

INSTITUTO PAR

AGUIDA FRANÇA PINHEIRO

Família e tentativa de suicídio no transtorno de personalidade borderline: impacto familiar e padrões comportamentais na família

São Paulo

2025

AGUIDA FRANÇA PINHEIRO

Família e tentativa de suicídio no transtorno de personalidade borderline: impacto familiar e padrões comportamentais na família

Dissertação apresentada ao Instituto Par, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre Profissional em Análise do Comportamento Aplicada

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Jan Luiz Leonardi

Coorientadora: Dra. Liane Dahás

São Paulo

2025

AGUIDA FRANÇA PINHEIRO

**Família e tentativa de suicídio no transtorno de personalidade borderline: impacto
familiar e padrões comportamentais na família**

Dissertação apresentada ao Instituto Par, como parte dos requisitos para obtenção do título de
Mestre Profissional em Análise do Comportamento Aplicada

COMISSÃO JULGADORA:

Luciana G. Payne, PhD

McLean Hospital

Prof. Dr. Saulo Velasco

Instituto Par

Prof. Dr. Jan Luiz Leonardi

Instituto Par

Professor Orientador – Presidente da Banca Examinadora

Profª. Drª. Liane Dahás Jorge de Souza

Instituto Par

Professora Coorientadora

São Paulo, 11 de abril de 2025

RESUMO

Pinheiro, Aguida França (2025). Família e tentativa de suicídio no transtorno de personalidade borderline: impacto familiar e padrões comportamentais na família. Instituto Par, São Paulo, SP.

Comportamentos frequentemente associados ao Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), como tentativas de suicídio e autolesões, têm potencial de criar um ambiente altamente estressante e traumático, afetando não apenas a pessoa diagnosticada, mas também seus familiares. O presente estudo teve como objetivo geral caracterizar o perfil de pais e mães de pessoas com TPB. Os objetivos específicos, incluíram (1) a caracterização sócio-demográfica, (2) a caracterização de padrões comportamentais típicos da relação com os filhos com TPB e (3) comparação das caracterizações de padrões comportamentais entre um grupo de pais e mães cujos entes queridos realizaram tentativas de suicídio e aqueles que não realizaram. Participaram do estudo 91 pais e mães de pessoas com TPB, maiores de 18 anos, alfabetizados. Os instrumentos utilizados incluíram um questionário de autorrelato para caracterizar respostas emocionais, comportamentais e de manejo/interação dos familiares, uma escala de avaliação de estresse pós-traumático (ITQ) e uma escala de avaliação de sobrecarga dos familiares (FBIS-BR). Os resultados identificaram algumas diferenças significativas em dimensões de sobrecarga entre os cuidadores. Na subescala de sobrecarga objetiva, os cuidadores de pacientes que tentaram suicídio apresentaram maior impacto em rotinas ($M = 4,64$; $DP = 3,31$) em comparação àqueles que não vivenciaram essa experiência ($M = 3,42$; $DP = 2,02$), $p = .038$. Cuidadores com sintomas compatíveis com TEPT também relataram maior impacto nas rotinas ($M = 5.85$, $DP = 2.98$) do que os cuidadores sem esses sintomas ($M = 3.67$, $DP = 2.88$), $p = .002$. Na subescala de supervisão de comportamentos problemáticos (subjetiva), os cuidadores com sintomas compatíveis com TEPT apresentaram escores significativamente mais altos ($M = 12.6$, $DP = 6.53$) em relação aos cuidadores sem esses sintomas ($M = 8.29$, $DP = 5.53$), $p = .01$. Houve, ainda, uma diferença significativa entre mães e pais, com as mães apresentando maior sobrecarga ($M = 10.7$, $DP = 6.00$) do que os pais ($M = 6.13$, $DP = 5.51$). $p = .01$. Esses resultados evidenciam que os cuidadores enfrentam dificuldades no dia a dia e estão particularmente expostos a níveis mais elevados de sobrecarga em diferentes contextos.

Palavras-chave: transtorno de personalidade borderline, apoio, familiares, cuidadores, tentativa de suicídio

ABSTRACT

Pinheiro, Aguida França (2025). Family and suicide attempt in borderline personality disorder: family impact and behavioral patterns in the family. Instituto Par, São Paulo, SP.

Behaviors frequently associated with Borderline Personality Disorder (BPD), such as suicide attempts and self-harm, have the potential to create a highly stressful and traumatic environment, affecting not only the diagnosed person but also their family members. The present study aimed to characterize the profile of parents of individuals with BPD. The specific objectives included (1) sociodemographic characterization, (2) characterization of typical behavioral patterns in the relationship with children with BPD, and (3) comparison of the characterizations of behavioral patterns between a group of parents whose loved ones attempted suicide and those who did not. Ninety-one literate parents of individuals with BPD, over 18 years of age, participated in the study. The instruments used included a self-report questionnaire to characterize emotional, behavioral, and management/interaction responses of family members, a posttraumatic stress assessment scale (ITQ), and a family member burden assessment scale (FBIS-BR). The results identified some significant differences in dimensions of burden among caregivers. On the objective burden subscale, caregivers of patients who attempted suicide showed greater impact on routines ($M = 4.64$; $SD = 3.31$) compared to those who did not experience this experience ($M = 3.42$; $SD = 2.02$), $p = .038$. Caregivers with symptoms compatible with PTSD also reported greater impact on routines ($M = 5.85$, $SD = 2.98$) than caregivers without these symptoms ($M = 3.67$, $SD = 2.88$), $p = .002$. On the supervision of problematic behaviors subscale (subjective), caregivers with symptoms compatible with PTSD presented significantly higher scores ($M = 12.6$, $SD = 6.53$) compared to caregivers without these symptoms ($M = 8.29$, $SD = 5.53$), $p = .01$. There was also a significant difference between mothers and fathers, with mothers presenting greater burden ($M = 10.7$, $SD = 6.00$) than fathers ($M = 6.13$, $SD = 5.51$), $p = .01$. These results show that caregivers face difficulties in their daily lives and are particularly exposed to higher levels of burden in different contexts.

Keywords: borderline personality disorder, support, family members, caregivers, suicide attempt

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	07
MÉTODO.....	14
Considerações éticas.....	14
Participantes.....	14
Procedimentos.....	14
Instrumentos.....	16
Análise de dados.....	17
RESULTADOS.....	19
Resultados Descritivos.....	19
Características Sociodemográficas e Comportamentais.....	19
Fatores da Escala de Sobrecarga de Familiares de pacientes psiquiátricos (FBIS-BR).....	21
Diferença entre grupos nos escores das subescalas de sobrecargas subjetiva e objetiva.....	27
DISCUSSÃO.....	31
CONCLUSÃO.....	37
REFERÊNCIAS.....	39
APÊNDICE A -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	43
APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO E TRIAGEM (FIT).....	45
APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA (FE).....	49
APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO DE AUTORRELATO FAMILIAR (QAF).....	53
APÊNDICE E – CHECKLIST DE INFORMAÇÕES E PROCEDIMENTOS.....	57
APÊNDICE F – NOTA TÉCNICA DO QUESTIONÁRIO DE AUTORRELATO FAMILIAR (QAF).....	59
ANEXO A – INTERNATIONAL TRAUMA QUESTIONNAIRE (ITQ).....	63
ANEXO B - ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS FAMILIARES (FBIS-BR).....	65

INTRODUÇÃO

De acordo com o DSM-5-TR (*American Psychiatric Association*, 2023) os critérios e sintomas do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) incluem: esforço frenético para evitar o abandono real ou imaginário, raiva intensa, alta sensibilidade e alta reatividade aos estímulos, impulsividade, dissociação do *self*, padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, comportamento suicida e autolesivo, sentimentos crônicos de vazio e estresse transitório relacionado à ideação paranoide. Faz-se necessário que a pessoa tenha pelo menos cinco dos nove sintomas descritos no DSM-5-TR para que o indivíduo seja diagnosticado com o transtorno.

Dentre os sintomas listados, a impulsividade é um dos fatores centrais (Sebastian et al., 2013) que impactam diretamente a regulação emocional e funcionamento diário dessas pessoas. Os comportamentos impulsivos associados ao TPB afetam os relacionamentos e a autoimagem, contribuindo para os conflitos interpessoais e uso frequente de serviços de saúde mental (Lieb et al., 2004). Segundo Lieb et al. (2004), a impulsividade se divide em dois tipos: um caracterizado por comportamentos deliberadamente autodestrutivos, como autolesão, comunicação suicida, e tentativas de suicídio, e outro mais geral, que inclui o abuso de substâncias, alimentação desordenada, gastos excessivos, explosões verbais e direção imprudente. Brodsky et al. (1997) investigaram essa relação por meio de entrevistas estruturadas com 214 pacientes diagnosticados com TPB e observaram que a impulsividade está relacionada a tentativas de suicídio e autolesão, tornando essas pessoas mais vulneráveis a episódios de crise.

Não apenas as pessoas diagnosticadas com TPB são impactadas por essa desregulação emocional e impulsividade, mas também seus familiares e pessoas próximas. Magne-Ingvar e Jehagen (2005) realizaram um estudo de caso com 45 familiares e pessoas próximas de pacientes internados em uma unidade especializada em transtornos afetivos e prevenção ao suicídio, a pesquisa utilizou um questionário de autoavaliação para medir o impacto do cuidado na vida dos familiares em quatro dimensões: tensão, supervisão, preocupação e incentivo. Além disso, foram avaliados aspectos como dados sociodemográficos, impacto financeiro do cuidado, consequência para os filhos dos familiares e medida de saúde mental do cuidador. Os achados revelaram que familiares e pessoas próximas de pessoas internadas por transtornos psiquiátricos, incluindo tentativas de suicídio, enfrentam alta carga emocional, impacto financeiro e social, além de relatarem falta de envolvimento no tratamento e necessidade contínua de suporte psicológico mesmo após um ano da tentativa de suicídio do ente querido. Embora esse estudo não tenha se concentrado exclusivamente no TPB, seus achados refletem

dificuldades semelhantes aos enfrentados por familiares de pessoas com esse diagnóstico, conforme apontam (Goodman et al., 2011; Hoffman et al., 2007; Scheirs & Bok, 2007; Hoffman et al., 2005).

Essas dificuldades emocionais se entrelaçam com problemas financeiros e sociais, intensificando a sobrecarga vivida pelos familiares. Estudos apontam que os membros da família de uma pessoa diagnosticada com TPB frequentemente relatam sentimentos de ansiedade, medo, vergonha, impotência, desesperança, culpa e preocupação com o futuro e à segurança do familiar com TPB (Marco et al., 2022; Giffin, 2008; Lindqvist et al., 2008; Hoffman et al., 2005; Hoffman et al., 2003). Tais sentimentos frequentemente são acompanhados de pensamentos de como poderiam ter evitado tais comportamentos (Talseth, 2001, como citado em Rajalin et al., 2009) e de uma sobrecarga associada a problemas financeiros tendo gastos adicionais com cuidados médicos, medicamentos e tratamentos, assim como limitação na oportunidade de trabalho, lazer e descanso do cuidador (Bauer, 2012; Bailey & Grenyer, 2014; Hoffman et al., 2005; Kay et al., 2018; Gunderson & Berkowitz, 2006; Scheirs & Bok, 2007). Somado a isso, observa-se indignação e ressentimentos por parte dos familiares por estarem sacrificando sua integridade, sua disposição e o seu dinheiro, num esforço de proteger o familiar diagnosticado de julgamento social, de se machucar ou tentar contra a própria vida, aumentando ainda mais os conflitos interpessoais e diminuindo a possibilidade de proteção ao suicídio por parte dos familiares (Gunderson & Berkowitz, 2006; Gunderson & Lyoo, 1997; Jollant et al., 2007).

Diante desse cenário, muitos familiares acabam adotando padrões de comportamento que, embora bem intencionados, podem contribuir para a manutenção do problema. Gunderson e Berkowitz (2006) apontam que as famílias muitas vezes cedem aos impulsos do ente querido e não conseguem estabelecer limites. Esse padrão comportamental dos familiares impede que o ente diagnosticado com TPB acesse as consequências naturais das suas ações e aprenda com elas, o que possivelmente mantém o comportamento problema, como a tentativa de suicídio, sob controle do reforço social (Bolsoni-Silva & Marturano, 2008; Ceppi & Benvenuti, 2011; Hoffman et al., 1999). Além disso, o modelo transacional de Fruzzetti e Shenk (2008) ilustra essa dinâmica como uma interação bidirecional, onde tanto a pessoa diagnosticada quanto os familiares reforçam mutuamente comportamentos e emoções disfuncionais, criando um ciclo de intensificação emocional. No entanto, devido à dificuldade dos familiares em saber como estabelecer limites, faz-se importante e necessário aprender e implementar estratégias de gerenciamento de problemas de forma eficaz e específica, para que, assim, as relações interpessoais no núcleo familiar melhorem, evitando práticas coercitivas, ou seja, sem violência

física ou verbal (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002; Bolsoni-Silva et al., 2009; Coelho & Murta, 2007).

Nesse sentido, compreender melhor o transtorno pode influenciar a dinâmica familiar, mas nem sempre é de maneira positiva. Hoffman et al., (2003) investigaram o nível de conhecimento sobre o TPB em 32 familiares de pessoas diagnosticadas com TPB. O estudo incluiu familiares dispostos a participarem e utilizou um questionário que avaliava aspectos como conhecimento sobre o diagnóstico do familiar, uso de medicação pelo paciente e quais medicações, idade de início do transtorno, prevalência do TPB entre os sexos, tratamentos disponíveis e se o familiar relatou ou não ter buscado informações sobre o transtorno. Os resultados indicaram que o maior conhecimento sobre o TPB, nem sempre traduzia em comportamentos de apoio e afeto, sendo associado, em alguns casos, a atitudes críticas, desvalorização e menor apoio emocional. Os autores discutiram a importância da precisão e a qualidade das informações na dinâmica familiar, enfatizando que dados imprecisos podem aumentar a sobrecarga emocional e os níveis de depressão. Como limitações, o estudo teve um pequeno tamanho amostral de 32 familiares analisados, o que pode limitar a generalização dos achados, e um delineamento transversal que não permite estabelecer relações causais.

Diante desse impacto significativo, é fundamental que os profissionais de saúde mental ofereçam suporte não apenas aos pacientes, mas também às suas famílias. Um estudo de Kay et al. (2018), que teve como objetivo explorar e descrever as experiências de familiares que tem um parente com diagnóstico de TPB internado num hospital psiquiátrico, revelaram que os membros das famílias expressaram sintomas de desregulação emocional, preocupação, exaustão, problemas financeiros e conflitos conjugais, somado ao fato de vivenciarem um ambiente tumultuado e imprevisível. Os autores concluem que os familiares vivenciam uma sensação de desempoderamento devido à falta de conhecimento preciso sobre o TPB do seu parente. Torna-se necessário que os profissionais de saúde mental e prestadores de serviços adquiram um entendimento mais abrangente sobre o TPB, incluindo suas implicações no diagnóstico, tratamentos e cuidados.

Hoffman et al., (2005), Hoffman e Fruzzetti (2007) indicam que, embora as pesquisas mostrem que as famílias de pessoas com TPB experienciam sobrecarga, depressão, luto, dentre outros sintomas, ainda existe uma carência nos estudos e intervenções direcionados ao apoio e cuidados dos familiares de quem tem o diagnóstico de TPB. Bailey e Grenyer (2013) conduziram uma revisão sistemática dos estudos de experiência de cuidadores de pessoas com TPB, focando em estudos empíricos publicados em inglês entre 1996 e 2011 e citados nos bancos de dados eletrônicos. O objetivo do estudo foi de revisar e sintetizar sistematicamente

a literatura emergente em pesquisas que começaram a se concentrar na experiência de sobrecarga, nas necessidades de apoio e nas demandas impostas às famílias e aos cuidadores, e identificar quaisquer lacunas que precisam ser abordadas em pesquisas futuras. Foram identificados na pesquisa em banco de dados 504 estudos. Desses, seis preencheram os critérios de seleção, sendo que destes, cinco se concentraram em cuidadores de pessoas com TPB. Os achados dos estudos indicaram que os cuidadores experienciam sobrecarga objetiva e subjetiva elevada, luto, comprometimento do empoderamento e problemas de saúde mental, incluindo depressão e ansiedade. Os autores concluem que ainda existem lacunas consideráveis na literatura, e sugerem que pesquisas futuras se concentrem na carga e na necessidade de apoio dos cuidadores de pessoas com diferentes transtornos de personalidade.

Portanto, os avanços de intervenções para familiares de pessoas com TPB ainda são aquém do necessário para o cuidado suficiente da saúde mental e qualidade de vida dessa população (Hoffman & Fruzzetti, 2007). Em 2005, foi criado o programa *Family Connections*TM - FCTM cujo objetivo é oferecer treinamento e apoio a familiares de pessoas com TPB. O programa é obrigatoriamente, gratuito e tem demonstrado evidências no que diz respeito a redução da sobrecarga, tristeza e luto dos familiares de pessoas com TPB, além de um aumento no domínio em lidar com o familiar diagnosticado com TPB (Flynn et al., 2017; Hoffman et al., 2005; Hoffman & Fruzzetti, 2007; Courey et al., 2021).

Consequentemente, Hoffman, Fruzzetti e Buteau (2007), ampliaram as descobertas sobre intervenções para famílias com um parente com diagnóstico de transtorno de personalidade. Foram aplicados instrumentos que mediam sobrecarga objetiva, subjetiva, interpessoal e tensão de papéis, assim como depressão, luto e de domínio que avaliava as percepções de enfrentamento. Os resultados mostraram que essas famílias se sentem, com frequência, traumatizadas com as experiências de tentativas de suicídio, ameaças de suicídio e raiva do familiar, e sem forças para ajudar seu familiar com TPB. Os autores discutem que essas famílias costumam ser negligenciadas pela saúde pública e profissionais de saúde mental. Os dados documentam, que os membros da família muitas vezes estão na linha de frente e não são treinados para enfrentar os problemas do dia a dia que não esperavam assumir, acabam tendo que desempenhar papéis de cuidadores informais e sendo confrontados com situações de crise como comportamento suicida que exigem uma resposta imediata.

Adicionalmente, um estudo de 2012, realizado por Bauer et al., que avaliou a sobrecarga dos cuidadores de pessoas com diferentes transtornos de personalidade, aponta que dentre as declarações dos cuidadores sobre as dificuldades de lidar com o paciente, as mais difíceis são: variações do humor e mudanças de personalidade do paciente (47%);

comportamento autolesivo e tentativas de suicídio (47%); falta de compreensão do transtorno psiquiátrico na comunidade (33%) e as experiências de estigmatização e preconceito do cuidador (40%). Para os autores, apesar dos diversos fardos enfrentados pelos cuidadores de pacientes com transtorno de personalidade, esses cuidadores ainda recebem pouca atenção e apoio.

De forma complementar, Rajalin et al. (2009) investigaram o impacto de um programa adaptado de treinamento de habilidades para familiares de pessoas que tentaram suicídio, focando no bem-estar emocional e comportamentos desses familiares. O estudo avaliou aspectos como saúde mental geral, depressão, ansiedade, sobrecarga e qualidade de vida dos familiares, que frequentemente enfrentam altos níveis de estresse emocional devido à complexidade de cuidar de alguém com histórico de tentativa de suicídio. Esse contexto muitas vezes gera comportamentos de preocupação constante, tentativas de controle sobre as ações do ente querido e sentimento de culpa e impotência. O programa se mostrou eficaz na redução desses impactos, sugerindo que o suporte estruturado pode ser uma ferramenta valiosa para os familiares. Assim, o estudo de Rajalin et al. sugere que o suporte estruturado oferecido pelo programa pode ser uma ferramenta valiosa para familiares, auxiliando-os a lidar com o impacto psicológico das tentativas de suicídio e promovendo uma convivência mais saudável.

Seguindo essa linha de apoio aos familiares, após aplicar o programa *Family Connections* (FC™) no Brasil, Barban et al. (2024) investigou com os familiares participantes qual o módulo gostariam de mais informações e qual consideravam mais e menos importantes. Observou-se que mais da metade das famílias participantes demonstraram interesse em receber mais informações sobre o treinamento em resolução de problemas (módulo 6 do FC™), sendo essa a habilidade de maior relevância para eles dentre as ensinadas no treinamento.

Justifica-se, portanto, a necessidade de expandir o conhecimento sobre os padrões comportamentais dos familiares de pessoas com TPB no Brasil, especialmente naqueles que enfrentam episódios de crise, como tentativas de suicídio. Além disso, a presença de traumas entre esses cuidadores, conforme indicado por Bauer et al. (2012) e confirmado por Hoffman et al. (2005), torna-se um fator crucial a ser investigado.

A identificação desses padrões comportamentais poderá subsidiar adaptações culturalmente sensíveis em programas como o *Family Connections*™ - FC™, além de informar o desenvolvimento de intervenções baseadas em evidências. Os achados podem apontar futuros caminhos quanto ao desenvolvimento de estratégias mais eficazes de gerenciamento de problemas, possivelmente adaptadas às necessidades específicas do contexto familiar. Ademais, embora existam estudos que investiguem a experiência de familiares de pessoas com

TPB, como os de Bauer et al. (2012) e Hoffman et al. (2005), ainda há carência de pesquisas que caracterizem detalhadamente os padrões comportamentais no contexto brasileiro. Os estudos existentes apontam para uma alta incidência de dificuldades interpessoais entre a pessoa diagnosticada e a família (Gunderson & Lyoo, 1997; Bauer et al., 2012; Hoffman, Fruzzetti e Buteau, 2007). Para uma efetiva intervenção, é fundamental compreender as características das pessoas que buscam atendimento. Ao entender esses padrões comportamentais, torna-se possível elaborar estratégias que melhor atendam às necessidades da população em questão (Bolsoni et al., 2009).

O presente estudo teve como objetivo caracterizar os padrões de comportamentos de pais e mães de pessoas com TPB. Esses padrões foram identificados e categorizados a partir dos relatos dos familiares, das referências presentes na literatura citada neste estudo e pela aplicação de questionário de autorrelato desenvolvido pela pesquisadora e instrumentos validados. Além disso, o estudo analisou as funções relevantes na relação familiar, considerando os comportamentos emitidos por aqueles cujos entes queridos realizaram tentativas de suicídio (*entes tentantes de suicídio*) e aqueles que não realizaram (*entes não tentantes de suicídio*). Os padrões comportamentais foram identificados através de um questionário de autorrelato desenvolvido para este estudo, que incluiu itens relacionados a aspectos emocionais, comportamentais e de manejo/interação no contexto familiar. Ademais, foram utilizados instrumentos validados, como escalas padronizadas que avaliaram o estresse e trauma e a sobrecarga dos familiares. Os dados foram coletados em um desenho de estudo quantitativo e transversal, garantindo a análise comparativa entre os dois grupos: familiares de entes tentantes e familiares de entes não tentantes. Considerando os resultados de pesquisas realizadas até o momento referente ao bem estar de familiares de pessoas diagnosticadas com TPB, as hipóteses estabelecidas incluem a expectativa de que familiares de entes tentantes de suicídio apresentem comportamentos caracterizados por hipervigilância, incerteza de como responder ao comportamento de crise de seu familiar, dificuldade em estabelecer limites de suas próprias tolerâncias, maior propensão em ceder aos impulsos do ente diagnosticado, dificuldade em dizer “não” quando necessário e dificuldade em dialogar. Em termos emocionais, prevê-se respostas como medo, estresse constante, preocupação, frustração, raiva, culpa e sensações de ansiedade, o que pode dificultar a implementação de estratégias para auxiliar o familiar diagnosticado a lidar com a situação. Por outro lado, supõe-se que familiares de entes não tentantes de suicídio apresentem níveis semelhantes para as respostas emocionais, bem como níveis semelhantes ou inferiores para respostas comportamentais e de manejo/interação.

Espera-se que os resultados do estudo tragam à tona variáveis independentes (e.g. experiência prévia de tentativas de suicídio pelo ente querido) e dependentes (nível de sobrecarga subjetiva e objetiva, medida pela escala FBIS-BR (Escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares) e nível de estresse pós traumático, medida pela escala ITQ (*International Trauma Questionnaire*) relevantes para a implementação futura de uma linha de pesquisa acerca das interações ocorridas em famílias nas quais há um ente com diagnóstico de TPB, visando não só a compreensão dessas interações, como principalmente o estabelecimento de práticas terapêuticas, educacionais e culturais (e.g. políticas públicas) capazes de aumentar o bem-estar familiar.

MÉTODO

Esta pesquisa integrou um projeto liderado pelo DBT-Lab (Laboratório de Terapia Comportamental Dialética ligado ao Instituto Par - Ciências e Tecnologia do Comportamento) identificado pelo número 61152322.1.0000.5561 CAAE, o qual recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – Plataforma Brasil. Segue as normas do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEP-IPUSP). Foi assegurado aos participantes os seguintes direitos: O direito de receber informações sobre os procedimentos envolvidos na pesquisa e os riscos mínimos aos quais estarão sujeitos; o direito de retirar seu consentimento e desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem sofrer qualquer consequência negativa; a garantia de que as informações coletadas não serão utilizadas de maneira a revelar a identidade de nenhum indivíduo. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, com familiares de pessoas diagnosticadas com TPB.

Participantes

Foram convidados a participarem do estudo 96 pais e mães de pessoas com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Desses, 5 desistiram, resultando em um total de 91 participantes.

Critérios de inclusão: ser pai ou mãe de uma pessoa diagnosticada com TPB, maior de 18 anos, alfabetizado, que concorde com o TCLE e responda aos questionários.

Critérios de exclusão: pessoas com diagnóstico de TPB, Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) ou Esquizofrenia, apresentar delírios, alucinações e ideação suicida, apresentar tentativa de suicídio nos últimos 12 meses, não saber ligar o computador, não se conectar à internet, não saber manusear plataformas de videoconferência e não ter acesso a internet. A justificativa para exclusão de participantes com transtornos psiquiátricos ou sintomas graves, está relacionada à padronização do programa oferecido aos familiares. O programa foi planejado para atender especificamente cuidadores, e a inclusão de participantes com essas condições poderia comprometer sua eficácia, segurança e os objetivos propostos.

Procedimento

O processo foi dividido em três etapas: (1) Inscrições através do formulário de inscrição e triagem FIT; (2) Entrevista semiestruturada por videoconferência, norteadas por um *checklist* de informações e procedimentos (Apêndice F) e por um formulário de entrevista (FE); e (3) Aplicação dos questionários, que ocorreu também por videoconferência, em dias e horários específicos.

O número de participantes do estudo foi definido com base na quantidade de grupos necessários para a realização do programa oferecido. Assim, foram formados 8 grupos, cada um composto por 12 participantes, totalizando 96 vagas disponíveis para o estudo.

O recrutamento foi realizado através de divulgações em redes sociais, nos grupos de intervenção atuais oferecidos pelo DBT-Lab, grupos de *Whatsapp* da pesquisadora e por *e-mail* para familiares cadastrados numa lista de espera do *FCTM Brasil*. A divulgação continha um folder com as principais informações referentes à pesquisa (como público-alvo, critérios de inclusão e objetivo) e um *link* que direcionava os participantes para o FIT. O formulário ficou aberto por dois meses com o objetivo de formar grupos equilibrados em relação ao gênero e à composição familiar.

Ao clicar no *link* divulgado o familiar era direcionado à página do FIT. Na página do formulário, o familiar encontrava o *link* que dava acesso ao TCLE. Logo abaixo do *link* para o TCLE, o familiar encontrava duas opções: “Concordo” e “Não concordo”. Somente os familiares que concordaram com o TCLE após sua leitura foram incluídos como participantes. Neste caso, ele teve acesso às perguntas do FIT. No caso dos familiares que clicaram em "Não Concordo", estes receberam uma mensagem de agradecimento na tela, finalizando a possibilidade de inscrição.

Após atingir o número de participantes, nessa primeira etapa, o formulário foi fechado, e os pesquisadores enviaram aos participantes inscritos que atenderam aos critérios de inclusão uma mensagem via *Whatsapp* para agendamento das entrevistas, buscando conciliar os horários dos pesquisadores com o dos participantes.

O objetivo da entrevista foi garantir a confiabilidade das respostas fornecidas na etapa anterior bem como reproduzir as perguntas relacionadas aos critérios de exclusão e esclarecimentos sobre possíveis dúvidas quanto ao TCLE. Os participantes que não atenderam aos critérios de inclusão não puderam participar. Além disso, foi solicitado que os participantes informassem sua disponibilidade de horários para responder aos instrumentos na etapa subsequente. As entrevistas foram realizadas individualmente, começando pelo *checklist* de informações e procedimentos, em seguida foi realizado o preenchimento do FE, que foi preenchido pelo pesquisador de forma síncrona com as respostas do participante. O FE foi aberto na tela do computador do pesquisador e a tela com o formulário aberto foi compartilhada

¹ A partir de 2020, membros do DBT-Lab (Instituto Par) e do ADRE-IPq-HC-FMUSP uniram esforços para expandir o programa *Family Connections* no Brasil. Como resultado desse esforço conjunto, a Associação sem fins lucrativos *FCTM Brasil* foi criada com o propósito de fornecer psicoeducação sobre o TPB e oferecer suporte aos familiares de pessoas com essa condição no país. Endereço do site: <https://www.fcbrasil.org.br>

com o participante, garantindo que as respostas fossem registradas com precisão e eficiência durante a entrevista.

A terceira foi a coleta de dados. Para todos os participantes houve apenas um encontro para a coleta. Foi dividido por grupos em dias e horários específicos formando assim o grupo. Foi criado o grupo de whatsapp onde estavam inseridos os pesquisadores e os participantes, nesse grupo era passado para os participantes as informações sobre horário e dia para responderem aos questionários. Para que ocorresse de forma uniforme e reduzisse vieses externos, todos os pesquisadores que participaram da coleta seguiram o checklist de informações e procedimentos deste estudo (Apêndice F).

Na fase de entrevistas, foram considerados desistentes os participantes que não responderam a três tentativas de contato via whatsapp ou telefone, totalizando 21 desistências. Além disso, 10 participantes foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos no estudo. Todos os desistentes receberam uma mensagem de agradecimento pelo interesse em participar do estudo, e a vaga correspondente foi reaberta, permitindo novas inscrições por meio do formulário. Para os participantes excluídos que demonstraram interesse no programa oferecido, foi disponibilizado um link de inscrição para lista de espera.

Na fase de coleta de dados, os critérios de desistências seguiram os mesmos estabelecidos na fase de entrevistas, resultando em um total de 5 desistências dos 96 participantes. Para cada participante que desistiu, foi enviada uma mensagem de agradecimento pelo interesse em participar do estudo.

Seguindo o comprometimento ético, após a coleta dos dados, apenas para os familiares que responderam aos questionários, foi oferecido um treinamento de habilidades do programa *Family Connections*TM, no formato *on-line*, em parceria com o DBT-LAB. O treinamento teve início na primeira semana de abril de 2024, e os grupos foram formados de acordo com os horários e dias da semana escolhidos no FIT. A pesquisadora principal não fez parte do treinamento oferecido, porém quatro profissionais integrantes do DBT-LAB, pesquisadores que ajudaram na aplicação dos instrumentos desta pesquisa, foram os líderes e co-líderes do programa de treinamento oferecido.

Instrumentos

Formulário de inscrição e triagem (FIT): o qual contém informações na descrição sobre a pesquisa e solicita dados gerais, informações sociodemográficas, respostas referentes aos critérios de inclusão e exclusão e disponibilidade para participar do treinamento.

Formulário de entrevista (FE): composto por perguntas sobre dados gerais, informações sobre o familiar diagnosticado com TPB, confirmação sobre disponibilidade de horário para

participação do treinamento, indicação de disponibilidade de horário para responder aos questionários e respostas referentes aos critérios de inclusão e exclusão.

Questionário de autorrelato familiar (QAF): formulário desenvolvido pela pesquisadora, composto por três categorias que avaliam as respostas emocionais, respostas comportamentais e respostas de manejo-interação das famílias com o familiar que tem TPB. É uma escala de resposta do tipo *likert* de cinco pontos. A categoria de respostas emocionais é composta por 13 itens; a categoria de respostas comportamentais é composta por 13 itens; e a categoria de respostas de manejo-interação é composta por 16 itens.

ITQ: *International Trauma Questionnaire* desenvolvido por Cloitre, Shevlin et al., 2018 e traduzido, adaptado transculturalmente e validado em sua versão em português brasileiro por Donat et al., 2019. É o instrumento padrão-ouro para avaliar o modelo de transtornos relacionados ao trauma da CID-11°. ITQ é composto por dois questionários de seis itens que avaliam sintomatologia pós-traumática e mais três itens que avaliam prejuízo funcional percebido em uma escala de resposta do tipo *likert* de cinco pontos. O primeiro questionário avalia sintomas de TEPT em três fatores: revivência, evitação e senso de ameaça elevada. O segundo questionário avalia sintomas de dificuldades na auto-organização também em três fatores: desregulação de afeto, autoconceito negativo e dificuldades em relacionamentos.

FBIS-BR: Escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares (Tessler & Gamache, 1996; tradução para o português: Bandeira, Calzavara, & Varella, 2005). A escala FBIS-BR possui 70 questões, dentre as quais 45 se referem ao grau de sobrecarga, sendo 21 itens de sobrecarga objetiva e 24 itens de sobrecarga subjetiva. Porém, quatro destes itens não podem ser utilizados porque apresentaram valores baixos de fidedignidade ($r < 0,20$ item-total), no estudo de validação. Não podem, portanto, ser incluídos no cálculo dos escores de sobrecarga. A escala totaliza, portanto, 41 itens quantitativos que devem ser incluídos nos cálculos dos escores de sobrecarga, sendo 19 de sobrecarga objetiva e 22 de sobrecarga subjetiva. Os quatro itens que não devem ser incluídos são os de número 6 e 8 da sub-escala B objetiva e os itens 6 e 8 da sub-escala B subjetiva. No entanto, eles foram mantidos na escala para conhecimento dos aplicadores, embora não possam ser contabilizados nas médias.

Análise de dados

A análise de dados foi conduzida utilizando o software SPSS (IBM®, EUA, v. 24). As características sociodemográficas da amostra foram analisadas por meio de frequências, médias e desvio-padrão das variáveis. Além disso, foi utilizado o teste t de Welch para verificar diferenças entre grupos em relação às variáveis da Escala de Sobrecarga de Familiares de Pacientes Psiquiátricos (FBIS-BR). Os dados não apresentaram desvios significativos da

normalidade, conforme indicado pelos testes de Shapiro-Wilk e Kolmogorov–Smirnov. Entretanto, o teste de Levene demonstrou que algumas variáveis não apresentavam homogeneidade de variâncias, razão pela qual optou-se pelo uso do teste t de Welch. Foi utilizado também o teste U de Mann-whitney para verificar as diferenças entre grupos no que se refere aos sentimentos e comportamentos dos pais de pessoas com TPB após um episódio de desregulação comportamental (ex., tentativa de suicídio, comportamentos impulsivos, gastos, sexos, abuso de substâncias, condução imprudente etc.,).

RESULTADOS

Participaram do estudo 91 indivíduos que tinham parentesco com pessoas diagnosticadas com TPB, sendo 21 pais e 70 mães, com média de idade de 53.77 anos (SD = 8.66). A Tabela 1 apresenta as frequências das variáveis sociodemográficas, enquanto a Tabela 2 detalha as médias e desvios-padrão dos fatores da FBIS-BR (Tabela 3 e 4).

Tabela 1. Características sociodemográficas e comportamentais – Questionário de Autorrelato Familiar (QAF).

	Frequência	Porcentagem (%)
Tentativa de suicídio		
Sem Tentativa	24	26.4%
Com Tentativa	67	73.6%
Conhecimento sobre TBP		
Não	46	50.5%
Sim	45	49.5%
Buscar menos a rede		
Não	59	64.8%
Sim	32	35.2%
TEPT		
Sem TEPT	64	70.3%
Com TEPT	27	29.7%
Alteração no trabalho		
Sim	41	45.1%
Não	50	54.9%
Grau de parentesco		
Pai	21	23.1%
Mãe	70	76.9%
Estado Civil		
Casado(a)	61	67.0%
Divorciado(a)	11	12.1%
Separado(a)	7	7.7%
Solteiro(a)	9	9.9%
Viúvo(a)	3	3.3%
Escolaridade		
Ensino Médio Incompleto	3	3.3%
Ensino Médio Completo	6	6.6%
Ensino Superior Incompleto	3	3.3%
Ensino Superior Completo	33	36.3%
Pós-Graduação	46	50.5%
Mora c/ o familiar		
Não	18	19.8%
Sim	73	80.2%

Diminuiu Autocuidado

Sim	42	46.2%
Não	49	53.8%

Reduziu Afeto

Não	86	94.5%
Sim	5	5.5%

Evita ficar em casa

Sim	12	13.2%
Não	79	86.8%

Naturaliza as crises

Não	69	75.8%
Sim	22	24.2%

Dificuldade de estabelecer limites

Não	24	26.4%
Sim	67	73.6%

Ficar com o familiar por medo que ele repita tentativa

Não	27	29.7%
Sim	64	70.3%

Atender maior parte das solicitações

Não	20	22.0%
Sim	71	78.0%

Permitir coisas contra a vontade

Não	33	36.3%
Sim	58	63.7%

Dificuldade em dialogar

Não	37	40.7%
Sim	54	59.3%

Dificuldade em apoiar

Não	60	65.9%
Sim	31	34.1%

Não atender solicitações

Não	63	69.2%
Sim	28	30.8%

Dizer sim para muitas coisas

Não	29	31.9%
Sim	62	68.1%

Procurar para conversar

Não	17	18.7%
Sim	74	81.3%

Cortar relações

Não	89	97.8%
Sim	2	2.2%

Se distanciar		
Não	85	93.4%
Sim	6	6.6%
Mandar embora de casa		
Não	89	97.8%
Sim	2	2.2%
Chamar para morar junto		
Não	29	31.9%
Sim	62	68.1%
Fazer uso de ameaças		
Não	79	86.8%
Sim	12	13.2%

Tabela 2. Fatores da Escala de sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos (FBIS-BR).

	N	Omisso	Média (SD)	Mínimo	Máximo
Assistência ao paciente na vida diária (Objetiva)	91	0	17.19 (8.97)	0	34
Assistência ao paciente na vida diária (Subjetiva)	82	9	11.68 (7.30)	0	25
Supervisão de comportamentos problemáticos (Objetiva)	89	2	6.92 (5.25)	0	21
Supervisão de comportamentos problemáticos (Subjetiva)	71	20	9.69 (6.17)	0	24
Preocupações com o paciente	91	0	21.08 (4.63)	7	28
Impacto nas rotinas	91	0	4.32 (3.06)	0	12

Os resultados das análises revelaram diferenças significativas em várias subescalas de sobrecarga subjetiva e objetiva, bem como sentimentos e comportamentos dos pais de pessoas com TPB após um episódio de desregulação comportamental quando comparados a diferentes grupos de cuidadores.

Parentes de Pessoas que Tentaram e Não Tentaram Suicídio

A análise comparativa entre parentes de pessoas que tentaram e não tentaram suicídio revelou diferenças significativas em algumas variáveis emocionais e comportamentais. No geral, a maioria dos sentimentos e comportamentos avaliados não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. No entanto, variáveis como "Hipervigilância" ($U=560$, $p=0,022$, $rb=0,303$) e "Procurar estar a maior parte do tempo com o familiar" ($U=476$, $p=0,002$, $rb=0,407$) apresentaram diferenças significativas, com parentes de pessoas que tentaram suicídio demonstrando maior intensidade nesses comportamentos. Isso indica que esses indivíduos podem estar mais alertas ou envolvidos no cuidado com o familiar.

Além disso, o item "Sem saber qual a melhor ação a tomar" também apresentou diferença marginalmente significativa ($U=592$, $p=0,049$, $rb=0,264$), sugerindo maior indecisão

entre aqueles cujo familiar tentou suicídio. Variáveis relacionadas a comportamentos específicos, como "Passei a ter dificuldades em dialogar" ($U=573$, $p=0,032$, $rb=0,288$) e "Passei a ter dificuldade em apoiar" ($U=550$, $p=0,017$, $rb=0,317$), também destacaram diferenças, indicando que a tentativa de suicídio pode afetar a dinâmica de comunicação e suporte na relação.

Em contraste, sentimentos como "Sentir medo", "Sentir muita tristeza" e "Se sentir frustrado" não diferiram significativamente entre os dois grupos, sugerindo que as experiências emocionais gerais podem ser semelhantes, independentemente de a tentativa de suicídio ter ocorrido.

Em relação as subescalas da FBIS (Tabelas 3 e 4), na subescala de "Impacto nas Rotinas", cuidadores de pacientes com tentativa de suicídio apresentaram escores significativamente mais altos ($M = 4.64$, $DP = 3.31$) em comparação com os que não enfrentaram essa situação ($M = 3.42$, $DP = 2.02$), $p = .038$.

Pais e Mães de Pessoas com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB)

Dentre os itens analisados, as mulheres reportaram níveis mais elevados em diversas dimensões emocionais e comportamentais em comparação aos homens. Um dos itens com diferenças significativas foi “sentir muita raiva”, no qual os homens apresentaram uma média menor (2.33) em comparação às mulheres (2.83), indicando que as mulheres relataram sentir mais raiva ($U = 505$, $p = 0.023$, $rb = 0.31$, tamanho de efeito médio). Similarmente, no item “se sentir sozinho”, as mulheres apresentaram uma média superior (3.64) em relação aos homens (3.14), sugerindo maior sensação de solidão entre as mulheres ($U = 513$, $p = 0.028$, $rb = 0.30$, tamanho de efeito médio). O item “se sentir frustrado” destacou-se pelo maior tamanho de efeito observado ($rb = 0.39$), com as mulheres relatando maior frustração (média: 4.03) em comparação aos homens (média: 3.43, $U = 448$, $p = 0.004$).

As mulheres também relataram níveis mais elevados de estresse constante no dia a dia (média: 3.61) do que os homens (média: 3.00), com efeito médio ($U = 495$, $p = 0.015$, $rb = 0.33$). Além disso, a frequência de choro foi significativamente maior nas mulheres (média: 2.56) em comparação aos homens (média: 2.00, $U = 506$, $p = 0.016$, $rb = 0.31$). Por fim, as mulheres relataram uma maior redução no autocuidado (média: 2.80) em relação aos homens (média: 2.24, $U = 533$, $p = 0.048$, $rb = 0.28$).

Dois itens apresentaram tendências marginais para diferenças entre os sexos ($0.05 \leq p < 0.10$). Mulheres mostraram uma tendência a relatar maior preocupação excessiva ($p = 0.057$) e maior desapontamento ($p = 0.075$). Esses resultados reforçam um padrão geral no qual as

mulheres reportam níveis mais elevados de emoções negativas, como frustração, solidão e estresse, além de mudanças comportamentais, como aumento na frequência de choro e redução no autocuidado. Esses achados podem refletir diferenças de gênero na resposta emocional e comportamental após um episódio de desregulação emocional por parte de um familiar com TPB.

Em relação às subescalas da FBIS (Tabelas 3 e 4) na subescala de "Supervisão de comportamentos problemáticos" houve uma diferença significativa entre mães e pais, com as mães apresentando maior sobrecarga ($M = 10.7$, $DP = 6.00$) do que os pais ($M = 6.19$, $DP = 5.60$), $p = .01$.

Parentes com sintomas de TEPT e sem sintomas de TEPT

Indivíduos com sintomas compatíveis com TEPT apresentaram maior frequência em diversas emoções negativas e comportamentos desafiadores em comparação com aqueles sem os sintomas compatíveis com TEPT. Por exemplo, na variável *sentir medo*, os indivíduos com sintomas de TEPT apresentaram uma média de 3,93 ($DP = 0,87$), enquanto aqueles sem sintomas tiveram uma média de 3,59 ($DP = 0,81$). A diferença foi estatisticamente significativa ($U = 653$, $p = 0,047$, correlação bisserial = 0,2448). Além disso, a frequência de *se sentir sozinho* foi significativamente maior no grupo com sintomas compatíveis com TEPT ($M = 4,04$, $DP = 0,90$) do que no grupo sem sintomas ($M = 3,31$, $DP = 1,05$), com $U = 526$, $p = 0,002$ e correlação bisserial = 0,3912.

Outro resultado relevante foi relacionado ao *sentir estresse intenso e curto*, onde o grupo com sintomas compatíveis com TEPT obteve uma média de 4,15 ($DP = 0,77$), enquanto o grupo sem sintomas apresentou uma média de 3,36 ($DP = 0,82$). Essa diferença também foi significativa ($U = 447$, $p < 0,001$, correlação bisserial = 0,4826). Na variável *se sentir frustrado*, observou-se um padrão similar, com médias de 4,30 ($DP = 0,78$) e 3,72 ($DP = 0,90$) para os grupos com sintomas e sem sintomas, respectivamente ($U = 545$, $p = 0,003$, correlação bisserial = 0,3698).

Quanto aos comportamentos de enfrentamento, como *evitar falar sobre o ocorrido com outras pessoas*, o grupo com sintomas compatíveis com TEPT demonstrou maior frequência ($M = 3,30$, $DP = 1,38$) em comparação ao grupo sem sintomas ($M = 2,55$, $DP = 1,25$; $U = 597$, $p = 0,016$, correlação bisserial = 0,3096). De forma semelhante, na variável *evitar ficar em casa*, os indivíduos com sintomas compatíveis com TEPT também apresentaram maior frequência ($M = 2,11$, $DP = 1,12$) em relação aos sem sintomas ($M = 1,47$, $DP = 0,80$; $U = 551$, $p = 0,002$, correlação bisserial = 0,3623).

Algumas variáveis não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, como *sentir muita tristeza* ($U = 707$, $p = 0,147$, correlação bisserial = 0,1823) e *sentir vergonha frente aos outros* ($U = 754$, $p = 0,325$, correlação bisserial = 0,1279). Nesses casos, as médias e medianas entre os grupos foram próximas, indicando que tais emoções podem ser experienciadas de maneira semelhante, independentemente do diagnóstico de TEPT.

No geral, os resultados indicam que indivíduos com sintomas compatíveis com TEPT tendem a relatar maiores níveis de emoções negativas, maior frequência de isolamento social e dificuldades em aceitar e lidar com situações difíceis em comparação com aqueles sem os sintomas.

Em relação às subescalas da FBIS (Tabelas 3 e 4), nas subescalas de sobrecarga subjetiva de "Assistência ao paciente na vida diária", foi encontrada uma diferença significativa entre os cuidadores que apresentam sintomas de TEPT e aqueles que não apresentaram sintomas, com os primeiros apresentando escores significativamente mais altos de sobrecarga ($M = 15.0$, $DP = 7.36$) em comparação com os segundos ($M = 10.2$, $DP = 6.81$), $p = .01$. Na subescala de "Supervisão de comportamentos problemáticos", os cuidadores com sintomas de TEPT apresentaram escores significativamente mais altos ($M = 12.6$, $DP = 6.53$) em relação aos cuidadores sem sintomas ($M = 8.29$, $DP = 5.53$), $p = .01$.

Para as subescalas de sobrecarga objetiva, os cuidadores com sintomas de TEPT mostraram escores significativamente mais altos na subescala de "Assistência ao paciente na vida diária" ($M = 21.3$, $DP = 7.59$) em comparação com aqueles sem sintomas ($M = 15.5$, $DP = 9.00$), $p = .002$. Também foi identificada uma diferença significativa na subescala de "Supervisão de comportamentos problemáticos", com os cuidadores com sintomas de TEPT apresentando maior sobrecarga ($M = 10.6$, $DP = 5.57$) em comparação com os sem sintomas ($M = 5.34$, $DP = 4.26$), $p = .001$. Cuidadores com sintomas de TEPT também relataram maior impacto nas rotinas ($M = 5.85$, $DP = 2.98$) do que os cuidadores sem sintomas ($M = 3.67$, $DP = 2.88$), $p = .002$.

Morar ou não com um familiar diagnosticado com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB)

Nas variáveis relacionadas às emoções negativas, poucas diferenças significativas foram encontradas entre os grupos. Por exemplo, a média para *sentir vergonha frente aos outros* foi significativamente maior entre aqueles que moram com o familiar ($M = 2.88$, $DP = 1.166$) comparado àqueles que não moram ($M = 2.11$, $DP = 1.132$), $U=423$, $p=0.016$, com uma

correlação bisserial de 0.36, indicando um efeito de tamanho moderado. Já para *sentir muita tristeza* e *sentir muita raiva*, as diferenças entre os grupos não foram significativas ($p > 0.05$)

Apesar de não atingirem significância estatística, algumas tendências sugerem maior intensidade de emoções negativas no grupo que mora com o familiar. Por exemplo, a média para *sentir irritação* foi de 3.30 (DP = 1.037) no grupo que mora com o familiar, comparado a 2.72 (DP = 1.227) no grupo que não mora.

Houve diferença significativa em *se sentir desapontado*, com aqueles que moram com o familiar relatando médias mais altas ($M = 3.82$, DP = 0.991) em comparação ao grupo que não mora ($M = 3.06$, DP = 1.110), $U=409$, $p=0.010$. Este efeito foi moderado, com uma correlação bisserial de 0.38. A variável *se sentir sozinho* também apresentou uma tendência marginal ($p=0.078$), sugerindo que morar com o familiar pode aumentar sentimentos de isolamento.

A frequência de estresse intenso e curto não diferiu significativamente entre os grupos ($p=0.242$), mas o grupo que mora com o familiar apresentou médias ligeiramente mais altas ($M = 3.64$, DP = 0.888) em comparação ao grupo que não mora ($M = 3.39$, DP = 0.850). De forma semelhante, para *estresse constante no dia a dia*, as médias foram de 3.55 (DP = 0.913) para o grupo que mora com o familiar e 3.17 (DP = 1.098) para o grupo que não mora ($p=0.162$, $p=0.162$).

O comportamento de *evitar falar sobre o ocorrido com outras pessoas* foi significativamente mais frequente entre aqueles que moram com o familiar ($M = 2.93$, DP = 1.262) em comparação a quem não mora ($M = 2.11$, DP = 1.410), $U=393$, $p=0.006$, com uma correlação bisserial de 0.40, indicando um efeito moderado. Além disso, os participantes que moram com o familiar relataram maior frequência em *procurar estar a maior parte do tempo com o familiar* ($M = 3.48$, DP = 1.415) do que aqueles que não moram ($M = 2.50$, DP = 1.200), $U=401$, $p=0.008$. No entanto, comportamentos como *parar de trabalhar* também foram mais prevalentes no grupo que mora com o familiar ($M = 2.38$, DP = 1.350) comparado ao grupo que não mora ($M = 1.78$, DP = 1.309), $U=456$, $p=0.036$.

Em relação às subescalas da FBIS (Tabelas 3 e 4), na subescala de assistência ao paciente na vida diária, os cuidadores que moram com o familiar apresentaram maior sobrecarga subjetiva ($M = 12.6$, DP = 7.31) em comparação aos que não moram ($M = 7.43$, DP = 5.75), $p = .01$. Cuidadores que moram com o familiar também relataram maior sobrecarga subjetiva na subescala de supervisão de comportamentos problemáticos ($M = 10.7$, DP = 6.01) comparado aos que não moram com o familiar ($M = 6.13$, DP = 5.51), $p = .01$. Cuidadores que moram com o familiar mostraram também uma sobrecarga maior na subescala de Impacto nas

Rotinas ($M = 4.84$, $DP = 2.95$) em comparação com aqueles que não moram ($M = 2.22$, $DP = 2.62$), $p = .001$.

Os dados sugerem que morar com um familiar com TPB está associado a maior intensidade de emoções negativas específicas, como vergonha e desapontamento, bem como maior envolvimento comportamental no cuidado com o familiar. Essas diferenças refletem não apenas o impacto emocional, mas também as adaptações no cotidiano das pessoas que compartilham o mesmo ambiente com o familiar, destacando a importância de suporte emocional e estratégias de enfrentamento adequadas para esses indivíduos.

Tabela 3. Diferença entre grupos nos escores das subescalas de sobrecarga subjetiva.

Variável	N	Média	SD	Welch's t	gl	p	Diferença Média	Cohen's D
A: Assistência ao paciente na vida diária								
Tentativa de suicídio								
Não	22	12.0	6.43	.293	44.1	.771	.495	.070
Sim	60	11.6	7.64					
Conhecimento sobre TPB								
Não	43	10.7	6.95	-1.34	77.3	.183	-2.17	-.298
Sim	39	12.8	7.59					
Buscou menos a rede de apoio								
Não	55	10.7	7.06	-1.64	49.0	.107	-2.85	-.390
Sim	27	13.6	7.53					
TEPT								
Não	56	10.2	6.81	-2.81	45.5	.01	-4.80	-.677
Sim	26	15.0	7.36					
Mudanças no trabalho								
Não	43	10.6	7.32	1.38	79.5	.170	2.22	.306
Sim	39	12.8	7.19					
Parentesco								
Pai	18	9.06	6.14	-1.95	32.6	.059	-3.37	-.492
Mãe	64	12.4	7.47					
Mora com o Familiar								
Não	14	7.43	5.75	-2.89	22.6	.01	-5.13	-.780
Sim	68	12.6	7.31					
B: Supervisão de comportamentos problemáticos								
Tentativa de suicídio								
Não	19	9.32	5.45	-.332	37.7	.741	-.511	-.085
Sim	52	9.83	6.46					
Conhecimento sobre TPB								
Não	37	9.43	5.73	-.362	65.3	.718	-.538	-.086
Sim	34	9.97	6.69					
Buscou menos a rede de apoio								
Não	49	9.31	6.21	-.783	40.9	.438	-1.24	-.201
Sim	22	10.5	6.15					
TEPT								
Não	48	8.29	5.53	-2.73	37.6	.01	-4.32	-.713
Sim	23	12.6	6.53					
Mudanças no trabalho								
Não	40	8.90	5.23	1.18	52.9	.242	1.81	.288
Sim	31	10.7	7.17					
Parentesco								
Pai	16	6.19	5.60	-2.80	25.9	0.01	-4.52	-.779
Mãe	55	10.7	6.00					
Mora com o Familiar								
Não	16	6.13	5.51	-2.88	26.3	.01	-4.60	-.798
Sim	55	10.7	6.01					

E: Preocupações com o paciente

Tentativa de suicídio

Não	24	21.1	4.48	.008	42.5	.994	.008	.001
Sim	67	21.1	4.71					

Conhecimento sobre TPB

Não	46	21.3	5.02	.518	87.0	.606	.504	.109
Sim	45	20.8	4.22					

Buscou menos a rede de apoio

Não	59	20.8	5.21	-.999	86.7	.320	-.894	-.205
Sim	32	21.7	3.30					

TEPT

Não	64	20.6	4.81	-1.72	58.3	.09	-1.68	-.380
Sim	27	22.3	4.01					

Mudanças no trabalho

Não	50	20.0	4.98	2.59	88.6	.01	2.39	.539
Sim	41	22.4	3.81					

Parentesco

Pai	21	19.3	5.12	-1.84	29.3	.07	-2.27	-.476
Mãe	70	21.6	4.37					

Mora com o Familiar

Não	18	19.5	4.95	-1.54	24.4	.137	-1.97	-.416
Sim	73	21.5	4.49					

Tabela 4. Diferença entre grupos nos escores das subescalas de sobrecarga objetiva.

Variável	N	Média	SD	Welch's t	gl	p	Diferença Média	Cohen's D
A: Assistência ao paciente na vida diária								
Tentativa de suicídio								
Não	24	16.7	7.19	-.376	53.9	.708	-.706	-.083
Sim	67	17.4	9.57					
Conhecimento sobre TPB								
Não	46	17.4	8.78	.242	88.5	.810	.457	.050
Sim	45	17.0	9.26					
Buscou menos a rede de apoio								
Não	59	16.7	8.99	-.683	63.6	.497	-1.35	-.150
Sim	32	18.1	9.02					
TEPT								
Não	64	15.5	9.00	-3.17	57.6	.002	-5.84	-.702
Sim	27	21.3	7.59					
Mudanças no trabalho								
Não	50	16.1	9.24	1.31	87.6	.192	2.46	.276
Sim	41	18.5	8.56					
Parentesco								
Pai	21	16.9	10.0	-.151	29.6	.881	-.367	-.039
Mãe	70	17.3	8.71					
Mora com o Familiar								
Não	18	7.56	5.50	-7.49	37.2	.001	-12.0	-1.74
Sim	73	19.6	8.04					
B: Supervisão de comportamentos problemáticos								
Tentativa de suicídio								
Não	24	6.04	5.50	-1.04	48.6	.303	-1.20	-.238
Sim	65	7.25	6.00					
Conhecimento sobre TPB								
Não	45	6.80	5.33	-.219	87.0	.827	-.245	-.046
Sim	44	7.05	5.23					
Buscou menos a rede de apoio								
Não	58	6.55	5.32	-.918	63.4	.362	-1.06	-.203
Sim	31	7.61	5.13					
TEPT								
Não	62	5.34	4.26	-4.34	39.8	.001	-5.22	-1.05
Sim	27	10.6	5.57					
Mudanças no trabalho								
Não	48	5.90	4.52	1.99	74.9	.05	2.23	.427
Sim	41	8.12	5.82					
Parentesco								
Pai	21	4.33	3.09	-3.56	61.3	.001	-3.39	-.756
Mãe	68	7.72	5.53					
Mora com o Familiar								
Não	18	3.50	3.93	-3.85	33.9	.001	-4.29	-.929
Sim	71	7.79	5.21					

D: Impacto nas Rotinas

Tentativa de suicídio

Não	24	3.42	2.02	-2.12	67.0	.038	-1.23	-.447
Sim	67	4.64	3.31					

Conhecimento sobre TPB

Não	46	3.98	2.80	-1.07	86.0	.287	-.688	-.225
Sim	45	4.67	3.30					

Buscou menos a rede de apoio

Não	59	4.12	3.10	-.853	65.6	.396	-.569	-.186
Sim	32	4.69	3.00					

TEPT

Não	64	3.67	2.88	-3.22	47.4	.002	-2.18	-.744
Sim	27	5.85	2.98					

Mudanças no trabalho

Não	50	3.66	2.75	2.28	78.6	.025	1.46	.485
Sim	41	5.12	3.26					

Parentesco

Pai	21	4.29	3.39	-.052	29.9	.959	-.042	-.013
Mãe	70	4.33	2.98					

Mora com o Familiar

Não	18	2.22	2.62	-3.69	28.6	.001	-2.61	-.935
Sim	73	4.84	2.95					

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo analisar e caracterizar as respostas emocionais, comportamentais e as dinâmicas de manejo e interação dos familiares de pessoas com TPB e seus impactos no dia a dia. Além disso, buscou-se comparar esses impactos entre familiares cujo ente querido tentou suicídio e aquelas cujos familiares não realizaram tentativas de suicídio. Trata-se do primeiro estudo no Brasil direcionado especificamente para pais e mães de pessoas com TPB, oferecendo uma visão das dinâmicas e dos desafios enfrentados por esses cuidadores especialmente quando lidam com a experiência de tentativa de suicídio por parte do ente querido diagnosticado. O estudo contribui com a ciência trazendo à luz padrões de comportamentos na relação entre cuidadores de pessoas com TPB.

Além de examinar esses impactos, também foi necessário considerar algumas questões metodológicas, como a perda amostral. Algumas respostas da escala FBIS não foram preenchidas pelos participantes (Tabela 2), possivelmente devido a um erro no formulário online, no qual a obrigatoriedade das respostas não foi configurada. Especificamente, a subescala “Assistência ao paciente na vida diária” (subjetiva) teve uma perda de 9,89%, na subescala “supervisão de comportamentos problemáticos” (objetiva) apresentou uma perda de 2,20% e a subescala “supervisão de comportamentos problemáticos” (subjetiva) teve uma perda de 21,98%. Nessas subescalas as respostas incompletas foram removidas das análises dos escores totais das respectivas subescalas. Em termos da análise utilizada, não houve necessidade de alterar o teste dado que os grupos ainda apresentavam tamanhos e testes diagnósticos similares aos utilizados na amostra total. Entretanto, devido ao menor tamanho amostral, o teste apresenta um poder ligeiramente reduzido, ainda que continue revelando significâncias e corroborando as hipóteses levantadas.

Superada essa questão metodológica, os resultados obtidos permitiram uma análise mais detalhada dos impactos emocionais e comportamentais nos cuidadores. Os achados deste estudo indicam que a tentativa de suicídio do familiar diagnosticado com TPB exerce um impacto significativo no comportamento e nas respostas emocionais dos cuidadores, embora não tenha influenciado todas as dimensões avaliadas. Como esperado neste estudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em sentimentos gerais, como medo, tristeza e frustração, entre cuidadores de entes que tentaram ou não suicídio. Esses achados sugerem que a sobrecarga emocional já é uma realidade generalizada entre os familiares de pessoas com TPB, independentemente da ocorrência de tentativa de suicídio (Bailey e Grenyer, 2013; Hoffman et al., 2005).

Entretanto, foram identificadas diferenças relevantes em variáveis comportamentais, como hipervigilância e necessidade de proximidade constante com o familiar. Cuidadores de entes que tentaram suicídio relataram níveis significativamente mais altos nessas dimensões, o que indica maior estado de alerta e um envolvimento mais intenso no cuidado. Esses achados são coerentes com estudos prévios que apontam que familiares de entes suicidas frequentemente desenvolvem padrões de monitoramento excessivo, buscando prever e evitar novas crises (Marco et al., 2022; Rajalin et al., 2009). Esse monitoramento constante pode resultar em estresse prolongado, aumentando a vulnerabilidade desses cuidadores ao desenvolvimento de sintomas relacionados a trauma (Bailey & Grenyer, 2014; Gunderson & Berkowitz, 2006).

Além do monitoramento constante, outro fator relevante identificado foi a incerteza sobre qual ação tomar foi uma variável marginalmente significativa entre cuidadores de entes que tentaram suicídio. Esse dado reforça a literatura, que destaca a falta de informações concretas e treinamento adequado como barreiras para o manejo eficaz do ente em crise (Marco et al., 2022; Flynn et al., 2017). A indecisão pode ser reflexo do medo de tomar decisões erradas ou de agir de forma inadequada diante de situações de alto risco.

Além das dificuldades individuais enfrentadas pelos cuidadores, os resultados deste estudo também sugerem impactos na dinâmica de comunicação e suporte emocional dentro da família. Observou-se, que os cuidadores de entes que tentaram suicídio relataram mais dificuldades em dialogar e oferecer apoio. Tal constatação pode indicar que, após uma tentativa de suicídio, há um aumento na tensão e nos conflitos familiares, o que pode gerar distanciamento e dificuldades na interação. Estudos anteriores sugerem que eventos traumáticos podem comprometer a comunicação entre os familiares e a pessoa diagnosticada, dificultando a construção de um ambiente de suporte (Fruzzetti & Shenk, 2014).

Os resultados das subescalas da FBIS reforçam essas evidências, indicando que cuidadores de pacientes que tentaram suicídio experimentam um impacto significativo em suas rotinas diárias do que aqueles cujos familiares não realizaram tentativas. A necessidade de reorganizar constantemente a vida pessoal e profissional para lidar com as crises do ente querido pode aumentar a sobrecarga e comprometer a saúde mental dos cuidadores. Estudos mostram que esse impacto está diretamente relacionado à exaustão e à sensação de falta de controle sobre a própria vida, fatores que aumentam a vulnerabilidade ao desenvolvimento de depressão e ansiedade (Bailey & Grenyer, 2014).

Nesse contexto, estratégias voltadas para o manejo de crises e a redução da hipervigilância tornam-se fundamentais. Programas de psicoeducação, como o *Family*

*Connections*TM, têm se mostrado eficazes na melhora da comunicação e na redução da sobrecarga emocional dos cuidadores (Hoffman et al., 2005). Além disso, a implementação de estratégias baseadas em Terapia Comportamental Dialética (DBT) pode ajudar os familiares a desenvolverem habilidades de regulação emocional e resolução de conflitos, promovendo um ambiente mais estável para o ente querido e seus cuidadores.

Além dos fatores emocionais e comportamentais, um aspecto relevante a se considerar é o perfil dos cuidadores. A maioria dos participantes deste estudo era composta por mães (76.9%), um achado que está em consonância com estudos anteriores como os de Hoffman et al. (2003), Hoffman et al. (2005), Hoffman et al. (2007) e Bauer (2012). Esse dado pode indicar aspectos culturais nos quais as mulheres frequentemente assumem maior responsabilidade pelos cuidados familiares com TPB, especialmente em contextos de saúde mental (Sharma et al., 2016; Hsião, 2010). Além disso, essa predominância pode estar relacionada a fatores como os papéis de gênero socialmente construídos e uma maior tendência das mulheres a relatar as dificuldades e fardos relacionados ao cuidado. Essa observação nos achados é consistente com estudos como os de Bauer (2012), que indica o papel das mulheres na gestão do cuidado e no fornecimento de apoio emocional aos diagnosticados com TPB. Os dados refletem um padrão cultural amplamente observado no Brasil, onde as mulheres assumem funções predominantes no cuidado de familiares, especialmente em contextos de saúde mental. Contudo, a maior presença de mães na amostra não implica necessariamente que os pais atribuem menor importância a esses cuidados. Uma distribuição mais equilibrada de gênero na amostra poderia trazer insights adicionais e facilitar a compreensão de como diferentes perspectivas parentais influenciam o manejo do cuidado.

Além disso, os achados indicam que os sintomas de Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) apareceu como um fator preditivo relevante da sobrecarga dos cuidadores. Aqueles que apresentaram sintomas compatíveis com TEPT relataram níveis significativamente mais altos de medo, frustração, e estresse intenso e curto, em comparação aos cuidadores sem os sintomas. Além disso, demonstraram maior dificuldade em aceitar e lidar com as situações estressantes, o que pode, conforme Gunderson & Berkowitz, 2006; Gunderson & Lyoo, 1997; Jollant et al., 2007 comprometer sua capacidade de oferecer suporte ao paciente de maneira eficaz.

Neste contexto, a hipervigilância observada nos cuidadores com sintomas compatíveis com TEPT pode ser interpretada como uma estratégia de enfrentamento frente ao medo constante de novas crises ou tentativas de suicídio do familiar. No contexto dos sintomas compatíveis com TEPT, essa resposta pode estar associada à sensação contínua de ameaça e

prontidão para reagir a estímulos inesperados (Dalgarrondo, 2019). Além disso, o medo e a ansiedade desencadeados por memórias traumáticas podem levar à evitação de situações ou interações relacionadas ao evento estressor, um mecanismo, que segundo Barlow (2023), tende a ser reforçado ao longo do tempo, dificultando o enfrentamento adaptativo da experiência traumática. Esse padrão de resposta pode ampliar a sobrecarga emocional dos cuidadores e comprometer a regulação emocional, perpetuando um ciclo de estresse e desgaste psicológico. Ademais, a maior frequência de isolamento social e evitação de situações associadas ao familiar com TPB, relatadas pelos cuidadores com sintomas compatíveis com TEPT, está alinhada com achados de Jollant et al., (2007), que indicam que experiências traumáticas podem levar à evitação de interações sociais e ao afastamento de fontes de suporte emocional.

A sobrecarga foi outro aspecto significativo identificado nos cuidadores com sintomas compatíveis com TEPT. Tanto nas subescalas objetivas quanto subjetivas da FBIS, esses cuidadores apresentaram escores mais elevados, principalmente nas dimensões de assistência ao paciente na vida diária e supervisão de comportamentos problemáticos. Isso indica que, além do sofrimento emocional, esses cuidadores também enfrentam um impacto substancial em suas rotinas diárias, reforçando a necessidade de intervenções direcionadas para esse grupo, como programas específicos como o *Family Connections™ - Managing Suicidality & Trauma Recovery* voltado para o gerenciamento de crises suicidas e recuperação de traumas, para reduzir os efeitos do trauma e melhorar a resiliência no cuidado. Entretanto, o estudo não avaliou se o nível de trauma relatado pelas famílias estava diretamente relacionado às vivências com o familiar diagnosticado com TPB, o que pode representar uma limitação a ser explorada em futuras pesquisas.

Esse impacto não se restringe apenas ao desgaste emocional e à carga de tarefas associadas ao cuidado, mas afeta significativamente o comportamento dos cuidadores. Os resultados indicam que morar com um familiar diagnosticado com TPB está associado a um aumento na sobrecarga emocional e mudanças no comportamento dos cuidadores, esses resultados eram esperados. Cuidadores que convivem diariamente com o familiar apresentaram maiores níveis de vergonha, desapontamento e evitação social, além de mais dificuldades em estabelecer limites e manter o equilíbrio entre o suporte familiar e suas próprias necessidades. Esses achados estão em consonância com estudos anteriores que apontam para o impacto emocional e a sobrecarga enfrentada por cuidadores que convivem diretamente com pessoas com transtornos mentais graves (Bailey & Grenyer, 2013; Hoffman et al., 2005 e Hoffman et al., 2003).

Observou-se também que os cuidadores que moram com o familiar diagnosticado apresentaram maior evitação social e maior propensão a interromper atividades profissionais, o que pode indicar dificuldades em conciliar o cuidado com outras demandas da vida cotidiana. Esses dados reforçam pesquisas anteriores que indicam que a sobrecarga dos cuidadores pode comprometer significativamente sua qualidade de vida, restringindo sua autonomia e participação social (Hoffman et al., 2005; Rajalin et al., 2009).

Nas subescalas da FBIS, esses cuidadores apresentaram escores significativamente mais elevados em “Assistência ao paciente na vida diária”, “Supervisão de comportamentos problemáticos” e “Impactos nas rotinas”. Tais pontuações sugerem que a convivência diária com o familiar diagnosticado aumenta não apenas a demanda objetiva de cuidado, mas também impactos subjetivos desse processo, reforçando a necessidade de intervenções que promovam o estabelecimento de limites saudáveis e estratégias de regulação emocional para os cuidadores.

Sobre o questionário de autorrelato familiar (QAF)

O presente estudo utilizou um questionário desenvolvido pela pesquisadora para explorar as respostas emocionais, comportamentais e de manejo/interação dos familiares de pessoas com TPB, após episódios de desregulação comportamental, como tentativa de suicídio. Embora o instrumento ainda não tenha validação formal, sua relevância está na capacidade de captar as particularidades das reações dos cuidadores em situações de crise.

O questionário de autorrelato familiar (*QAF*) foi desenvolvido com base em observações clínicas, relatos de familiares em grupos de intervenção (como o *Family Connections*TM) e das literaturas utilizadas neste estudo, visando captar a realidade das experiências dos cuidadores de pessoas com TPB. Sua aplicação neste estudo é justificada por sua capacidade de fornecer dados exploratórios e específicos sobre um grupo que enfrenta níveis altos de sobrecarga emocional e comportamentos de hipervigilância, corroborando a literatura sobre o impacto psicológico e social do TPB nos familiares (Giffin, 2008; Hoffman et al., 2005). Aproximadamente 73,6% dos cuidadores relataram dificuldade em estabelecer limites, e 70,3% afirmaram que permanecem próximos ao familiar por medo de uma tentativa de suicídio; além disso, 46,2% relataram diminuição do autocuidado e 63,7% permitiram comportamentos contra a própria vontade.

Essas observações ressaltam as particularidades das interações entre cuidadores e pacientes e o impacto significativo do TPB na dinâmica familiar. A criação do *QAF* reforça a importância de desenvolver instrumentos adaptados ao contexto dessas famílias, que levem em consideração as especificidades das dinâmicas familiares no TPB. A ausência de validação formal do *QAF* limita a generalização dos achados, mas sua aplicação exploratória permitiu

captar nuances que instrumentos validados podem não abordar. Essa limitação implica que os resultados devem ser interpretados com cautela, uma vez que não há garantias de que o instrumento mede com precisão os construtos propostos. Assim, é importante que futuros estudos continuem na validação e aprimoramento deste questionário, avaliando sua consistência interna, validade de construto e reprodutibilidade em diferentes populações, garantindo que ele possa ser utilizado de forma robusta em contextos clínicos e de pesquisa.

Vale ressaltar que este estudo observou sem aprofundamento acerca do conhecimento dos familiares sobre o TPB e suas implicações no suporte ao familiar diagnosticado. Estudos anteriores apontam que, embora os familiares possam ter informações sobre o transtorno, isso nem sempre se traduz em comportamentos de apoio positivo ou em um maior suporte emocional ao ente querido. Pelo contrário, quando o conhecimento é baseado em fontes imprecisas ou sem qualidade, pode intensificar a sobrecarga emocional e as dificuldades nas relações familiares (Hoffman et al., 2003). Neste estudo, essa dinâmica se reflete na dificuldade desses cuidadores em “estabelecer limites” na hipervigilância e na indecisão de como agir, sugerindo que a mera informação sobre o transtorno não é suficiente para preparar os cuidadores para lidar efetivamente com as crises.

Em resumo, embora o *QAF* não tenha validação formal, ele permitiu uma análise detalhada das respostas dos familiares e evidenciou a necessidade de intervenções específicas para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus cuidadores.

Este estudo ressalta a necessidade de intervenções direcionadas para auxiliar os cuidadores no manejo do TPB, especialmente aqueles expostos a situações extremamente estressantes e traumáticas, como tentativas de suicídio, além de grupos que apresentam níveis mais elevados de sobrecarga, incluindo mães, familiares com sintomas compatíveis com TEPT e aqueles que convivem diariamente com o paciente.

Uma das principais limitações deste estudo é a ausência de dados longitudinais, que poderiam proporcionar uma compreensão mais profunda sobre o estado das famílias antes de enfrentarem experiências extremamente estressoras. Estudos futuros se beneficiariam da utilização de um design longitudinal, permitindo examinar como a sobrecarga emocional e comportamental dos cuidadores evolui ao longo do tempo e identificar os fatores que podem mediar essas mudanças.

O tamanho relativamente pequeno da amostra e a predominância de mães entre os participantes limitam a generalização dos resultados. Pesquisas futuras devem considerar amostras maiores e mais equilibradas em termos de gênero e outros fatores sociodemográficos, a fim de validar e expandir os achados deste estudo.

Outra limitação deste estudo refere-se ao possível viés de seleção decorrente do recrutamento dos participantes por meio da lista de espera do Family Connections™. Como os familiares foram recrutados no contexto de um programa de suporte, é possível que o interesse em participar da pesquisa tenha sido influenciado pelo acesso ao programa oferecido, o que pode ter impactado a representatividade da amostra. Esse fator pode ter resultado em uma amostra composta, em parte, por cuidadores que já enfrentaram dificuldades no manejo do familiar com TPB e que estão mais motivados a buscar suporte ou até mesmo que já tenham recebido treinamento prévio.

Futuras pesquisas devem continuar explorando as necessidades específicas dos cuidadores, considerando variáveis culturais e sociodemográficas, a fim de desenvolver estratégias personalizadas de suporte. Também é essencial que políticas públicas sejam estruturadas para promover o bem-estar dessas famílias, contribuindo para a redução da sobrecarga e a melhora da qualidade de vida tanto dos familiares diagnosticados quanto de seus cuidadores.

Diante disso, algumas recomendações podem ser destacadas. Primeiramente, a expansão de programas de suporte para cuidadores, por meio da implementação de intervenções baseadas em evidências, como psicoeducação fundamentada na Terapia Comportamental Dialética (DBT) (Linehan, 2010, 2015), pode ser uma estratégia eficaz para reduzir a sobrecarga e desenvolver habilidades de enfrentamento. Além disso, torna-se essencial o treinamento de profissionais de saúde mental para que possam identificar e manejar o impacto emocional vivenciado pelos cuidadores, proporcionando um atendimento mais qualificado e sensível às demandas familiares.

Por fim, políticas públicas que ampliem o acesso a grupos de suporte e a recursos terapêuticos gratuitos como Family Connections™ podem contribuir significativamente para a melhoria do bem-estar dos cuidadores, promovendo um ambiente mais estruturado e acolhedor para aqueles que lidam com as complexidades do TPB no contexto familiar.

Conclui-se que este estudo contribui para compreensão das experiências emocionais e comportamentais de cuidadores de pessoas com TPB, destacando o impacto de fatores como tentativa de suicídio, sintomas compatíveis com TEPT, gênero e convivência com o familiar diagnosticado. Os achados reforçam a necessidade de intervenções direcionadas para reduzir a sobrecarga emocional e promover um ambiente familiar mais saudável.

A pesquisa demonstrou que a sobrecarga emocional e física é particularmente intensa entre aqueles que convivem diariamente com o familiar, apresentam sintomas compatíveis com TEPT ou pertencem ao grupo de mães. Além disso, a tentativa de suicídio do familiar se revelou

um fator relevante impactando diretamente a dinâmica familiar e o bem-estar dos cuidadores. Esses achados ressaltam a necessidade de atenção especial dos profissionais de saúde mental para oferecer suporte adequado a essa população.

Programas de intervenção como o Family Connections™ (Hoffman et al., 2005; Flynn et al., 2017) têm demonstrado eficácia na redução da sobrecarga e na melhoria das habilidades de enfrentamento dos familiares. Assim, este estudo sugere a importância da implementação e adaptação da versão atualizada *Family Connections™ - Managing Suicidality & Trauma Recovery* voltada especificamente para o gerenciamento de crises suicidas e recuperação de traumas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2023). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*: DSM. 5-TR. (5ª ed., texto revisado). Artmed.
- Bailey, R. C., & Grenyer, B. F. (2014). Supporting a person with personality disorder: a study of carer burden and well-being. *Journal of Personality Disorders*, 28 (6), 796-809.
- Bailey, R. C., & Grenyer, B. F. (2013). Burden and support needs of carers of persons with borderline personality disorder: a systematic review. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(5), 248-258.
- Bandeira, M., Calzavara, M.G. P., & Varella, A. A. B. (2005). Escala de Sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos – FBIS-BR: Adaptação transcultural para o Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(3), 206-214.
- Barban, M., Weydmann, G., Guimarães, B. P., Macchione, A. C. S., & Leonardi, J. L. (2024). Family Connections: Results of the first application of the program in Brazil. *Psico-USF* 29, e270831. <https://doi.org/10.1590/1413-8271202429e270831>
- Bauer, R., Döring, A., Schmidt, T., & Spießl, H. (2012). "Mad or bad?": burden on caregivers of patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 26(6), 956-971.
- Bolsoni-Silva, A.T., Paiva, M. M., & Barbosa, C. G. (2009). Problemas de comportamento de crianças/adolescentes e dificuldades de pais/cuidadores: Um estudo de caracterização. *Psicologia Clínica*, 21, 169–184.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Marturano, E. M. (2008). Habilidades sociais educativas parentais e problemas de comportamento: comparando pais e mães de pré-escolares. *Aletheia*, 27, 126-138.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Marturano, E. M. (2002). Práticas educativas e problemas de comportamento: Uma análise à luz das Habilidades Sociais. *Estudos de Psicologia*, 7, 227-235.
- Brodsky, B. S., Malone, K. M., Ellis, S. P., Dulit, R. A., & Mann, J.J. (1997). Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 154(12), 1715-1719.
- Ceppei, B., & Benvenuti, M. (2023). Análise funcional do comportamento autolesivo. *Archives of Clinical Psychiatry*, 38(6), 247-253.
- Coelho, M. V., & Murta, S. G. (2007). Treinamento de pais em grupo: um relato de experiência, comportamento e cognição. *Estudos de Psicologia*, 24.

- Courey, L., Hyndman, D., Sheasgreen, C., & McCay, E. (2021). What we know—and want to know—about Family Connections: a review from the perspective of lived experience. *Current Opinion in Psychology*, 37, 44-48.
- Donat, J. C, Lobo, N. S, Jacobsen, G. S, Guimarães, E. R., Kristensen, C. H, Berger, W, Mendlowicz, M.V, Lima, E. P, Vasconcelos, A. G, & Nascimento E. (2019). Translation and cross-cultural adaptation of the International Trauma Questionnaire for use in Brazilian Portuguese. *São Paulo Medical Journal*, 137(3), 270-277. [https://doi: 10.1590/1516-3180.2019.0066070519](https://doi.org/10.1590/1516-3180.2019.0066070519)
- Flynn, D., Kells, M., Joyce, M., Corcoran, P., Herley, S., Suarez, C., Cotter, P., Hurley, J., Weihrauch, M., & Groeger, J. (2017). Family Connections versus optimised treatment-as-usual for family members of individuals with borderline personality disorder: non- randomised controlled study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, 18. [https://doi: 10.1186/s40479-017-0069-1](https://doi.org/10.1186/s40479-017-0069-1)
- Fruzzetti, A. E., & Shenk, C. (2008). Fostering validating responses in families. *Social Work in Mental Health*, 6(1-2), 215-227. https://doi.org/10.1300/J200v06n01_17
- Fruzzetti, A. E., & Iverson, K. M. (2006). Intervening With couples and Families to Treat Emotion Dysregulation and Psychopathology. In D. K. Snyder, J. Simpson, & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 249–267). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11468-012>
- Giffin, J. (2008). Family Experience of Borderline Personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 29(3), 133-138. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1375/anft.29.3.133>
- Goodman, M., Patil, U., Triebwasser, J., Hoffman, P., Weinstein, Z. A., & Nova, A. (2011). Parental Burden associated with borderline personality disorder in female offspring. *Journal of Personality Disorders*, 25(1), 59-74. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.1.59>
- Gunderson, J. G.; & Lyoo, I. K. (1997). Family Problems and Relationships for Adults with Borderline Personality Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 272–278.
- Hoffman, P. D., & Fruzzetti A. E. (2007). Advances in interventions for families with a relative with a personality disorder diagnosis. *Current Psychiatry Reports*, 9(1), 68-73. <https://doi.org/10.1007/s11920-007-0012-z>
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., & Buteau, E. (2007). Understanding and engaging families: An education, skills and support program for relatives impacted by borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 69-82. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/09638230601182052>

- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., Buteau, E., Neiditch, E. R., Penney, D., Bruce, M. L., & Struening, E. (2005). Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family Process*, 44(2), 217-225. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2005.00055.x>
- Hoffman, P. D., Buteau, E., Hooley, J. M., Fruzzetti, A. E., & Bruce, M. L. (2003). Family members' knowledge about borderline personality disorder: correspondence with their levels of depression, burden, distress, and expressed emotion. *Family Process*, 42(4), 469– 478. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00469.x>
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A., & Swenson, C. (1999). Dialectical Behavior Therapy: Family skills training. *Family Process*, 38, 399-414.
- Hsiao, C. Y. (2010). Family demands, social support and caregiver burden in Taiwanese family caregivers living with mental illness: The role of family caregiver gender. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21-22), 3494–3503. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03315.x>
- Jollant, F., Guillaume, S., Jaussent, I., Castelnau, D., Malafosse, A., & Courtet, P. (2007). Impaired decision-making in suicide attempters may increase the risk of problems in affective relationships. *Journal of Affect Disorders*, 99 (1-3), 59-62. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.07.022>
- Kay, M. L., Poggenpoel, M., Myburgh, C. P., & Downing, C., (2018). Experiences of family members who have a relative diagnosed with borderline personality disorder. *Curationis*, 41(1), e1-e8. <https://doi.org/10.4102/curationis.v41i1.1892>
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432) 453-461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)
- Lindqvist, P., Johansson, L., & Karlsson, U. (2008). After suicide in young people: A qualitative study of the psychosocial consequences for the surviving family members. *BMC Psychiatry*, 8, Article 26. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-26>
- Linehan, M. M. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para transtorno da personalidade Borderline: guia do terapeuta* (R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1993).
- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2^a ed.): The Guilford Press
- Marco, J. H., Fonseca, S., Fernandez-Felipe, I., García-Palacios, A., Baños, R., Perez, S., Garcia-Alandete, J., & Guillén, V. (2022). Family connections vs. treatment at usual optimized in the treatment of relatives of people with suicidal behavior disorder: study protocol of a

randomized control trial. *BMC Psychiatry* 22(1), 335. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03965-5>.

Magne-Ingvar, U., & Ojehagen, A. (1999). One-year follow-up of significant others of suicide attempters. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiology*, 34(8), 470-476.

Rajalin, M., Wickholm-Pethrus, L., Hursti, T., & Jokinen, J. (2009). Dialectical Behavior Therapy: Based skills training for family members of suicide attempters. *Archives of Suicide Research*, 13(3), 257-263. <https://doi.org/10.1080/13811110903044401>

Sharma, N., Chakrabarti, S., & Grover, S. (2016). Gender differences in caregiving among family - caregivers of people with mental illnesses. *World Journal Psychiatry*, 6(1), 7-17. <https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i1.7>

Sebastian, A., Jacob, G., Lieb, K., & Tüscher, O., 2013. Impulsivity in Borderline Personality Disorder: A Matter of Disturbed Impulse Control or a Facet of Emotional Dysregulation? *Curr. Psychiatry Reports*. 15, 339. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0339-y>

Scheirs, J. G. M., Bok, S. (2007). Psychological distress in caregivers or relatives of patients with borderline personality disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(3), 195-203. <https://doi.org/10.1177/0020764006074554>

Talseth, A.-G. (2001). Psychiatric care of people at risk of committing suicide: *Narrative interviews with registered nurses, physicians, patients and their relatives*. [Master's thesis, Umeå University]. *Umeå University Repository*

Gunderson, J. G., & Berkowitz, C. (2006). *Family-Guidelines*. National Education Alliance for Borderline Personality Disorder. <https://www.borderlinepersonalitydisorder.org/wp-content/uploads/2020/02/Family-Guidelines-Final-Portuguese-Version.pdf>

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: “*Famíliares de pessoas com Transtorno de Personalidade Borderline: Caracterização dos comportamentos no contexto de tentativa de suicídio*”. O presente estudo tem por objetivo caracterizar, categorizar e comparar os comportamentos presentes em famílias nas quais existe um ente com TPB que já tenha tentado suicídio com aqueles que tem um familiar com TPB que nunca tentou suicídio. O presente estudo pode contribuir significativamente para caracterização e identificação dos padrões de comportamento que surgem nas relações entre pais e mães de familiares com TPB, os quais podem representar obstáculos no que diz respeito à gestão de crises.

O processo de seleção será conduzido em três etapas distintas: **(1) Inscrição online, em que os interessados deverão preencher o formulário de inscrição e triagem; (2) Uma entrevista semiestruturada por videoconferência (online); (3) Aplicação dos questionários, por meio de videoconferência (online)**, agendada em datas e horários específicos. Seguindo o compromisso ético, após a coleta dos dados, será oferecido um treinamento de habilidades do programa *Family Connections™*, no formato *on-line*, em parceria com o DBT-LAB. O treinamento ocorrerá em 12 semanas.

Esclarecemos que: **1) sua participação será totalmente voluntária sem compromisso financeiro**, ou seja, sua participação não implicará em nenhuma remuneração e compensação financeira por despesas de locomoção; **2) Quanto ao benefício oferecido aos participantes da pesquisa**, não há benefícios de melhoria direta; **3) Quanto aos riscos aos participantes durante a participação na pesquisa são mínimos**, pode ocorrer da pessoa ler sobre os comportamentos e talvez reviver alguma sensação ou experiência ruim e ser um desencadeador de emoções. Todavia, os profissionais que aplicarão os instrumentos se comprometem a dar o suporte psicológico necessário, caso algum participante vivencie eventual problema de ordem psicológica durante sua participação no desenvolvimento da pesquisa; **4) O(A) Sr(a) terá a liberdade de recusar-se a participar da pesquisa e a retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento**. Ainda, sua recusa em participar não acarretará qualquer penalidade; **5) Garantia de sigilo**. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com respeito e seguirão padrões profissionais de sigilo, assegurando e garantindo a confidencialidade dos dados pessoais dos participantes de pesquisa. Seu nome, ou qualquer material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Por isso, o (a) Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação resultante deste estudo. Os

dados serão arquivados e armazenados pela pesquisadora durante cinco anos, de modo sigiloso nas dependências do DBT-Lab. Após esse tempo, eles serão incinerados.

Qualquer informação adicional ou esclarecimento acerca deste estudo poderá ser obtido junto à pesquisadora, diretamente no Laboratório de Terapia Comportamental Dialética (DBT-Lab), situado no Instituto Par, situado na Rua Bartira, 1294, Perdizes, CEP: 05009-000 na cidade de São Paulo - SP, ou pelos telefones: (11) 3672-2200/ (11) 96284-7880, ou pelo e-mail: aguidafranca1@gmail.com, ou pessoalmente no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEP-IPUSP), situado na Av. Prof. Mello Moraes, 1.721, Bloco G, 2º Andar, sala 27, Cidade Universitária - São Paulo/SP, CEP: 05508-030, pelo telefone: (11) 3091-4182 ou pelo e-mail: cep.ip@usp.br.

São Paulo, ____ de _____ de 2024.

Aguida França Pinheiro
(Pesquisadora responsável)
CRP: 6/106854
CPF: 164.769.838.30

Prof. Dr. Jan Luiz Leonardi
(orientador da pesquisa)
CRP: 06/97994
CPF: 220.210.628-64

APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO E TRIAGEM (FIT)

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa que tem como tema *Familiares de pessoas com Transtorno de Personalidade Borderline: Caracterização dos comportamentos no contexto de tentativa de suicídio*. O presente estudo tem por objetivo caracterizar e categorizar os comportamentos em famílias nas quais existe um ente com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) que já tenha tentado suicídio e nos quais a pessoa diagnosticada não tentou suicídio.

Esta pesquisa é destinada a pais e mães de pessoas diagnosticadas com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) que sejam maiores de 18 anos, alfabetizadas e que concordem com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Caso tenha interesse em participar da pesquisa, você deve clicar no link do TCLE. Esse documento deve ser lido e compreendido para que seu processo seja aceito. Após a leitura, se desejar participar da pesquisa, por gentileza clique em "concordo", em seguida preencha o formulário para dar seguimento ao seu processo de inscrição. O próximo passo, será um contato dos pesquisadores para agendamento de uma entrevista e agendamento de dia e horário para responder a questionários. O preenchimento deste formulário tem como finalidade fazer uma triagem, e somente após a entrevista sua inscrição será ou não efetivada. Caso não queira participar clique em "não concordo".

Informações: fcdbtlab@gmail.com

1. Concordo ()
- Não Concordo ()

DADOS GERAIS

2. Você tem 18 anos ou mais?
Sim ()
Não ()
3. Endereço de e-mail _____
4. Nome Completo: _____
5. Telefone com DDD: _____
6. Cidade: _____
7. Estado: _____
8. Gênero
Feminino ()
Masculino ()

INFORMAÇÕES PESSOAIS

9. Você tem algum familiar diagnosticado com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB)?
Sim ()
Não ()
10. Seu familiar já tentou suicídio?
Sim ()
Não ()
11. Atualmente você faz terapia?
Sim ()
Não ()
12. Você tem algum diagnóstico psiquiátrico?
Sim ()
Não ()
Não sei ()
13. Se sim, qual?
Transtorno Afetivo Bipolar ()
Transtorno Afetivo Bipolar ()
Esquizofrenia ()
Nenhum desses ()
14. Você tem pensamentos desorganizados ou delírios, alucinações?
Sim ()
Não ()
15. Você tem ideação suicida?
Sim ()
Não ()
16. Nos últimos 12 meses, você teve tentativa de suicídio?
Sim ()
Não ()
17. Você faz uso de algum remédio psiquiátrico?
Sim ()
Não ()
18. Se sim,
qual? _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

19. Você é beneficiário de algum programa social?

Sim (exemplos: Bolsa Família, Minha Casa Minha Vida ou outros) ()

Não ()

20. Qual é a sua renda mensal?

Até 1 salário mínimo (Até R\$1320,00) ()

Entre 1 e 2 salários mínimos (De R\$1320,00 até R\$2.640,00) ()

Entre 2 e 3 salários mínimos (De R\$2.640,00 até R\$3.960,00) ()

Entre 3 e 4 salários mínimos (De R\$3.960,00 até R\$5.280,00) ()

Mais de 4 salários mínimos (Acima de R\$5.280,00)

21. Qual é a renda mensal da sua família?

Até 1 salário mínimo (Até R\$1.320,00) ()

Entre 1 e 2 salários mínimos (De R\$1.320,00 até R\$2.640,00) ()

Entre 2 e 3 salários mínimos (De R\$2.640,00 até R\$3.960) ()

Entre 3 e 4 salários mínimos (De R\$3.960,00 até R\$5.280,00) ()

Mais de 4 salários mínimos (Acima de R\$5.280,00)

22. Quantos dependentes financeiros diretos você tem? (exemplos: filhos, parceiro(a), enteado(a), pais e outros).

Nenhum ()

1 ()

2 ()

3 ()

4 ()

Mais de 4 ()

DISPONIBILIDADE PARA O TREINAMENTO OFERECIDO

O Treino de Habilidades ocorrerá semanalmente online (plataforma zoom) pelo núcleo Conexões Familiares que faz parte do Laboratório de Terapia Comportamental Dialética (DBT-Lab), ligado ao Instituto Par, sempre no mesmo dia e horário, ao longo de 12 semanas com início na primeira semana de abril/2024.

23. Assinale o dia/horário que você tem disponibilidade para participar. Você pode assinalar mais de uma opção, o que aumenta suas chances de ter vagas no grupo selecionado uma vez que temos pouquíssimas vagas em cada horário. Caso você selecione apenas um horário e o mesmo já estiver cheio sua inscrição será descartada.

Terça-feira – 9h às 11h ☐

Terça-feira – 15h às 17h ☐

Terça-feira – 18h às 20h ☐

Quarta-feira -10h às 12h ☐

Quarta-feira -16h às 18h ☐

Quinta-feira - 8h às 10h ☐

Quinta-feira - 20h às 22h ☐

Agradecemos por preencher o formulário. Assim que finalizarmos o processo de triagem você será contactado para ser informado a respeito do agendamento da sua entrevista.

APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA (FE)

Agradecemos seu interesse em participar, como voluntário(a), da pesquisa que tem como tema *Famíliares de pessoas com Transtorno de Personalidade Borderline: Caracterização dos comportamentos no contexto de tentativa de suicídio*. O presente estudo tem por objetivo caracterizar e categorizar os comportamentos em famílias nas quais existe um ente com TPB que já tenha tentado suicídio e nos quais a pessoa diagnosticada não tentou suicídio.

Esta é a segunda etapa do processo de inscrição, portanto, você responderá algumas perguntas sobre dados gerais, informações sobre o familiar diagnosticado com TPB, confirmação sobre disponibilidade de horário para participação do treinamento oferecido e indicação de disponibilidade de horário para responder a uma bateria de questionários.

Informações: fcdbtlab@gmail.com

DADOS GERAIS

1. Qual seu endereço de e-mail _____
2. Qual seu nome Completo: _____
3. Qual a sua idade: _____
4. Qual o seu telefone com DDD: _____
5. Cidade: _____
6. Estado: _____
7. Nacionalidade _____
8. Gênero
Feminino ()
Masculino ()
9. Grau de escolaridade
Fundamental incompleto ()
Fundamental completo ()
Ensino Médio incompleto ()
Ensino Médio completo ()
Superior incompleto ()
Superior completo ()

Especialização em andamento ()

Especialização ()

Mestrado em andamento ()

Mestrado ()

Doutorado em andamento ()

Doutorado ()

10. Profissão: _____

11. Estado civil

Solteiro(a) ()

Casado(a) ()

Separado(a) ()

Divorciado(a) ()

Viúvo(a) ()

INFORMAÇÕES PESSOAIS

12. Você tem algum familiar diagnosticado com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB)?

Sim ()

Não ()

13. Qual o seu grau de parentesco com o familiar que tem Transtorno de Personalidade Borderline (TPB)?

Eu sou mãe ()

Eu sou pai ()

14. Você tem algum diagnóstico psiquiátrico?

Sim ()

Não ()

Não sei ()

15. Se sim, qual?

Transtorno Afetivo Bipolar ()

Transtorno Afetivo Bipolar ()

Esquizofrenia ()

Nenhum desses ()

16. Você apresenta sintomas psicóticos (ex: delírios, alucinações ou desorganização nos pensamentos)?
Sim ()
Não ()
17. Você tem ideação suicida?
Sim ()
Não ()
18. Nos últimos 12 meses, você teve tentativa de suicídio?
Sim ()
Não ()
19. Você mora junto com o familiar com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB)?
Sim ()
Não ()
20. Quantos anos tem o familiar com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB)?
Resposta: _____
21. Selecione abaixo características que o seu familiar apresentou nos últimos 6 meses (você pode selecionar mais de uma):
Tentativa de suicídio ()
Pensamentos de se matar ()
Se machuca de forma proposital – por ex: se corta, se queima, se bate ()
Comportamentos impulsivos – por ex: gastos descontrolados, dirigir perigosamente ou sexo de risco ()
Parece não ter nenhum controle sobre suas emoções ()
Sensação de não saber quem é ()
Se envolve em relacionamentos amorosos ou sociais turbulentos nos quais costuma se sentir abandonado(a) ()
Quando fica muito triste/deprimido(a) não consegue sair de casa ()

DISPONIBILIDADE PARA RESPONDER OS QUESTIONÁRIOS

Assinale o dia/horário que você irá responder os questionários. Você pode escolher mais de uma opção.

Segunda-feira 8h às 9h ()

Segunda-feira 20h às 21h ()

Terça-feira 8h às 9h ()

Terça-feira 20h às 21h ()

Quarta-feira 8h às 9h ()

Quarta-feira 20h às 21h ()

Quinta-feira 8h às 9h ()

Quinta-feira 20h às 21h ()

CONFIRMAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DO TREINAMENTO OFERECIDO

O Treino de Habilidades ocorrerá semanalmente online (plataforma zoom) pelo núcleo “Conexões Familiares que faz parte do Laboratório de Terapia Comportamental Dialética (DBT-LABa), ligado ao Instituto Par - sempre no mesmo dia e horário, ao longo de 12 semanas com início na primeira semana de Abril/2024.

Por favor, confirme o dia/horário que você escolheu para participar do treinamento.

Terça-feira – 9h às 11h ()

Terça-feira – 15h às 17h ()

Terça-feira – 18h às 20h ()

Quarta-feira -10h às 12h ()

Quarta-feira -16h às 18h ()

Quinta-feira - 8h às 10h ()

Quinta-feira - 20h às 22h ()

**APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO DE AUTORRELATO FAMILIAR - (QAF) Forms
online**

DADOS GERAIS	E-mail	Estado civil	Cidade	Estado	Escolaridade	Idade
--------------	--------	--------------	--------	--------	--------------	-------

Grau de parentesco	Mãe	Pai
--------------------	-----	-----

Você mora com o familiar diagnosticado com TPB?	() sim	() não
Qual o seu conhecimento sobre o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) Não tenho conhecimento () Tenho um pouco de conhecimento () Tenho um conhecimento moderado () Tenho bastante conhecimento () Tenho muito conhecimento ()		
Seu familiar já teve desregulação emocional intensa (ex., raiva, depressão, ansiedade, medo)?	() sim	() não
Seu familiar já teve desregulação comportamental grave (ex., tentativa de suicídio, autolesão, abuso de substâncias e explosões verbais)?	() sim	() não
Seu familiar já tentou suicídio?	() sim	() não

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das questões abaixo e marque o número apropriado 1, 2, 3, 4 ou 5 que indique o quanto ela se aplicou a você para respostas emocionais.

Após um episódio de desregulação comportamental (ex., tentativa de suicídio, comportamentos impulsivos, gastos, sexos, abuso de substâncias, condução imprudente etc.,) de seu familiar você percebe que passou a:	1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Frequentemente	5 Extremamente
1. Sentir medo					
2. Sentir muita tristeza					
3. Sentir muita raiva					

4. Sentir vergonha frente aos outros					
5. Sentir culpa					
6. Sentir preocupação excessiva					
7. Sentir muita irritação					
8. Sentir-se sozinha(o)					
9. Sentir-se frustrada(o)					
10. Sentir-se desapontada(o)					
11. Sentir estresse intenso e curto					
12. Sentir estresse constante no dia a dia					
13. Ter ressentimento					
Por favor, leia cuidadosamente cada uma das questões abaixo e marque o número apropriado 1, 2, 3, 4 ou 5 que indique o quanto ela se aplicou a você para respostas comportamentais.					
Após um episódio de desregulação comportamental (ex., tentativa de suicídio, comportamentos impulsivos, gastos, sexos, abuso de substâncias, condução imprudente etc.) de seu familiar você percebe que passou a ter comportamentos de:	1 Nunca	2 Algumas vezes	3 Cerca de metade do tempo	4 A maior parte do tempo	5 Quase sempre
1. Isolamento social					
2. Hipervigilância					
3. Choro					
4. Resmungar					
5. Diminuiu o autocuidado					
6. Diminuiu a busca por ajuda na rede de apoio					
7. Incerteza de como responder ao comportamento de crise de seu familiar					

8. Reduziu o afeto ao familiar que tentou suicídio					
9. Evita falar sobre o ocorrido com outras pessoas					
10. Evita ficar em casa					
11. Dificuldade em aceitar a situação					
12. Buscar mais a rede de apoio					
13. Naturalizar as crises do familiar					
Por favor, leia cuidadosamente cada uma das questões abaixo e marque o número apropriado 1, 2, 3, 4 ou 5 que indique o quanto ela se aplicou a você para respostas comportamentais. (1) Nenhum pouco (2) Um pouco (3) Moderadamente (4) Bastante (5) Extremamente					
Após um episódio de crise do seu familiar, como passou a ser a sua interação ou manejo com ele?	1 Nem um pouco	2 Um pouco	3 Moderadamente	4 Bastante	5 Extremamente
1. Passei a ter dificuldade em dizer não para o meu familiar com medo dele desregular					
2. Passei a ter dificuldade em estabelecer limites das minhas tolerâncias					
3. Procuro estar a maior parte do tempo com o meu familiar por medo de que ele(a) repita a tentativa de suicídio					
4. Parei de trabalhar					
5. Atendo a maior parte de suas solicitações com medo dele desregular					
6. Passei a permitir muitas coisas contra a minha vontade					

7. Passei a ter dificuldades em dialogar					
8. Passei a ter dificuldade em apoiá-lo					
9. Passei a não atender suas solicitações					
10. Passei a dizer sim para muitas coisas					
11. Passei a procurá-la mais vezes para conversar					
12. Cortei minha relação com meu familiar					
13. Me distanciei do meu familiar					
14. Mande embora de casa					
15. Chamei para morar comigo					
16. Faço uso de ameaças com meu filho(a) para mudar um comportamento dele(a)					

APÊNDICE E - CHECK-LIST DE INFORMAÇÕES E PROCEDIMENTOS

1. Sugestão de tempo para cada entrevista 15 a 20min (a depender do entrevistador)

2. Formulário de Entrevista (FE) - Forms online

O FE será aberto na tela do computador do pesquisador e a tela com o formulário aberto será compartilhada com o participante, garantindo que as respostas sejam registradas com precisão e eficiência durante a entrevista. O preenchimento do FE, que será feito pelo pesquisador de forma síncrona com as respostas do participante.

Anexar link do formulário.

3. Orientações sobre a aplicação dos questionários de Pesquisa

1. Avisar sobre o encontro *online* para responderem a bateria de instrumentos;
2. Instrumentos que serão aplicados: **um** que avalia sintomas de estresse pós-traumático, **um** que avalia a sobrecarga dos familiares e **um** questionário de autorrelato familiar. As instruções de preenchimento estarão no início de cada seção.
3. A aplicação dos questionários será *online* - pela plataforma zoom. No dia xx/xx a xx/xx;
4. Baixar o aplicativo caso não tenha;
5. É solicitado que a conexão seja feita no computador (não celular);
6. Caso o participante só consiga responder por celular, será aceito;
7. Será criado um grupo de *WhatsApp* com todos os participantes para que sejam informados em que grupo de aplicação estão inseridos, envio do *link* da sala virtual e tirar qualquer dúvida que houver;
8. Toda a comunicação será através do grupo e não por mensagem privada a lista com os nomes, dias e horários será disponibilizada no grupo de *WhatsApp*;
9. O participante precisa ficar atento a chamada no grupo para responder os questionários;
10. O link para entrar na sala virtual será enviado no grupo de *WhatsApp* e anexado na descrição do grupo; **O dia e hora precisa já ter sido escolhido pelo participante no forms de entrevista (FE);**
11. Todo contato será feito dentro do grupo de *WhatsApp*;
12. A aplicação terá o tempo aproximado de 1h podendo ultrapassar a depender de cada participante;
13. Os pesquisadores estarão na sala virtual junto com os participantes para esclarecimentos das dúvidas que possam surgir;

14. Ao ter alguma dúvida é pedido que levantem a mão e um dos pesquisadores conduzirá para uma sala individual, ou pode ser escrito no chat se preferir, isso para que não venha interromper os outros participantes;
15. No momento do preenchimento do questionário o participante precisa permanecer com o fone do ouvido e ficar com a o vídeo ligado;
16. Os participantes que forem terminando podem sair da sala.
17. Breve explicação sobre o treinamento que será oferecido.

APENDICE F - NOTA TÉCNICA: QUESTIONÁRIO DE AUTORRELATO FAMILIAR (QAF)

Nota Técnica

Questionário de Autorrelato Familiar (QAF): Instrumento de avaliação do impacto do Transtorno da Personalidade Borderline dentro do núcleo familiar

Autora: Aguida França Pinheiro

Afiliação: Instituto Par – Ciências e Tecnologia do Comportamento

E-mail para contato: aguidafranca1@gmail.com

O *Questionário de Autorrelato Familiar (QAF)* é um instrumento de avaliação psicológica que tem por objetivo avaliar as respostas emocionais, comportamentais e de manejo-interação de familiares de pessoas com Transtorno da Personalidade Borderline (TPB) e/ou desregulação emocional grave, captando a realidade das experiências dos cuidadores de pessoas com TPB. A inexistência de instrumentos específicos voltados para a experiência subjetiva de familiares de pessoas com TPB motivou a construção de um instrumento que pudesse captar tais vivências de maneira sistematizada e fundamentada teoricamente. Seu desenvolvimento, baseado em observações clínicas, relatos de familiares em grupos de intervenção (como o *Family Connections*TM) e literatura sobre o tema, se deu a partir da necessidade de compreender, de forma sistemática e contextualizada, as múltiplas dimensões de sofrimento enfrentadas por cuidadores e familiares diretos de pessoas com TPB e/ou desregulação emocional grave, frequentemente negligenciadas nos processos de cuidado em saúde mental. Assim sendo, pode servir também como ferramenta complementar para processos psicoterapêuticos voltados ao sistema familiar.

Desenvolvimento

Estrutura do Instrumento

O *QAF* é composto por três categorias que avaliam, cada uma, respostas emocionais, respostas comportamentais e respostas de manejo-interação das famílias com o familiar que tem TPB e/ou desregulação emocional grave. A escala de resposta é do tipo *likert* de cinco pontos, variando conforme a frequência percebida das situações descritas. As opções de resposta vão de (1) “nunca” a (5) “quase sempre” ou de (1) “nunca a (5) extremamente”. As categorias de respostas emocionais e de respostas comportamentais são compostas por 13 itens cada; e a categoria de respostas de manejo-interação é composta por 16 itens.

População-alvo

O instrumento é destinado a cuidadores maiores de 18 anos (pais, mães, irmãos, cônjuges, filhos) de pessoas diagnosticadas com TPB ou que apresentem quadros clínicos compatíveis com desregulação emocional severa.

Status de validação

O *QAF* encontra-se em fase inicial de pesquisa, tendo sido aplicado de forma exploratória em um estudo com 91 participantes, como parte da pesquisa de dissertação de mestrado da autora. O *QAF* ainda não passou por validação psicométrica formal, contudo apresenta conteúdo teórico consistente, desenvolvido a partir de observações clínicas, relatos de familiares em grupos de intervenção (como Family Connections™) e referências bibliográficas utilizadas na dissertação. Seu objetivo é captar, de forma fidedigna, a realidade vivida pelos cuidadores de pessoas com TPB.

O processo de validação formal está em fase de planejamento e futuros estudos serão conduzidos para análise de confiabilidade, validade de construto e estrutura fatorial.

Considerações éticas e uso

O uso do *QAF* está restrito ao meio acadêmico e clínico supervisionado, e deve ser aplicado por psicólogos, pesquisadores e/ou profissionais da saúde mental capacitados, com conhecimento sobre transtornos da personalidade, desregulação emocional e contexto familiar. Para fins de pesquisa, é necessária autorização da autora.

Conclusão

O *Questionário de Autorrelato Familiar (QAF)* representa uma contribuição inicial e promissora para a compreensão das experiências vividas por familiares de pessoas com Transtorno da Personalidade Borderline e ou desregulação emocional severa. Sua proposta é dar visibilidade ao sofrimento e às estratégias de enfrentamento desses cuidadores, frequentemente invisibilizados nos contextos clínico e acadêmico. Embora ainda em fase exploratória, o instrumento apresenta potencial para ser utilizado como ferramenta complementar em intervenções psicoterapêuticas e em pesquisas voltadas ao sistema familiar. Espera-se que, com futuras validações psicométricas, o *QAF* possa se consolidar como um recurso útil para profissionais da saúde mental comprometidos com uma abordagem mais inclusiva e sensível às necessidades das famílias envolvidas.

Contato e acesso

Pesquisadores ou instituições interessadas no uso do *QAF* podem entrar em contato com a autora: Aguidafranca1@gmail.com

Referências

- PINHEIRO, Aguida França (2025). *Família e tentativa de suicídio no transtorno de personalidade borderline: impacto familiar e padrões comportamentais na família*. Instituto Par, São Paulo, SP.
- Bailey, R. C., & Grenyer, B. F. (2014). Supporting a person with personality disorder: a study of carer burden and well-being. *Journal of Personality Disorders*, 28 (6), 796-809
- Bailey, R. C., & Grenyer, B. F. (2013). Burden and support needs of carers of persons with borderline personality disorder: a systematic review. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(5), 248-258
- Bauer, R., Döring, A., Schmidt, T., & Spießl, H. (2012). "Mad or bad?": burden on caregivers of patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 26(6), 956-971
- Fruzzetti, A. E., & Shenk, C. (2008). Fostering validating responses in families. *Social Work in Mental Health*, 6(1-2), 215-227. https://doi.org/10.1300/J200v06n01_17
- Giffin, J. (2008). Family Experience of Borderline Personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 29(3), 133-138. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1375/anft.29.3.133>
- Goodman, M., Patil, U., Triebwasser, J., Hoffman, P., Weinstein, Z. A., & Nova, A. (2011). Parental Burden associated with borderline personality disorder in female offspring. *Journal of Personality Disorders*, 25(1), 59-74. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.1.59>
- Gunderson, J. G., & Berkowitz, C. (2006). *Family-Guidelines*. National Education Alliance for Borderline Personality Disorder. <https://www.borderlinepersonalitydisorder.org/wp-content/uploads/2020/02/Family-Guidelines-Final-Portuguese-Version.pdf>
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., Buteau, E., Neiditch, E. R., Penney, D., Bruce, M. L., & Struening, E. (2005). Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family Process*, 44(2), 217-225. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2005.00055.x>
- Hoffman, P. D., Buteau, E., Hooley, J. M., Fruzzetti, A. E., & Bruce, M. L. (2003). Family members' knowledge about borderline personality disorder: correspondence with their levels of depression, burden, distress, and expressed emotion. *Family Process*, 42(4), 469– 478. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00469.x>
- Jollant, F., Guillaume, S., Jaussent, I., Castelnau, D., Malafosse, A., & Courtet, P. (2007). Impaired decision-making in suicide attempters may increase the risk of problems in affective relationships. *Journal of Affect Disorders*, 99 (1-3), 59-62. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.07.022>

Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432) 453-461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)

Lindqvist, P., Johansson, L., & Karlsson, U. (2008). After suicide in young people: A qualitative study of the psychosocial consequences for the surviving family members. *BMC Psychiatry*, 8, Article 26. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-26>

Marco, J. H., Fonseca, S., Fernandez-Felipe, I., García-Palacios, A., Baños, R., Perez, S., Garcia-Alandete, J., & Guillén, V. (2022). Family connections vs. treatment at usual optimized in the treatment of relatives of people with suicidal behavior disorder: study protocol of a randomized control trial. *BMC Psychiatry* 22(1), 335. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03965-5>

Magne-Ingvar, U., & Ojehagen, A. (1999). One-year follow-up of significant others of suicide attempters. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiology*, 34(8), 470-476

ANEXO A – INTERNATIONAL TRAUMA QUESTIONNAIRE (ITQ)

Instruções: Por favor, identifique a experiência (traumática ou estressora) que mais lhe causa problemas e responda as questões em relação a essa experiência.

Breve descrição da experiência: _____

Quando essa experiência aconteceu? (circule um)

- a. menos de 6 meses atrás
- b. 6 a 12 meses atrás
- c. 1 a 5 anos atrás
- d. 5 a 10 anos atrás
- e. 10 a 20 anos atrás
- f. mais de 20 anos atrás

Abaixo, há uma lista de problemas e queixas que as pessoas, às vezes, têm em resposta a experiências de vida traumáticas ou estressoras. Por favor, leia cada item cuidadosamente, e circule um dos números à direita para indicar o quanto esse problema tem lhe incomodado **no último mês**.

	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
P1. Ter sonhos desagradáveis que reproduzem parte da experiência ou são claramente relacionados à experiência?	0	1	2	3	4
P2. Ter imagens ou memórias intensas que, às vezes, vêm a sua mente, fazendo com que você sinta que a experiência está acontecendo novamente no aqui e agora?	0	1	2	3	4
P3. Evitar pistas internas da experiência (por exemplo, pensamentos, sentimentos ou sensações físicas)?	0	1	2	3	4
P4. Evitar pistas externas da experiência (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, objetos, atividades ou situações)?	0	1	2	3	4
P5. Estar “hiperalerta”, vigilante ou em guarda?	0	1	2	3	4
P6. Sentir-se sobressaltado ou facilmente assustado?	0	1	2	3	4

No último mês, os sintomas acima:

P7. Afetaram seus relacionamentos ou sua vida social?	0	1	2	3	4
P8. Afetaram seu trabalho ou sua capacidade de trabalhar?	0	1	2	3	4

P9. Afetaram qualquer outra parte importante da sua vida, como o cuidado com seus filhos, vida escolar ou acadêmica, ou outras atividades importantes?	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

121

Abaixo, há problemas ou sintomas que as pessoas que passaram por eventos de vida traumáticos ou estressores, às vezes, experienciam. As questões se referem a como você **tipicamente** se sente, como você **tipicamente** pensa a respeito de si mesmo, e como você **tipicamente** se relaciona com outras pessoas. Responda às seguintes perguntas pensando no quão verdadeira cada afirmativa é para você.

<i>O quão verdadeiro isso é para você?</i>	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
C1. Quando estou chateado, demoro bastante tempo para me acalmar.	0	1	2	3	4
C2. Sinto-me anestesiado ou emocionalmente desligado.	0	1	2	3	4
C3. Sinto-me um fracasso.	0	1	2	3	4
C4. Sinto-me sem valor.	0	1	2	3	4
C5. Sinto-me distante ou desconectado de outras pessoas.	0	1	2	3	4
C6. Acho difícil ficar emocionalmente próximo de outras pessoas.	0	1	2	3	4

No último mês, os problemas emocionais, as crenças sobre você mesmo e nos seus relacionamentos listados acima:

C7. Afetaram seus relacionamentos ou sua vida social?	0	1	2	3	4
C8. Afetaram seu trabalho ou sua capacidade de trabalhar?	0	1	2	3	4
C9. Afetaram qualquer outra parte importante da sua vida, como o cuidado com seus filhos, vida escolar ou acadêmica, ou outras atividades importantes?	0	1	2	3	4

ANEXO B - ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS FAMILIARES (FBIS-BR)

(Tessler & Gamache, 1996; tradução para o português: Bandeira, M., Calzavara, M. G. & Varella, A., 2005)

PARTE A: ASSISTÊNCIA NA VIDA COTIDIANA

Geralmente as pessoas que têm doenças mentais precisam de ajuda ou precisam ser lembradas de fazer as coisas comuns do dia-a-dia. As perguntas que vou fazer agora são sobre isso. Talvez, nem todas elas se apliquem a (Nome), mas tente respondê-las, por favor, com o conhecimento que você tem sobre ele(a).

A1a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou (Nome) ou lembrou-lhe de fazer coisas como se pentear, tomar banho ou se vestir ? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez	menos que uma	1 ou 2 vezes	de 3 a 6 vezes	Todos os dias?
(PASSE P/ A2a)	vez p/ semana	p/ semana	p/ semana	

A1b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar (Nome) ou lembrar-lhe de fazer essas coisas?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

A2a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou, lembrou ou encorajou (Nome) a tomar os remédios dele(a) ou teve que dar o remédio pessoalmente ou às escondidas? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez	menos que uma	1 ou 2 vezes	de 3 a 6 vezes	Todos os dias?
(PASSE P/ A3a)	vez p/ semana	p/ semana	p/ semana	

A2b. Quanto lhe incomodou ter que fazer alguma coisa para (Nome) tomar os remédios dele(a)?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

A3a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou (Nome) ou lembrou-lhe de fazer tarefas da casa (ex. arrumar a cama, limpar o quarto, lavar roupa, etc.) ou teve que fazer isto para ele(a)? Foram quantas vezes?

_____1_____	_____2_____	_____3_____	_____4_____	_____5_____
Nenhuma vez	menos que uma	1 ou 2 vezes p/	de 3 a 6 vezes	Todos os dias?
(PASSE P/ A4a)	vez p/ semana	semana	p/ semana	

A3b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar, lembrar ou fazer essas coisas para ele(a)?

_____1_____	_____2_____	_____3_____	_____4_____
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

A4a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou (Nome) ou lembrou-lhe de fazer compras de alimentos, roupas ou outros objetos ou teve que fazer compras para ele(a)? Foram quantas vezes?

_____1_____	_____2_____	_____3_____	_____4_____	_____5_____
Nenhuma vez	menos que uma	1 ou 2 vezes	de 3 a 6 vezes	Todos os dias?
(PASSE P/ A5a)	vez p/ semana	p/ semana	p/ semana	

A4b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar, lembrar ou fazer essas coisas para ele(a)?

_____1_____	_____2_____	_____3_____	_____4_____
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

A5a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você cozinhou para (Nome) ou o (a) ajudou a preparar as refeições? Foram quantas vezes?

_____1_____	_____2_____	_____3_____	_____4_____	_____5_____
Nenhuma vez	menos que uma	1 ou 2 vezes	de 3 a 6 vezes	Todos os dias?
(PASSE P/ A6a)	vez p/ semana	p/ semana	p/ semana	

A5b. Quanto lhe incomodou ter que cozinhar para (Nome) ou ajudá-lo(a) a preparar as refeições dele(a)?

_____1_____	_____2_____	_____3_____	_____4_____
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

A6a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou a levar (Nome) a algum lugar, à pé, de carro, de ônibus ou por outros meios de transporte? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez	menos que uma	1 ou 2 vezes	de 3 a 6 vezes	Todos os dias?
(PASSE P/ A7a)	vez p/ semana	p/ semana	p/ semana	

A6b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar a levar (Nome) a algum lugar?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

A7a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou (Nome) a cuidar do dinheiro dele(a) ou teve que fazer isso por ele/ela? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez	menos que uma	1 ou 2 vezes	de 3 a 6 vezes	Todos os dias?
(PASSE P/ A8a)	vez p/ semana	p/ semana	p/ semana	

A7b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar (Nome) a cuidar do dinheiro dele(a) ou a fazer isto por ele(a)?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

A8a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou, lembrou ou insistiu com (Nome) para ele(a) se ocupar com alguma coisa, não ficar à toa, usar o seu tempo para fazer alguma coisa, como ler revista, se divertir com alguma coisa, trabalhar, estudar ou visitar as pessoas, etc. ? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez	menos que uma	1 ou 2 vezes	de 3 a 6 vezes	Todos os dias?
(PASSE P/ A9a)	vez p/ semana	p/ semana	p/ semana	

A8b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar ou lembrar (Nome) a se ocupar com alguma coisa?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

A9a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você lembrou, encorajou ou insistiu com (Nome) ou teve que levá-lo(a) para as suas consultas médicas ou atividades nos serviços de saúde mental ? Foram quantas vezes?

_____1_____	_____2_____	_____3_____	_____4_____	_____5_____
Nenhuma vez	menos que uma	1 ou 2 vezes	de 3 a 6 vezes	Todos os dias?
(PASSE P/ B1a)	vez p/ semana	p/ semana	p/ semana	

A9b. Quanto lhe incomodou ter que lembrar, encorajar ou levar (Nome) para as suas consultas médicas ou atividades nos serviços de saúde mental?

_____1_____	_____2_____	_____3_____	_____4_____
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

PARTE B: SUPERVISÃO AOS COMPORTAMENTOS PROBLEMÁTICOS

Algumas vezes, as pessoas com doenças mentais podem precisar de ajuda quando ocorrem alguns comportamentos problemáticos. As perguntas que vou fazer agora talvez não se apliquem a (Nome), mas tente respondê-las, por favor, com o conhecimento que você tem sobre ele (a).

B1a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir (Nome) de apresentar algum comportamento que te deixasse envergonhado(a) ou incomodado(a) ou teve que lidar com estes comportamentos ou com suas consequências? Foram quantas vezes?

_____1_____	_____2_____	_____3_____	_____4_____	_____5_____
Nenhuma vez	menos que uma	1 ou 2 vezes	de 3 a 6 vezes	Todos os dias?
(PASSE P/ B2a)	vez p/ semana	p/ semana	p/ semana	

B1b. Quanto lhe incomodou ter que lidar com este comportamento desconcertante de (Nome)?

_____1_____	_____2_____	_____3_____	_____4_____
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

B2a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir que (Nome) ficasse exigindo demais sua atenção ou você teve que lidar com este comportamento ou suas consequências ? Foram quantas vezes?

_____1_____	_____2_____	_____3_____	_____4_____	_____5_____
Nenhuma vez	menos que uma	1 ou 2 vezes	de 3 a 6 vezes	Todos os dias?

(PASSE P/ **B3a**) vez p/ semana p/ semana p/ semana

B2b. Quanto lhe incomodou ter que lidar com o comportamento de (Nome) de exigir que você dê atenção a ele(a)?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

B3a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir que (Nome) incomodasse as pessoas durante a noite ou teve que lidar com este comportamento ou com suas consequências? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez	menos que uma	1 ou 2 vezes	de 3 a 6 vezes	Todos os dias?
(PASSE P/ B4a)	vez p/ semana	p/ semana	p/ semana	

B3b. Quanto lhe incomodou ter que lidar com este comportamento perturbador de (Nome)?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

B4a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir que (Nome) insultasse alguém, ameaçasse ou machucasse alguém ou teve que lidar com este comportamento ou suas consequências? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez	menos que uma	1 ou 2 vezes	de 3 a 6 vezes	Todos os dias?
(PASSE P/ B5a)	vez p/ semana	p/ semana	p/ semana	

B4b. Quanto lhe incomodou ter que fazer isso?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

B5a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir (Nome) de falar em morrer, ou de falar em se matar, de ameaçar ou tentar se matar? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez	menos que uma	1 ou 2 vezes	de 3 a 6 vezes	Todos os dias?
(PASSE P/ B6a)	vez p/ semana	p/ semana	p/ semana	

B5b. Quanto lhe incomodou estas conversas, ameaças ou tentativas de (Nome) de se matar ou de falar em morrer?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

B6a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir que (Nome) bebesse demais (bebidas alcoólicas) ou teve que lidar com as consequências deste comportamento? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez	menos que uma	1 ou 2 vezes	de 3 a 6 vezes	Todos os dias?
(PASSE P/ B7a)	vez p/ semana	p/ semana	p/ semana	

B6b.Quanto lhe incomodou o fato de (Nome) beber ?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

B7a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir que (Nome) comesse ou bebesse demais (bebidas não alcoólicas, ex. café, xaropes, etc.) ou fumasse demais?

Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez	menos que uma	1 ou 2 vezes	de 3 a 6 vezes	Todos os dias?
(PASSE P/ B8a)	vez p/ semana	p/ semana	p/ semana	

B7b. Quanto lhe incomodou ter que lidar com este comportamento de (Nome)?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

B8a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir (Nome) de usar drogas (ilegais) ou teve que lidar com as consequências deste comportamento? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez	menos que uma	1 ou 2 vezes	de 3 a 6 vezes	Todos os dias?
(PASSE P/ B9a)	vez p/ semana	p/ semana	p/ semana	

B8b. Quanto lhe incomodou o fato de (Nome) usar drogas (ilegais)?

_____ 1 _____ _____ 2 _____ _____ 3 _____ _____ 4 _____
 Nem um pouco Muito pouco Um pouco Muito?

PARTE C: GASTOS FINANCEIROS

C1. Nos últimos 30 dias, você, pessoalmente, pagou ou deu algum dinheiro seu à (Nome) para cobrir algumas despesas dele (a) e que ele não lhe tenha devolvido? Sim___ Não___

C2. Nos últimos 30 dias, o paciente teve gastos com os itens abaixo?	Sim	Não	Gastos nos últimos 30 dias
a- Transporte (carro, combustível, ônibus, táxi, etc?)	1	2	\$-----
b- Roupas e calçados?	1	2	\$-----
c- Trocados para pequenos gastos?.....	1	2	\$-----
d- Alimentação ?.....	1	2	\$-----
(se ele mora com o paciente, peça-lhe para estimar a parcela destas despesas correspondente ao paciente).			
e- Moradia (aluguel , prestação da casa) ?.....	1	2	\$.....
(se ele mora com o paciente, peça-lhe para estimar a parcela desta despesa correspondente ao paciente)			
f- Medicamentos ?.....	1	2	\$.....
g- Tratamento de saúde mental ?	1	2	\$.....
h- Outros gastos médicos (dentista, fisioterapeuta, etc.)?	1	2	\$.....
i- Cigarros?	1	2	\$.....
j- Objetos pessoais? _____	1	2	\$-----
k- Telefone?.....	1	2	\$-----
l- Pagamento de profissionais p/cuidar do paciente.....	1	2	\$-----
m- Plano de saúde _____	1	2	\$-----
n- Outras despesas ? (Especifique) :-----	1	2	\$-----

C2-Total: \$ _____

C3. Quantia com a qual o paciente contribuiu para as despesas mensais: _____

C4. Gastos da família com o paciente (diferença entre C2 e C3): _____

C5. No último ano, os gastos que você teve com (Nome) foram pesados para você com que frequência?

Sempre ou quase sempre 5

Frequentemente 4

Às vezes

Raramente 2

Nunca 1

PARTE D. IMPACTO NAS ROTINAS DIÁRIAS

D1a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você faltou, chegou atrasado ou cancelou algum compromisso, como no trabalho, na escola ou em outros lugares, porque teve que cuidar de (Nome)? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

D1b. Nos últimos 30 dias, quantas vezes as suas atividades sociais e de lazer (ex. sair para descansar ou visitar alguém) foram alteradas ou perturbadas, porque você teve que cuidar de (Nome)? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

D1c. Nos últimos 30 dias, quantas vezes os seus serviços de casa ou a rotina da casa foi alterada ou perturbada porque você teve que cuidar de (Nome)? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

D1d. Nos últimos 30 dias, quantas vezes o fato de cuidar de (Nome) impediu de você dedicar aos outros membros da família a atenção e o tempo de que eles necessitavam? Foram quantas vezes?

_____ 1 _____	_____ 2 _____	_____ 3 _____	_____ 4 _____	_____ 5 _____
Nenhuma vez	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/ semana	Todos os dias?

D2. A doença de (Nome) provocou mudanças mais ou menos permanentes na sua rotina diária, no seu trabalho ou na sua vida social? Sim () Não ().

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Muito?

D3. Por causa da doença de (Nome):

(Nota ao entrevistador: Você pode circular mais de uma resposta)

	Sim	Não
a- Você teve que trabalhar menos ou abandonar o seu emprego ou teve que... trabalhar mais para cobrir os gastos?	2	1
b- Você teve que se aposentar mais cedo do que você planejava?.....	2	1
c- Você deixou de ter (ou tem menos) vida social (ex. deixou de.....	2	1
d- Você perdeu amizades?	2	1
e- Você deixou de tirar férias (ex. visitar parentes, viajar)?.....	2	1
f- Você deixou de receber (ou recebe menos) pessoas em casa (familiares e/ou amigos)?	2	1

PARTE E: PREOCUPAÇÃO COM O PACIENTE

Mesmo quando as pessoas não se veem por algum tempo, às vezes, mesmo assim elas se preocupam umas com as outras. Eu gostaria de perguntar-lhe sobre suas preocupações com (Nome).

E1. Você fica preocupado(a) com a segurança física de (Nome) (ex. que alguma coisa ruim aconteça com ele(a), que ele(a) sofra um acidente, entre em uma briga, que alguém se aproveite dele(a), que fuja, etc.):

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre ou quase sempre?

E2. Você fica preocupado(a) com o tipo de ajuda e tratamento médico que (Nome) está recebendo? (ex. com receio de que ele(a) não esteja sendo bem atendido(a), de que não esteja recebendo um bom tratamento para a doença dele(a), etc.):

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre ou quase sempre?

E3. Você fica preocupado(a) com a vida social de (Nome) (ex. preocupado se ele(a) não sai muito de casa, ou se sai demais ou se tem poucos amigos ou se sai com amigos que não lhe convém?)

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre ou quase sempre?

E4. Você fica preocupado(a) com a saúde física de (Nome)? (ex. dores, doenças, etc.)

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre ou quase sempre?

E5. Você fica preocupado(a) com as condições de moradia atual de (Nome)?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre ou quase sempre?

E6. Você fica preocupado(a) ao pensar como (Nome) faria para sobreviver financeiramente se não houvesse você para ajudá-lo?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre ou quase sempre?

E7. Você fica preocupado(a) com o futuro de (Nome)?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre ou quase sempre?