de encontro à nossa hipótese, Saraiva (1997; 2006) sustenta a suposição de que a maioria dos para-suicidas classifica o seu ambiente familiar como mau ou não bom. Naturalmente, as pessoas que efectuam tentativas de suicídio fazem-no porque algo não está bem, todavia, este aspecto pode não estar relacionado com o ambiente familiar.

Posto isto, de seguida debruçar-nos-emos sobre os resultados obtidos nas análises exploratórias.

Assim, a análise que efectuámos com o intuito de perceber se existem ou não efeitos estatisticamente significativos de algumas variáveis sócio-demográficas (género, nível socio-económico e etapa do ciclo vital) sobre o inventário de Qualidade de Vida, a escala F-COPES e o Questionário de Forças Familiares (QFF) detectou algumas diferenças estatisticamente significativas.

Desta forma, no Inventário de Qualidade de Vida apenas se verificou um efeito estatisticamente significativo do nível sócio-económico sobre o total do QV. Neste parâmetro, os sujeitos do nível sócio-económico médio são os que atingem a média mais elevada neste ponto, sendo os do nível sócio-económico baixo os que atingem a média mais reduzida. Era previsível que os sujeitos do nível sócio-económico elevado percepcionassem uma maior qualidade de vida, todavia, esse aspecto não se confirmou, o que pode mostrar que a qualidade de vida não depende só de factores sociais e económicos. De facto, o conceito de qualidade de vida é muito abrangente.

Contudo, tal como era esperado, os indivíduos do nível sócio-económico baixo são os que percepcionam a menor qualidade de vida, o que nos leva a aferir que esta hipótese se verifica no nível sócio-económico inferior, não tendo um papel tão relevante no nível sócio-económico médio e elevado.

Relativamente ao QFF, apurou-se um efeito estatisticamente significativo do género sobre o factor *apoio social* deste inventário. Neste factor, a média do género feminino é bastante superior à média do género masculino, o que é justificável pelo facto de as mulheres procurarem bastante mais apoio social, contrariamente aos homens que tendem mais a isolar-se e não tanto a procurar apoio social, “os homens retratam a figura do empirismo da dificuldade em procurar ajuda” (Saraiva, 1997, p. 258). Saraiva (1997) na comparação entre homens para-suicidas e mulheres para-suicidas verificou que os homens raramente registam problemas afectivos em comparação com as mulheres, o que é consistente com a ideia de que o sexo feminino tem maiores vulnerabilidades no plano dos afectos e dos conflitos sentimentais. Deste modo, justifica-se o facto de as mulheres recorrerem mais a apoio não profissional.

No que respeita ao F-COPES, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa do género sobre o factor *apoio formal* deste

instrumento. Este aspecto pode ser compreendido se tivermos em conta que, habitualmente, as mulheres necessitam de mais apoio e de se sentir “amparadas”, sentindo-se muito mais à vontade para procurar apoio formal do que os homens, que “controlam mais as emoções” (Saraiva, 1997). Saraiva (1997) denotou que as mulheres têm tendência a ter mais problemas afectivos que os homens, o que pode levar a que procurem mais apoio profissional (tal como acontece no apoio social).

No nível sócio-económico, também foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa no factor *apoio espiritual* do F-COPES. Os inquiridos que pertencem a um nível sócio-económico baixo obtiveram uma média mais alta no factor *apoio espiritual* e os sujeitos do nível sócio-económico alto alcançaram a média mais baixa. Uma possível explicação para este resultado prende-se com a diferenciação entre bens materiais e bens espirituais. Einstein, em 1930, referiu que a religiosidade surge como resposta ao medo de diversos factores, entre eles a fome, a doença e a morte (Eisntein, 2005), o que nos leva a crer que as pessoas com mais défices sócio-económicos procurem a religião e a espiritualidade na falta de recursos materiais.

Quanto à comparação efectuada entre os dois grupos e tendo em conta o Inventário Qualidade de Vida, podemos através da análise realizada à escala total afirmar que os grupos não se diferenciam significativamente entre si. Segundo Olson e Howard (1982), este instrumento avalia um conjunto alargado de variáveis relacionadas com a vida familiar – *amigos, família alargada, saúde, lar, educação, lazer, religião, mass media, bem-estar económico/financeiro e a vizinhança e comunidade*, enquanto indicadores de satisfação com a Qualidade de Vida. Apesar de poder ser feita uma análise por factor, neste caso, e por terem sido excluídos 14 sujeitos (devido a *missings*), apenas analisámos o total desta escala, não nos debruçando sobre os factores.

Considerando o Questionário de Forças Familiares (QFF), também foi possível chegar a diversos resultados.

Tendo em conta a escala total, os grupos diferenciam-se significativamente entre si, sendo também notórias diferenças ao nível dos factores. Relembramos que a estrutura factorial deste inventário é composta por 6 factores: *crenças e comunicação, capacidade de adaptação, clima familiar positivo e coesão, organização da vida familiar e tomada de decisão, individualidade e apoio social*, sendo de destacar diferenças estatisticamente significativas nos factores *crenças e comunicação, capacidade de adaptação, clima familiar positivo e coesão e individualidade*.

No que concerne à escala total do QFF, estamos perante uma diferença estatisticamente significativa, com o grupo de comparação a obter uma pontuação mais elevada que o grupo clínico. Tal como Mendes (2008) afirma, as famílias de risco percebem-se como menos resilientes. Os sujeitos do grupo clínico foram expostos a um acontecimento *stressante* que os pode ter tornado mais vulneráveis e, conseqüentemente, menos detentores (tal como as suas famílias) de forças familiares que o grupo de comparação.

O factor *crenças e comunicação* também é marcado por uma diferença estatisticamente significativa, com o grupo de comparação a obter uma pontuação mais elevada, tal como era previsto. Para Oliveira e Sousa (1994), a tentativa de suicídio mostra que algo não vai bem com aquela pessoa ou com aquela pessoa e aquela família. O facto de os indivíduos comunicarem através destes actos destrutivos leva-nos a crer que existem

Análise da percepção da qualidade de vida, forças familiares e estratégias de *coping* familiares numa amostra de sujeitos com tentativas de suicídio
Nídia Pinho (e-mail:m1k1nhas@hotmail.com) 2009

problemas de comunicação no seu seio familiar, caso contrário, comunicariam de forma saudável. Tal como Epstein, Bishop & Levin (1978, *cit. in* Walsh, 2003) defendem, a comunicação deve consistir em mensagens claras e consistentes, contribuindo assim para o bom funcionamento familiar.

Na *capacidade de adaptação* também existe uma diferença estatisticamente significativa, marcada por uma média mais elevada no grupo de comparação. A *capacidade de adaptação* reduzida do grupo clínico deve-se ao facto de perante situações de dano, ameaça ou desafio estes sujeitos reproduzirem comportamentos inadequados, revelando assim défices adaptativos. Este resultado é consistente com outros estudos (Botsis et al., 1994; Salkovskis et al., 1990).

Similarmente, no *clima familiar positivo e coesão* também é evidente uma diferença estatisticamente significativa, com o grupo clínico a pontuar menos que o grupo de controlo. Também Saraiva (1997) concluiu que o ambiente familiar é percebido como sendo pior no grupo clínico, comparativamente com o grupo de normais.

Para Walsh (2003), o termo coesão está relacionado com a força das ligações entre os membros da família, indo ao encontro da base relacional da resiliência. Para este processo contribui o suporte mútuo, a colaboração e o compromisso para os familiares enfrentarem juntos as dificuldades. Todavia, os membros da família também necessitam de respeitar as necessidades individuais, as diferenças e os limites/fronteiras claras de cada um, o que remete para a *individualidade*.

No último factor – *individualidade*, também está patente uma diferença estatisticamente significativa, com o grupo clínico a pontuar menos que o grupo de comparação. Estes valores são justificáveis se pensarmos que as famílias do grupo clínico são marcadas por fronteiras pouco claras entre os membros, podendo estar em causa o respeito pelo espaço individual de cada um, bem como a organização familiar. A tentativa de suicídio pode ser vista como uma forma de comunicação que, segundo Wrong (1979, *cit. in* Saraiva, 2006), está relacionada com o poder (perder/ganhar) dentro da matriz familiar ou social. Nesta perspectiva, os indivíduos do grupo clínico têm carências no que respeita à sua individualidade dentro da família, justificando assim a média reduzida que obtiveram neste factor do QFF.

Ao nível das Escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família (F-COPES) não são percebidas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que respeita ao total da escala, contrariamente aos factores *reenquadramento* e *apoio formal*.

No factor *reenquadramento* há uma diferença estatisticamente significativa, sendo que o grupo clínico atinge uma média inferior ao grupo de comparação. Este resultado é compreensível se tivermos em conta que esta dimensão debruça-se sobre a capacidade familiar para dar uma nova moldura ao problema, isto é, em olhar para os problemas de uma perspectiva que facilita a sua gestão (Olson et al., 1985). Sequeira (2003, p. 48) defende que o reenquadramento “corresponde à mudança no contexto em que é interpretado um determinado acontecimento ou realidade percebida como problemática.”

Do factor *apoio formal* também resultou uma diferença estatisticamente significativa, sendo que o grupo de comparação alcançou uma pontuação média mais baixa. O grupo clínico recorre mais ao apoio formal, talvez por, como afirma Saraiva (1997), estes sujeitos não terem um

amigo confidente com quem partilhar mágoas ou segredos. No mesmo estudo, Saraiva (1997) também constatou que estes indivíduos têm muitas dificuldades em aguentar o sofrimento, podendo procurar apoio formal na esperança de ser ajudados.

Os resultados a que chegámos acrescentam alguma novidade ao estado actual do conhecimento sobre a tentativa de suicídio, contudo, consideramos que é crucial pensar nas limitações inerentes a esta análise, bem como na relevância de estudos futuros que possam surgir a partir deste.

5.1. Limitações do estudo

Como seria de esperar, os resultados obtidos neste estudo devem ser analisados com cuidado aquando da sua generalização para a população geral, devido a algumas limitações de difícil controlo inerentes a este estudo.

Deste modo, uma das limitações prende-se com o N amostral da população clínica. Apesar de o número ser suficiente para efectuar o estudo, consideramos que se o N fosse maior poderíamos fazer comparações dentro do próprio grupo clínico, dividindo-o em dois subgrupos: não recorrentes (com uma ou duas tentativas de suicídio) e os recorrentes (com três ou mais tentativas de suicídio). O facto de se tratar de uma amostra por conveniência não permitiu que fosse feita uma aleatorização dos sujeitos.

Outra limitação tem a ver com o facto de muitos questionários terem sido preenchidos na nossa ausência, perdendo assim o controlo sobre algumas variáveis parasitas, o que pode ter contribuído para o aumento dos *missings*. Também o facto de se tratar de instrumentos de auto-resposta pode ser visto como uma desvantagem (informação limitada, incompreensão dos itens e desejabilidade social).

5.2. Sugestões para pesquisas futuras

Este estudo enceta algumas pistas para futuras investigações. Deste modo, e no seguimento das limitações acima referidas, pensamos que seria importante obter amostras maiores em ambos os grupos, o que permitiria fazer comparações dentro do grupo clínico.

Também seria pertinente replicar este estudo com entrevistas e outros recursos e recorrendo a mais informantes, por exemplo, familiares e profissionais de saúde.

Finalmente, replicar este estudo noutras amostras clínicas parece-nos fundamental, uma vez que se trata da possibilidade de testar os instrumentos utilizados a outras populações-alvo.

VI – Conclusões

De uma forma geral, este estudo fez-nos chegar a resultados bastante pertinentes, tendo em conta as nossas hipóteses e os resultados obtidos com a análise estatística. Assim, verificámos que existem diferenças evidentes e inegáveis entre os dois grupos analisados (grupo clínico e grupo de comparação) no que respeita à percepção da qualidade de vida, às forças familiares e às estratégias de *coping*. De facto, algumas das hipóteses de investigação levantadas foram corroboradas, enquanto uma delas contrariou as investigações que nos serviram de referência. A análise exploratória que realizámos trouxe a mais-valia de revelar resultados interessantes do grupo clínico.

Deste modo, os resultados indicaram-nos a presença de diferenças estatisticamente significativas entre as pessoas que efectuaram tentativas de

suicídio (Grupo A) e o grupo de comparação (Grupo B) a vários níveis: nos factores *reenquadramento* e *apoio formal* do F-COPES, no total do QFF, bem como nos seus factores *crenças e comunicação*, *capacidade de adaptação*, *clima familiar positivo e coesão* e *individualidade*.

Na diversidade de explicações possíveis para os resultados obtidos, há que destacar as características da própria amostra e acatar as descrições feitas na literatura.

Apesar do contributo deste estudo, o mesmo apresenta algumas limitações que devem levar a que os resultados obtidos sejam lidos com alguma precaução.

No que concerne a intervenções futuras com este grupo clínico, as suas particularidades implicam determinados cuidados quando se trata da forma adequada de lidar com sujeitos que protagonizaram tentativas de suicídio. Curiosamente, os sujeitos do grupo clínico, de uma forma geral, agradeceram e sentiram-se enaltecidos por estarem a participar no estudo. Podemos assim concluir que a população em questão gosta de falar de si e dos episódios de tentativa de suicídio que protagonizou, sendo que alguns dos inquiridos lamentaram o facto de nunca terem tido oportunidade de falar abertamente e à vontade do que sucedeu, sentindo-se bastante bem e aliviados por o poder fazer com este estudo. Deste modo, confirma-se a ideia defendida por bastantes autores de que falar com os outros acerca do acontecimento pode facilitar o ajustamento emocional e a ambição pela mudança de comportamentos.

Bibliografia

- Adams, D., Overholser, J. & Spirito, A. (1994). Stressful life events associated with adolescent suicide attempts. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39 (1), 43-48.
- Adams, D., Overholser, J. & Lehnert, K. (1994). Perceived family functioning and adolescent suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33 (4), 498-507.
- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto Editores.
- Barraclough, B., Bunch, J., Nelson, B. & Sainsbury, P. (1974). A hundred cases of suicide: clinical aspects. *British Journal of Psychiatry*, 125, 355-373.
- Barraclough, J., & Gill, D. (1997). *Bases da Psiquiatria moderna*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barrero, S. A. P. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 15(2), 196-217.
- Bongar, B. (1991). *The Suicidal Patient: Clinical and legal standards of care*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Botsis, A., Soldatos, C., Liossi, A. Kokkevi, A. & Stefanis (1994). Suicide and violence risk. Relationship to *coping* styles. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 89 (2), 92-96.
- Brenner, M. H. (1985). Economic Change and the Suicide Rate: A Population Model Including Loss, Separation, Illness, and Alcohol Consumption. Part III – Sociocultural Aspects of Stress. In M. Zales, (Coord.). *Stress in Health and Disease*. (pp. 160-185). New York: Brunner – Mazel.
- Cardoso, J. (2008). *Suicídio: Desejo de morte ou desafio à vida? Um estudo*
Análise da percepção da qualidade de vida, forças familiares e estratégias de *coping* familiares numa amostra de sujeitos com tentativas de suicídio
Nídia Pinho (e-mail:m1k1nhas@hotmail.com) 2009

- sobre a influência da religião nos conceitos de vida, morte e suicídio na adolescência. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Chan, S., Miranda, R., & Surrence, K. (2009). Subtypes of rumination in the relationship between negative life events and suicidal ideation. *Archives of Suicide Research, 13*, 123–135.
- Chiles, J. & Strosahl, K. (1995). *The Suicidal Patient – principles of assessment, treatment and case management*. Washington: Ed. American Psychiatric Press.
- Cochrane, R. & Robertson, A. (1975). Stress in the lives of parasuicides. *Social Psychiatry, 10*, 161-171.
- Correia, M. (1994). A tentativa de suicídio adolescente – Análise de uma experiência. In D. Sampaio (Coord.). *Encontros sobre Adolescência*, (pp. 27-32). Lisboa: Núcleo de Estudos do Suicídio.
- Diener, E. & Lucas, R. (1999). Personality and Subjective Well-being. In Diener, E., Kahneman, D., Schwarz, N. *Well-being: the foundations of Hedonic Psychology*. New York: Russel Sage Foundation.
- D'Oliveira, T. (2005). *Teses e Dissertações: Recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos*. (2ª ed.). Lisboa: Editora RH.
- Durkheim, E. (1977). *O suicídio*. Portugal: Editorial Presença. Tradução de Luz Cary, Margarida Garrido e J. Vasconcelos Esteves.
- Einstein, A. (2005). *Como vejo a Ciência, a Religião e o Mundo*. Lisboa: Relógio D'Água. (livro integral traduzido por José Miguel Silva e Ruth San Payo Araújo).
- Fagulha, T., Duarte, M. E. & Miranda, M. J. (2000). A “qualidade de vida”: Uma nova dimensão psicológica? *Psicologica, 25*, 5-17
- Farber, M. (1968). *Theory of suicide*. Funk & Wagnalls.
- Fayers, P., & Machin, D. (2000). *Quality of life: Assessment, Analysis and Interpretation*. England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Ferrero, R. V., Marco, R. G., Benitez, M. H., & Revuelta, J. L. (1994). Reactividad al estrés y tentativas de suicidio. *Anales de Psiquiatria, 10*(1), 17-20.
- Freeman, A. & Reinecke, M. (1993). *Cognitive therapy of Suicidal Behavior – A Manual for Treatment*. New York: Springer Publishing Company.
- Goh, S. E., Salmons, P. H. & Whittington, R. M. (1989). Hospital suicides: are there preventable factors? Profile of the psychiatric hospital suicide. *British Journal of Psychiatry, 154* (2), 247-250.
- Grava, G., Psych, P., Ceroni, G. B., Rucci, P., Stat, D. & Scudellari, P. (2006). Suicidal Behaviors and Personality Structure. *Suicide and Life – Threatening Behavior, 36* (5), 569-577.
- Hampson, R. B., Hulgus, Y. F., & Beavers, W. R. (1991). Comparisons of Self-Report Measures of the Beavers Systems Model and Olson's Circumplex Model. *Journal of Family Psychology, 4* (3), 326-340.
- Hawton, K., & Fagg, J. (1988). Suicide, and other causes of death, following attempted suicide. *British Journal of Psychiatry, 152* (5), 751-761.
- Henden, J. (2008). *Preventing Suicide: The Solution Focused Approach*. London: John Wiley & Sons, Ltd
- Henriques, M. N. (2001). Conceitos de vida, morte e suicídio em adolescentes e adultos. *Psiquiatria Clínica, 22* (1), 23-39.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Kashani, J. H., Suarez, L., Luchene, L., & Reid, J. C. (1998). Family Análise da percepção da qualidade de vida, forças familiares e estratégias de coping familiares numa amostra de sujeitos com tentativas de suicídio
Nídia Pinho (e-mail:m1k1nhas@hotmail.com) 2009

- Characteristics and Behavior Problems of Suicidal and Non-Suicidal Children and Adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 29 (2), 157-168.
- Kreitman, N., Philip, A. E., Greer, S., & Bagley, C. R. (1969). Parasuicide. *British Journal of Psychiatry*, 115, 746-747.
- Kutcher, S., & Chehil, S. (2007). *Gestão de risco de suicídio: um manual para profissionais de saúde*. Portugal: Lundbeck Institute.
- Lemos, A. I., & Bebbington, P. E. (2006). Interação do perfil familiar e dos estados afetivos na manutenção da dor crónica. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, 100 (2), 3-16.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Manuila, L., Manuila, A., Lewalle, P., & Nicoulin, M. (2004). *Dicionário Médico*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Martins, C. (2008). *F-COPES: Estudo de validação para a população portuguesa*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- McCubbin, H.I., & Patterson, J.M. (1983). Family stress process: the double ACBX model of family adjustment and adaptation. *Marriage and Family Review*, 6, 7 – 37.
- McCubbin, M. A. (1995). The Typology Model of Adjustment and Adaptation: A Family Stress Model. *Guidance & Counselling*, 10 (4), 31-37.
- Mcintyre, T. M. (1994). *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras*. Lisboa: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Mendes, P. G. (2008). *Resiliência familiar: estudo exploratório em famílias de risco*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Monat, A., & Lazarus, R. (1985). *Stress and coping – an anthology*. New York: Columbia University Press.
- Oliveira, A., & Sousa, T. (1994). Tentativas de Suicídio em Adolescentes. In D. Sampaio (coord.). *Encontros sobre Adolescência* (pp. 41-46) Lisboa: Núcleo de Estudos do Suicídio.
- Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (2004). Da desesperança ao desafio da morte...e à conquista da vida: Olhar sobre o adolescente suicida. *Psychologica*, 35, 69-83.
- Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H. Larsen, A., Muxen, M. & Wilson, M. (1985). *Family Inventories. Inventories used in a National Survey of Families across the family life cycle* (Rev. ed.). St. Paul, MN: University of Minnesota.
- Pais-Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.
- Palmer, S. (2008). *Suicide: Strategies and interventions for reduction and prevention*. Routledge.
- Patsiakas, A., Clum, G. & Luscomb, R. (1979). Cognitive characteristics of suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (3), 478-484.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*. (4ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinho, P. J. (2003). *Para-suicídio: um estudo exploratório sobre a influência de factores de personalidade e relacionais ao longo da vida*.
Análise da percepção da qualidade de vida, forças familiares e estratégias de coping familiares numa amostra de sujeitos com tentativas de suicídio
Nídia Pinho (e-mail:m1k1nhas@hotmail.com) 2009

- Dissertação de Mestrado. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Pinto da Costa, J. (1983). Depressão e suicídio. Sua interligação. *Psiquiatria Clínica*, 4 (1), 9-13.
- Rapley, M. (2003). *Quality of Life Research*. London: SAGE.
- Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família*. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Retterstol, N. (1993). *Suicide: A European perspective*. Cambridge: University Press.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of family therapy*, 21 (2), 119-144.
- Sá, E. (2001). Morrer, para quê?... *Psiquiatria Clínica*, 22 (1), 127-129.
- Salkovskis, P., Atha, C. & Storer, D. (1990). Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide. *British Journal of Psychiatry*, 157, 871-876.
- Sampaio, D. (1993). *Ninguém morre sozinho*. (4ª Ed.). Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D. (1994). *O problema do suicídio em Portugal. A actividade do núcleo de estudos do suicídio*. In D. Sampaio (coord.). Encontros sobre Adolescência. Lisboa: Núcleo de Estudos do Suicídio.
- Sampaio, D. (1999). *A Arte da fuga*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D. (2000). *Tudo o que temos cá dentro*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D. (2002). Intervenção familiar em adolescentes suicidas. *Psychologica*, 31, 85-92.
- Santana, P. (2005). *Geografias da saúde e do desenvolvimento: evolução e tendências em Portugal*. Coimbra: Almedina.
- Santos, N., & Sampaio, D. (1997). Adolescentes em risco de suicídio: a experiência do Núcleo de Estudos do Suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 18 (3), 187-194.
- Santos, J. C., Saraiva, C. B., & Sousa, L. (2005). Emoção Expressa: Caracterização, Estabilidade e Importância no Para-Suicídio Recorrente. *Revista Referência*, 1, 39-51.
- Santos, J. C. (2007). *Para-suicídio. O que dizem as famílias: a emoção expressa*. Coimbra: FORMASAU.
- Saraiva, C. B., & Vaz Serra, A. (1983). Determinantes das intoxicações no para-suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 4, 27-37.
- Saraiva, C. B. (1995). *Turbulências – crónicas de um psiquiatra*. Audimprensa.
- Saraiva, C. B. (1997). *Para-suicídio. Contributo para uma Compreensão Clínica dos Comportamentos Suicidários Recorrentes*. Dissertação de Doutoramento em Psiquiatria. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Saraiva, C. B. (2003a). *Editorial da Sociedade Portuguesa de Suicidologia*. [On-line]. Disponível: www.spsuicidologia.pt
- Saraiva, C. B. (2003b). *É possível prevenir o suicídio?* [On-line]. Disponível: www.spsuicidologia.pt
- Saraiva, C. B. (2003c). Depressão e suicídio. In A. Vaz Serra (coord.). *Medicina: Temas actuais. Depressão* (pp. 121-131). Atral-Cipan.
- Saraiva, C. B. (2006). *Estudos sobre o para-suicídio: o que leva os jovens a espreitar a morte*. Coimbra.
- Schotte, D. E. & Clum, G. A. (1987). Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 49-54.

- Sequeira, J. (2003). *Caleidoscópio terapêutico – mudança e co-construção em terapia familiar*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Serra, A. V. (1999) *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edições Minerva.
- Silberberg, S. (2001). Searching for family resilience. *Family Matters*, 58, 52-57. Versão Electrónica.
- Simões, J. M. (2008). *Qualidade de Vida: estudo de validação para a população portuguesa*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das matrizes progressivas coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Tese de Doutoramento em Psicologia, especialização em Avaliação Psicológica, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Vaz Serra, A. (1988). Um estudo sobre *coping*: o Inventário de Resolução de Problemas (IRP). *Psiquiatria Clínica*, 9(4), 301-316.
- Vaz Serra, A., Firmino, H., & Ramalheira, A. C. (1988). Estratégias de *coping* e auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 9 (4), 317-322.
- Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edições Minerva.
- Vaz Serra, A., & Pocinho, F. (2002). Auto-conceito, *coping* e ideias de suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 22 (1), 9-21.
- Walsh, F. (1996). The concept of family resilience: crisis and challenge. *Family Process*, 35 (3), 261-281.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: A Framework for clinical practice. *Family Process*, 42 (1), 1-18. Versão Electrónica.
- Watzlawick, P., Beanin, J., & Jackson, D. (1993). *Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interacção*. (9ª ed). São Paulo: Editora Cultrix.
- Wilkinson, G.; Moore, B., & Moore, P. (2005). *Guia Prático Climepsi do Tratamento da Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.

Documentos consultados na Internet:

- www.abelsidney.pro.br/prevenir/texto27.html
- www.fc.ul.pt/gapsi/Suicidio.pdf
- www.infosuicide.org
- [www.ipub.ufrj.br/documentos/JBP\(2\)2005_10.pdf](http://www.ipub.ufrj.br/documentos/JBP(2)2005_10.pdf)
- www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/9995/000575164.pdf?sequence=1
- www.members.fortunecity.com/psicossomatica/psicologia/aulas/suicidio/suicidio.html
- www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_prevencao_suicidio_saude_mental.pdf
- www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413294X1998000200006&script=sci_arttext&tlng=in
- www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=28:porque-alguem-tenta-o-suicidio&catid=31:geral&Itemid=28
- www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&catid=31%3Ageral&id=15%3Afalar-sobre-suicidio-nao-encoraja-o-actoe-Itemid=28
- www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&catid=31%3Ageral&id=56%3Acomo-o-suicidio-afecta-amigos-e

Análise da percepção da qualidade de vida, forças familiares e estratégias de *coping* familiares numa amostra de sujeitos com tentativas de suicídio
Nídia Pinho (e-mail:m1k1nhas@hotmail.com) 2009

[familiares-&Itemid=28](#)
www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&catid=36&id=61&Itemid=59
www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=91:o-para-suicidio-no-adolescente&catid=58:artigos-cientificos&Itemid=62
www.tu-importas.com