



LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

Funcionamento Familiar, Suporte social e a Transgeracionalidade da Ideação Suicida

Micaela Farropas Rolo Gonçalves

Orientador de Dissertação:

Professora Doutora Maria Gouveia Pereira

Coordenador de Seminário de Dissertação

Professora Doutora Maria Gouveia Pereira

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

2015

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Maria Gouveia-Pereira, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Esta tese de dissertação de mestrado representa o longo caminho percorrido, o esforço e dedicação utilizados durante estes 5 anos e o começo de uma nova etapa tão esperada na minha vida. No entanto, tudo isto não seria possível sem a ajuda de um conjunto de pessoas a quem deixo os mais sinceros agradecimentos.

Começo por agradecer à professora Doutora Maria Gouveia-Pereira pela disponibilidade, pelas sugestões e partilha de conhecimento ao longo de todo o processo, pela paciência e motivação na orientação.

À Direção, Professores e alunos dos estabelecimentos de ensino onde foi recolhida a amostra que se mostraram sempre disponíveis, me receberam sempre com amabilidade e tornaram possível a elaboração desta tese.

À minha mãe e ao meu irmão por todo o apoio, incentivo, paciência, carinho e força que me deram para que não desanimasse. Por confiarem sempre em mim e me motivarem a alcançar sempre mais e melhor.

Ao meu namorado por toda a paciência e carinho, por compreender a falta de tempo, os programas desmarcados, a má disposição, por me incentivar ao máximo e pela ajuda crucial na recolha e inserção de dados.

À Andreia Vilela pela paciência, troca de ideias, partilha de frustrações e ansiedades, por me incentivar sempre, não me deixar ir abaixo e, especialmente, pela sua grande amizade e carinho.

À Joana Rodriguês, pela amizade, pela ajuda na recolha e inserção de dados e por me ter apoiado e ter estado sempre presente ao longo de todo este percurso.

A todas as minhas colegas do seminário de dissertação pelo apoio, pelas sugestões e disponibilidade.

À Contisystems pela colaboração na impressão do instrumento para a recolha dos dados.

A todos os meus amigos pela amizade, apoio e motivação.

Resumo

Este trabalho foi realizado com o objetivo de explorar a relação entre a Ideação Suicida, o Funcionamento Familiar e o Suporte Social, bem como analisar se existem padrões Transgeracionais de Ideação Suicida. Para que tal fosse possível, inquirimos uma amostra constituída por 124 adolescentes pertencentes a três escolas do concelho de Cascais, com idades compreendidas entre os 14 e os 20 anos e respetivos pais (N= 202), com idades compreendidas entre os 29 e os 68 anos. Foi-lhes solicitado que respondessem a um conjunto de escalas: Escala de Funcionamento Familiar (FACES IV) (Olson, 2011), Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Pais-Ribeiro, 1999), Escala Social Support Appraisals (SSA) (Antunes & Fontaine, 2005) e Questionário de Ideação Suicida (Ferreira & Castela, 1999).

A análise dos resultados obtidos demonstrou que todas estas dimensões se relacionam entre si, embora tenham surgido diferenças entre os dois grupos da amostra. Relativamente à Transgeracionalidade da Ideação Suicida, podemos verificar que a Ideação Suicida dos pais se correlaciona com a Ideação Suicida dos filhos vindo sustentar o referido pela literatura. Na amostra dos adolescentes foi ainda possível observar que tanto o Funcionamento Familiar como o Suporte Social e a Comunicação são bons fatores de proteção contra o surgimento de ideação suicida.

Palavras-chave: Funcionamento Familiar, Comunicação Familiar, Suporte Social, Ideação Suicida, Transgeracionalidade.

Abstract

This study was carried out to explore the relations between Suicidal Ideation, Family Function and Social Support, and consider whether there are Transgenerational patterns of Suicidal Ideation. To make this possible, we inquired a sample of 124 adolescents from three Schools in the municipality of Cascais county schools, with ages between 14 and 20 years, and 202 adults, parents of the adolescents, with ages between 29 and 68 years. They were asked to answer a set of scales: Family Functioning Scale (FACES IV) (Olson, 2011), Satisfaction Scale with Social Support (ESSS) (Pais-Ribeiro, 1999), Social Support Appraisals Scale (SSA) (Antunes & Fontaine, 2005) and Suicidal Ideation Questionnaire (Ferreira & Castela, 1999).

The results obtained showed that all these dimensions are interrelated, although differences have arisen between the two sample groups. With regard to Transgenerationality of Suicidal Ideation, we can see that the Suicidal Ideation parents correlates with Suicidal Ideation of children from support of that for literature. In the sample of adolescents was also observed that both the Family Functioning as the social support and communication are good protective factors against the emergence of suicidal ideation.

Keywords: Family Function, Family Communication, Social Support, Suicidal Ideation, Transgenerationality.

Índice

Introdução	1
1. Adolescência	2
2. A Família e a Transgeracionalidade	5
3. Suporte Social	10
4. Comportamentos suicidários: Ideação suicida	11
4.1. Fatores de risco e Fatores protetores	14
4.2. Comportamentos Suicidários na adolescência	15
4.3. Família, Transgeracionalidade e os Comportamentos Suicidários	16
4.4. Suporte social e Ideação Suicida	19
5. Objetivo e Hipóteses do estudo	22
Método	24
1. Participantes	24
2. Instrumentos	26
2.1. <i>Escala de Coesão e Flexibilidade Familiar (FACES IV)</i>	26
2.2. <i>Questionário de Ideação Suicida</i>	29
2.3. <i>Escala Social Support Appraisals (SSA)</i>	29
3. Procedimento	30
3.1. Procedimento Estatístico	31
Resultados	32
1. Resultados em estudo	32
Discussão.....	39
1. Transgeracionalidade da Ideação Suicida	39
2. Funcionamento Familiar, Comunicação e Ideação Suicida	40
3. Suporte Social, Funcionamento Familiar e Ideação Suicida	43
4. Limitações	47
5. Considerações Finais e Estudos Futuros	48
Referências	49
Anexos.....	55
Anexo A: Autorização dos Encarregados de Educação	56
Anexo B: Folha com informações acerca do estudo e dos instrumentos	57

Anexo C: Folha de Rosto do Questionário Preenchido pelos Participantes.....	58
Anexo D: Folha dos Dados Sociodemográficos Preenchida pelos Adolescentes	59

Lista de Tabelas

Tabela 1. Distribuição da amostra de adolescentes segundo a Idade e o Género.....	24
Tabela 2. Frequência dos Anos de Escolaridade da amostra dos adolescentes por Género.	25
Tabela 3. Distribuição da amostra de adultos segundo a Idade e o Género.	25
Tabela 4. Distribuição da amostra dos adultos segundo o Estado Civil e o Género.	26
Tabela 5. Análise de Fidelidade das subescalas do FACES IV adaptado para a população portuguesa de adolescentes.....	27
Tabela 6. Análise de Fidelidade das subescalas do FACES IV adaptado para a população portuguesa de adultos.	28
Tabela 7. Análise de Fidelidade do Questionário de Ideação Suicida.....	29
Tabela 8. Análise de Fidelidade das subescalas do instrumento SSA no grupo de adolescentes.....	30
Tabela 9. Frequência da ideação suicida em cada grupo de sujeitos da amostra.	32
Tabela 10. Comparação entre adolescentes que têm ou não ideação com a perceção de suporte social.	33
Tabela 11. Comparação entre famílias relativamente à existência ideação.....	33
Tabela 12. Matriz Correlacional entre os membros do agregado familiar (filho, mãe e pai) face à Ideação Suicida.	34
Tabela 13. Matriz Correlacional entre membros do agregado familiar (filho, mãe e pai).	36
Tabela 14. Matriz Correlacional das variáveis em estudo na amostra dos adolescentes.....	37
Tabela 15. Médias relativas aos sujeitos com Suporte Familiar e sem Suporte Familiar face à presença de Ideação Suicida na amostra de adolescentes.	38

Introdução

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento humano onde o sujeito se encontra entre duas fases, isto é, já não é considerado uma criança mas também ainda não desenvolveu certas capacidades/aspectos necessários para ser considerado um adulto. É nesta fase do desenvolvimento que os comportamentos suicidários surgem em níveis preocupantes, sendo considerados a segunda maior causa de morte entre os jovens (Sampaio, Oliveira, Vinagre, Gouveia-Pereira, Santos & Ordaz, 2000).

A ideação Suicida, caracterizada por pensamentos suicidas, é considerada um fator de risco do suicídio. No entanto, esta variável não é a única responsável por estes desfechos, também o consumo de álcool ou drogas, ser do sexo feminino, ter histórico de comportamentos suicidários na família, sofrer de perturbações depressivas, entre outras, pertencem ao grupo de variáveis consideradas de risco e preditivas de um futuro suicídio (Gonçalves & Sequeira, 2011).

O Funcionamento Familiar é visto pela literatura como sendo uma variável preditora dos comportamentos suicidários. Isto porque é através da qualidade das relações que o sujeito estabelece com os progenitores que este pode desenvolver trajetórias de desenvolvimento negativas, nomeadamente comportamentos suicidários (Sousa, Machado & Branco, 2008). Outra variável apontada como preditora de comportamentos suicidários é o Suporte Social, pois o fato do sujeito se sentir suportado ou não fá-lo vivenciar determinados sentimentos, que podem propiciar os comportamentos de risco (i.e. solidão).

Sendo assim, inicialmente será apresentada uma revisão de literatura acerca dos temas mencionados anteriormente – Funcionamento Familiar, Suporte Social, Ideação Suicida e Transgeracionalidade – que sustentam o objetivo desta investigação. Seguidamente surge o objetivo do estudo e as hipóteses. Posteriormente uma descrição da amostra, dos instrumentos e procedimentos utilizados. E por último, serão apresentados os resultados e a respetiva discussão dos mesmos.

1. Adolescência

A definição de adolescência e do seu período de duração não é estanque e, por isso, vai variando consoante os autores. Esta dificuldade em delimitar o período de duração desta fase do desenvolvimento prende-se com o meio em que está enquadrado o sujeito, isto porque os diferentes contextos em que o sujeito interage vão influenciar e promover a sua heterogeneidade. Sendo que os jovens são todos diferentes devido à sua experiência de vida torna-se difícil estabelecer um padrão universal, daí a dificuldade em delimitar um início e um fim da adolescência (Cruz, Narciso, Muñoz, Pereira & Sampaio, 2013).

Segundo a Organização Mundial de saúde (2005, cit. por Kristensen, Schaefer & Busnello, 2010) “... a adolescência é o período da vida que compreende a faixa etária entre os 10 e os 19 anos.”. Já Oliveira, Amâncio e Sampaio (2001), descrevem este período como sendo “... um período habitual de grandes dúvidas e certezas, avanços e recuos, de exponenciar as emoções, de oscilações e de representações ambivalentes, chega a arriscar-se morrer para se conseguir viver e entender o que isso significa”. Segundo estes autores, é natural que durante a adolescência surjam percalços que geralmente se devem a mal-entendidos e conflitos familiares que, por sua vez, podem fazer com que o jovem experiencie sentimentos de dor, culpa e ressentimento.

De acordo com Sousa, Machado e Branco (2008) e Guerreiro e Sampaio (2013), a adolescência é caracterizada como uma etapa do desenvolvimento, onde surgem importantes mudanças fisiológicas e psicossociais fundamentais para o desenvolvimento e maturação do sujeito, e espera-se que o jovem passe a ser um adulto autónomo, maturo e com uma identidade bem definida. No entanto, para que este processo ou passagem se realize é necessário que haja uma exploração e adaptação adequadas ao meio que, por sua vez, só é possível se o jovem tiver dentro dele um bom objeto interno (se sinta amado e investido). Sendo assim, é natural que o sujeito só seja capaz de se libertar e amar outros se for suficientemente amado e investido e se se sentir seguro pelos laços afetivos que criou com as suas figuras cuidadoras. Por outro lado, quando este processo de exploração e adaptação não ocorre de forma adequada pode originar trajetórias do desenvolvimento desadequadas (i.e. comportamentos de risco) (Cruz, Narciso, Muñoz, Pereira & Sampaio, 2013).

Câmara e Carlotto (s.d., cit. por Kristensen, Schaefer & Brusnelo, 2010), acrescentam que é nesta etapa que surgem os momentos de maior fragilidade, pois é aqui que o jovem se começa

a definir (perceber qual o seu papel e adequar-se às normas e padrões de comportamento) e a testar quais as suas possibilidades/capacidades relativamente à resolução de problemas. Isto é corroborado por Sampaio, Oliveira, Vinagre, Gouveia-Pereira, Santos e Ordaz (2000), que afirmam que os adolescentes têm duas tarefas cruciais de desenvolvimento - autonomizar-se e construir a sua identidade - no entanto, para que esta autonomização seja possível é necessário que se desenvolva uma maior independência dos jovens face aos pais e um maior envolvimento afetivo-emocional com os amigos, só assim o desenvolvimento psicossocial do adolescente se dá de forma harmoniosa.

Segundo Schoeppe e Havighurst (1952) existem três fatores básicos implícitos às tarefas de desenvolvimento: I) Fator de base afetiva (que inclui as tarefas relacionadas com o “atingir a independência” e “dar-se bem com os colegas da mesma idade”); II) Fator de base intelectual (que inclui as tarefas relacionadas com o “desenvolver a consciência, a moralidade e um conjunto de outros valores” e “desenvolver capacidades intelectuais”); e III) Fator de base biológica (que inclui as tarefas relacionadas com o “aprender um papel sexual apropriado”). Sendo assim, é na adolescência que se dá uma mudança ao nível do pensamento dos jovens - pensamento mais elaborado, levando-os a começarem a questionar-se sobre si, sobre o meio que os rodeia e a diferenciar as suas opiniões e ideias das dos outros (Bradley, 2003). Tendo em conta o acima citado, cabe aos pais encontrarem um novo papel para o jovem desempenhar, tanto no meio familiar como no mundo exterior, que seja adequado à sua fase do desenvolvimento. No entanto, é importante frisar, que esta alteração de papéis vai provocar uma grande reorganização da estrutura familiar, e muitas vezes pode levar ao surgimento dos conflitos conjugais do casal que estavam camuflados pela preocupação parental (Pinto, 2010; Gouveia-Pereira, Abreu & Martins, 2014).

De acordo com Erikson (1972), os adolescentes juntam-se a grupos de pares que apresentem características semelhantes às suas e com as quais eles se identifiquem (i.e. ao nível dos gostos, dos ideais, da cultura e do vestuário), isto porque assim torna possível um processo de projeção do sujeito no outro, que lhe permite ter uma perceção mais nítida e clara de si mesmo. Segundo o autor, esta projeção no outro deve ser encarada como uma defesa do adolescente contra uma perda de identidade que surge nesta etapa do desenvolvimento. Contudo, as expectativas que ambos os géneros têm relativamente a um grupo de pares não são concordantes, isto é, enquanto as raparigas preferem estabelecer uma relação de confiança, onde seja possível haver uma partilha de informação e esclarecimento de questões íntimas, os rapazes preferem procurar apoio na resolução de conflitos, nomeadamente com figuras de autoridade (Cole & Cole, 2004).

Para além das diferenças entre géneros relativamente às expectativas acerca do grupo de pares, verificou-se que também existem diferenças entre géneros no que diz respeito aos problemas mais frequentes e à perceção que têm da família (Pinto, 2010). Segundo Palmonari, Kirchler e Pombeni (1991), os adolescentes que são capazes de se identificar tanto com a família como se identificam com o grupo de pares, estão mais qualificados para se autonomizarem e realizarem a transição da adolescência para a fase adulta, contrariamente aos adolescentes que apenas se conseguem identificar com um dos dois. Outro fator importante nesta etapa do desenvolvimento é a aceitação e validação do grupo de pares por parte dos pais, pois demonstra que as figuras parentais respeitam as escolhas realizadas pelos filhos. Sendo assim, quando existe confiança entre pais e filhos há uma promoção da autonomia que, por sua vez, vai facilitar o investimento do adolescente no grupo de pares sem grandes medos, promovendo a vontade de exploração e de tomada de decisões de forma protegida, permanecendo assim a relação familiar salvaguardada. É importante que nesta fase os diálogos e interações entre pais e filhos se mantenham em temas neutros ou em atividades lúdicas, de modo a não se criar conflitos desnecessariamente (Pinto, 2010).

Como já mencionado anteriormente, é na adolescência que surgem vários processos, nomeadamente, a autonomização do sujeito (através da execução de tarefas próprias para a sua faixa etária), a construção de um self (que proporcionará a construção da identidade do adolescente) e o surgimento dos comportamentos de risco. Focando-nos nos comportamentos de risco, embora não se tenha uma noção concreta de quais os fatores que impulsionam o jovem a praticar este tipo de comportamentos, já se compreendeu que é um problema multicausal, ou seja, associado a vários fatores em simultâneo (Risco Cumulativo). É ainda nesta etapa da vida dos sujeitos que surgem com maior frequência quadros psiquiátricos graves, comportamentos arrogantes e de enfrentamento (adotam uma espécie de máscara de durões mas no fundo a única coisa que pretendem é ser amados e que alguém os ajude) e intensos sentimentos de desvalorização (baixa autoestima), propiciando o surgimento dos comportamentos suicidas como a única forma de lidar com os problemas e/ou dificuldades do dia-a-dia (Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005). Com base nisto, Guerreiro e Sampaio (2013) falam do conceito de adolescência patológica caracterizando-a como uma fase marcada por uma falta de esperança e uma incapacidade de lidar com as emoções, organizar um sentido de pertença e manter um sentimento de bem-estar.

Outro aspeto que surge nesta fase do desenvolvimento é o segredo, nomeadamente a omissão de experiências que vivenciam com os pares (i.e. experimentar drogas, dar o primeiro

beijo ou ter a primeira relação sexual). Este tipo de omissão para com os pais é natural nesta etapa, no entanto, caso hajam laços afetivos fortes e confiança entre pais e filhos, o adolescente irá sempre procurar os progenitores caso se sinta “afrito” ou a precisar de ajuda, mesmo que de forma inconsciente. É importante frisar que nesta altura surgem também diferentes responsabilidades e obrigações, em todos os contextos da sua vida, tornando necessário haver uma boa articulação entre os contextos, nomeadamente entre a escola e a família. É através deste progressivo ganho de responsabilidade e obrigações que o adolescente se vai desenvolvendo e tornando-se mais maduro (Rodrigues & Machado, 2002).

2. A Família e a Transgeracionalidade

Segundo Sampaio e Gameiro (1985, cit. por Alarcão, 2006), a família é descrita como “... um sistema, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados.” Sendo assim, para trabalhar com este tipo de grupos é necessário o profissional ter uma visão global e ampla - visão da família como um todo. Contudo, é importante que não percamos de vista que existem sujeitos individuais dentro desses mesmos sistemas, isto é, temos que ter em atenção que “... o comportamento de um elemento não é suficiente para explicar o comportamento de um outro elemento e vice-versa.” - Propriedade da retroação - é necessário uma visão circular das interações (Alarcão, 2006).

Minuchin (1979, cit. por Alarcão, 2006) afirma que cada família cria um modelo de relações, designado pelo autor como “estrutura familiar”, que se caracteriza através de um conjunto de exigências funcionais e é constituído por padrões que vão facilitar e organizar a interação entre os diferentes membros da família. As famílias são assim um fator de grande importância no desenvolvimento humano pois englobam tanto a componente genética como a contextual, e criam um molde de padrões comportamentais que tendem a repetir-se ao longo de gerações - Transgeracionalidade (Sorenson & Rutter, 1991). É no seio familiar que os indivíduos desempenham o seu primeiro papel social (papel de filhos) e desenvolvem as suas capacidades de interação, logo, consoante a qualidade das relações estabelecidas com as figuras cuidadoras (cruciais no desenvolvimento emocional e afetivo do adolescente) vão desenvolver-

se ou não trajetórias de vida negativas (i.e. comportamentos suicidas) (Sousa, Machado & Branco, 2008).

Também Duarte Junior (2003, cit. por Silva & Dutra, 2010) afirmam que é no seio familiar que se desenvolvem as primeiras interações/relações, levando a que o autor assumisse que como tal seriam a “origem da doença”. Isto é, embora normalmente a família identifique um dos seus membros como “doente” - paciente identificado - não significa que todo o sistema familiar não esteja com dificuldades. Sendo assim, é importante que as famílias percebam os problemas inerentes ao seu sistema familiar para que, posteriormente, se origine uma passagem de um estado de homeostase (tendência para deixar tudo como está) para um estado de transformação (elaboração do “problema”) (Kinsch & Mais, 2003).

Segundo Minuchin (1979, cit. por Alarcão, 2006), existem três tipos de limites: I) os claros, onde há uma delimitação do espaço e das funções de cada membro do subsistema; II) os difusos, onde há uma enorme permeabilidade que coloca em risco a diferenciação dos subsistemas; e III) os rígidos, onde se torna difícil haver comunicação e compreensão entre os subsistemas, devido a serem tão fechados sobre si mesmos. Sendo assim, consoante o tipo de limites envergados por cada família, também cada uma delas vai adotar um Pólo, ou seja, Famílias Emaranhadas descritas como muito fechadas sobre si e compostas por fronteiras/limites difusos, ou Famílias Desmembradas constituídas por membros individualistas e fronteiras/limites rígidos. No entanto, numa mesma família podemos encontrar diferentes tipos de limites e de funcionamentos dependendo da etapa do ciclo vital em que a família se encontra (Alarcão, 2006).

A partir do modelo estrutural de Minuchin (Olson, 2011), podemos compreender o funcionamento de uma determinada família, isto é, este modelo permite-nos ter uma noção do “Pólo” em que cada família se situa e baseia-se em três conceitos chave: a Coesão, a Flexibilidade e a Comunicação. A Coesão é descrita como um laço emocional que liga membros de uma família uns aos outros; a flexibilidade caracteriza-se por uma qualidade de liderança e organização, e prende-se com o papel de cada um na relação e com as regras e negociações entre membros do sistema; e a comunicação é uma capacidade utilizada entre casais ou sistemas familiares com o objetivo de ajudar as famílias a melhorar os seus níveis de Coesão e Flexibilidade (Olson, 2011). Segundo Olson (2011), quando uma família tem níveis de coesão e flexibilidade equilibrados promovem um funcionamento familiar saudável, por outro lado,

quando os níveis de coesão e flexibilidade são desequilibrados (seja para mais alto ou mais baixo) originam, geralmente, famílias disfuncionais ou problemáticas.

Perosa e Perosa (2001), na mesma ordem de pensamento, vêm afirmar que a coesão e a adaptabilidade familiar são aspetos fundamentais para o equilíbrio do sistema familiar, pois exercem uma grande influência na capacidade do adolescente expressar as suas emoções e gerir as situações percebidas por si como de *stress*. Sendo assim, são os laços emocionais estabelecidos com as figuras cuidadoras, a percepção da forma como foram tratados/cuidados por essas figuras e um ambiente envolvente percebido como seguro que permitem a construção de uma representação de si, da sua identidade e o processo de autonomização (Cruz, Narciso, Muñoz, Pereira & Sampaio, 2013; Sampaio, Oliveira, Vinagre, Gouveia-Pereira, Santos & Ordaz, 2000). No entanto, quando as famílias têm um funcionamento familiar disfuncional, torna-se mais complicado o adolescente se autonomizar e individualizar (i.e. Famílias emaranhadas não dão espaço suficiente ao adolescente para se autonomizar e as Famílias Desmembradas podem não fornecer sustentação suficiente para que o adolescente tenha "coragem de se autonomizar"). Blos (1996) vem corroborar o referido acima afirmando que na adolescência ocorre um segundo processo de separação-individuação (referido por Mahler mas em relação à infância), ou seja, é necessário que os adolescentes se separem e individualizem dos seus pais. No entanto, este processo pode ser promovido ou inibido consoante o adolescente se sinta seguro ou não, algo que é influenciado pela autonomia e pela qualidade das relações com as figuras cuidadoras. Sendo assim, quando o sujeito não se sente seguro o suficiente, leva a que este se retraia, originando uma paragem do desenvolvimento ou trajetórias de desenvolvimento desadequadas (Fleming, 2005).

Sendo assim, e ocupando a família um papel crucial na vida dos sujeitos, podemos inferir que todas as vivências e padrões de comportamento podem refletir-se transgeracionalmente no comportamento de gerações futuras, isto é, quando existe uma família com um funcionamento disfuncional, pode originar uma perpetuação de um sofrimento por gerações. Torna-se então pertinente debruçarmo-nos sobre a temática da Transgeracionalidade. O conceito de Transgeracionalidade, segue uma linha semelhante ao definido por Minuchin como estrutura familiar, e é caracterizado como sendo uma transmissão de padrões de relacionamentos familiares ou comportamentos que se repetem de geração em geração. Esta transmissão familiar tem os seus prós e contras, isto é, embora permita que o indivíduo se consiga situar na família relativamente a uma outra geração e promova o sentimento de pertença ao grupo (o sujeito sente que tem uma história e um lugar dentro do grupo familiar), pode também perpetuar por gerações

o adoecimento psíquico (i.e. transmissão de perturbações mentais) e a compulsão à repetição (i.e. atos suicidas). No entanto, embora este processo de transmissão geracional seja percebido como obrigatório ao longo de gerações, muito por ser na maioria das vezes um processo inconsciente, é também importante saber quando interrompê-lo (Menda, 2013; Almeida, 2010; Trachtenberg, s.d.; Silva & Dutra, 2010; Correa, 2003). Sendo assim, esta transmissão de padrões de comportamento e vivências surge devido à não elaboração e transformação do que é transmitido aos membros de uma determinada família, ou seja, é transmitido algo que não foi entendido nem resolvido pela família, levando a que se continue a repetir ao longo de gerações (Pinto, 2010).

Segundo Kaës (s.d., cit. por vianna, 2006), existem dois tipos de transmissão entre membros de uma família: a transmissão intergeracional e a transmissão transgeracional. A primeira ocorre quando o sujeito não é apenas depósito de padrões relacionais e experiências passadas mas há uma elaboração psíquica do que é transmitido, permitindo que o sujeito se inscreva numa cadeia ou grupo; a segunda remete para uma cadeia traumática dominada pela repetição, isto é, são transmitidos padrões relacionais e vivências passadas vistas como negativas, sem que estas tenham sido previamente elaboradas e transformadas pelo sistema familiar (Correa, 2003). O passado vai assim influenciar o presente e delinear o caminho através do qual os processos emocionais são transmitidos através das gerações (Nichols & Schwartz, 2007, cit. por Falcke & Wagner, 2005). Sendo assim, quando um homem e uma mulher se juntam enquanto casal, não só são duas pessoas unidas mas também dois sistemas familiares que se enraízam nas relações atuais de cada um dos sujeitos (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973, cit. por Falcke & Wagner, 2005). Sendo que é este segundo tipo de transmissão o utilizado no presente estudo.

Também Trachtenberg (s.d.) se debruça sobre este tema, definindo a transmissão transgeracional como sendo uma transmissão entre gerações que se tornou defeituosa ou que foi interrompida (há um colapso da história dos protagonistas), levando à repetição e ao narcisismo. É muito comum que em famílias afetadas por fenómenos transgeracionais (i.e. lutos, traumas) surjam comportamentos de risco nos sujeitos pertencentes a esse sistema, como por exemplo problemas de droga, perturbações psicossomáticas, psicoses, transtornos narcísicos, entre outros. Os sujeitos recetores desses padrões ficam de certo modo prisioneiros das marcas do passado, algo que se intensifica quando não existe um bom estabelecimento de vínculos afetivos. Sendo assim, Mazzarella (2006) afirma que a vivência de ser objeto de transmissão transgeracional é vista pelo sujeito como algo desmesurado e que não é possível de

ser processado, pois é um obstáculo à subjetividade. Segundo Huestel (2005, cit. por Vianna, 2006), os sujeitos, ao longo da sua vida, vão alterando o lugar e papel que desempenham dentro do sistema familiar (i.e. filho torna-se pai, pai torna-se avô e assim sucessivamente). Tendo isto em conta, pode acontecer que experiências vivenciadas por outros membros da família no passado, se inscrevam nos sujeitos que adotam esse papel no presente (i.e. um pai é muito exigente com o filho, esse filho quando assume o papel de pai vai também adotar uma postura exigente para com o seu filho).

Falcke e Wagner (2005), definem a Transgeracionalidade como sendo “representativa dos processos que são transmitidos pela família de uma geração para outra e que se mantêm ao longo da história familiar”. Cada sujeito de um determinado sistema familiar tem uma “voz familiar” inscrita dentro de si, que leva a que muitos acontecimentos de uma geração sejam uma espécie de reflexo dos acontecimentos de uma geração anterior. Também Costa (2002, cit. por Falcke & Wagner, 2005) debruça-se sobre este tópico, acrescentando que cada família cria um “idioma” que permite uma comunicação transgeracional e é através deste que os pais transmitem os conflitos não elaborados aos filhos. Para além da comunicação entre membros do sistema, também a lealdade (permite compreender a estrutura relacional da família e prende-se com o papel que cada sujeito acata dentro da família, com o facto do sujeito cumprir as regras impostas pelo sistema e por ir ao encontro das expectativas que a família deposita nele), os valores, os mitos (sistema de crenças que serve como mecanismo homeostático, protegendo a família de se deteriorar ou destruir-se) e os legados (engloba tanto aspetos positivos como negativos, não devendo os aspetos negativos serem perpetuados para não prejudicar a saúde mental da família) promovem e facilitam esta transmissão transgeracional (Ferreira, 1963, cit. por Falcke & Wagner, 2005; Bucher, 1985, cit. por Falcke & Wagner, 2005).

Tendo isto em mente, podemos inferir que a transmissão transgeracional é um processo bastante invasivo e destrutivo (devido ao trauma/vivência negativa transmitida), podendo danificar a eficácia do sistema de representações do sujeito, propiciando um desestruturar da vida psíquica do mesmo devido à falta de comunicação e de afetos. Sendo assim, e seguindo a lógica do conceito de Transgeracionalidade, embora o sujeito seja um ser individualizado, encontra-se vinculado a uma cadeia de transmissão subordinada aos seus antepassados (Menda, 2013; Almeida, 2010; Trachtenberg, s.d.; Silva & Dutra, 2010; Correa, 2003).

3. Suporte Social

A definição de Suporte Social tem sido bastante discutida entre autores e embora tenham pontos em comum, existem algumas nuances que as diferenciam entre si. Kleiman e Riskind (2013), descrevem o Suporte Social como sendo a “disponibilidade de amigos e membros da família para proporcionarem recursos psicológicos e/ou materiais ao sujeito”. Também Arslan (2009), segue esta linha de pensamento, definindo o Suporte Social como sendo um “suporte social e psicológico disponibilizado pelo meio - pares, família e professores”. Sendo assim, cada figura de suporte tem papéis distintos: os pares são essenciais no desenvolvimento pessoal e social através da partilha de ideias, os pais servem como fonte de suporte de méritos da personalidade e tomada de decisões dos adolescentes; e os professores têm um papel essencial na sanidade, na atitude e no sucesso académicos (Arslan, 2009).

Segundo Lin, Dean e Ensell (1986, cit. por Valle, Bravo & López, 2010), existe um suporte social real e uma perceção do suporte social que pode ser proporcionado por família, amigos, comunidade ou redes sociais. Tanto o suporte real como a perceção deste, dividem-se em suporte social instrumental e suporte social expressivo/emocional. O suporte social emocional surge por volta dos 12-13 anos e é provido pelos pais ou figuras cuidadoras, no entanto aos 13-14 anos isso altera-se, passando os pares a serem percecionados como as figuras de suporte mais importantes. Esta mudança é natural pois este tipo de suporte está relacionado com um carácter mais pessoal, ligado à confiança e confiança, que provoca um afastamento dos pais e aproximação dos pares. O suporte social instrumental apresenta as mesmas tendências do suporte social emocional, no entanto, apenas surge a partir dos 14 anos. Neste caso, embora os pares ganhem uma certa importância, os pais continuam a manter um alto nível de suporte instrumental. Isto porque, este tipo de suporte está mais relacionado com o carácter informativo e prático, logo, os pais como figuras com maior experiência continuam a ser vistos como importantes e necessários em certas questões às quais os pares não sabem responder ou dão respostas pouco fidedignas. Sendo assim, é importante que os progenitores sejam capazes de manter um certo nível de confiança com os filhos, para que lhes seja possível proporcionarem este tipo de suporte em caso de necessidade (Valle, Bravo & López, 2010). Haroz, Murray e Bolton (2013) acrescentam um terceiro tipo de suporte emocional, designado como suporte social material que remete para um suporte mais funcional (i.e. fornecer comida e dinheiro), segundo os autores, em certos locais onde os recursos são mais escassos, o suporte material é visto como mais importante para os sujeitos do que o suporte emocional.

Na adolescência, devido às mudanças a vários níveis (mudanças de papéis, cenários, prioridades, tarefas, etc.), o sentimento de pertença é crucial e é natural que se observem algumas mudanças nas redes de suporte social e na importância dos diferentes “prestadores de serviços”. No entanto, embora os jovens dispensem a maior parte do seu tempo com os pares, quando existe confiança e uma boa relação com as figuras parentais, a relação com a família tende a manter-se na mesma (Valle, Bravo & López, 2009; Arlsan, 2010). Nesta fase cria-se uma espécie de sistema compensatório entre o suporte que é proveniente dos pais e o que provém dos pares, sendo que estes últimos vão ao longo desta etapa do desenvolvimento, conquistando uma importância maior na vida e decisões do adolescente. Esta troca de importância entre pais e pares pode dever-se a diversos fatores (Furman & Buhrmester, s.d., cit. por Valle, Bravo & López, 2010): I) os pares são percebidos como figuras com quem o adolescente pode partilhar necessidades comuns de autoexploração; II) nesta etapa do desenvolvimento surge a preocupação com a sexualidade, que é um tópico constrangedor e difícil de abordar com os pais; III) dá-se a emergência de novos interesses que em nada se relacionam com a família; e IV) os pares servem como aliados em situações de conflito/tensão com os pais. No entanto, é de salientar que segundo os autores é a falta de diálogo e confiança nos pais que tem maior impacto e influência nestas mudanças.

Sendo que o Suporte Social tem um papel importante na resolução dos problemas familiares e com os pares, na adaptação ao meio ambiente e na preservação da saúde mental (Altunbas, 2002, cit. por Arslam, 2009), torna-se pertinente compreender o impacto que as diferentes redes de apoio têm na vida do adolescente, dado que este se encontra numa fase de mudanças substanciais ao nível das relações familiares e sociais (Valle, Bravo & López, 2010).

4. Comportamentos suicidários: Ideação suicida

“A palavra suicídio tem a sua origem no latim, de *sui* (se si) e *cædere* (matar), designando a morte de si ou do próprio” (Santos, 1998).

Os comportamentos suicidas são descritos por Gonçalves, Freitas e Sequeira (2011) como “... todo e qualquer ato através do qual um indivíduo causa uma lesão a si próprio, independentemente do grau de intenção letal e conhecimento do verdadeiro motivo desse ato.” No entanto, devemos ter ciente que é natural haver um certo grau de ideação suicida ao longo

do desenvolvimento como forma de compreender o sentido de vida e de morte, o mais complicado mas essencial é conseguir perceber quando isso passa a ser patológico (consoante o grau, a intensidade e o desajuste com que aparecem) (Borges & Werlang, 2006).

Segundo Sampaio (1991), podemos definir o suicídio como sendo uma estratégia desesperada de libertação que surge quando já não existe mais nenhuma estratégia para comunicar a tristeza e solidão em que se encontra o sujeito, sendo que este ato em si está cheio de simbologia. Quando o sujeito toma este tipo de atitude (suicida) é por se encontrar num profundo tormento, percecionado como intolerável, e não conseguir perceber qual o objetivo da sua vida. Sendo assim, é importante frisar que o principal objetivo dos profissionais de saúde deve ser ajudar o adolescente sempre que possível, de modo a que este não desista de viver quando deparado com determinados problemas. Tendo isto em mente, é crucial uma prevenção e identificação precoce deste tipo de comportamentos, pois é do conhecimento geral que os comportamentos suicidas ocorrem no tempo de forma sequencial, progressiva e repetitiva (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001).

Também Souza, Silva, Jansen, Kuhn, Horta e Pinheiro (2009) e Borges e Werlang (2006) defendem que os comportamentos suicidas devem ser vistos e analisados como um *continuum* que pode levar à destruição, isto é, os sujeitos começam por apresentar Ideação Suicida, seguida de um Planeamento e, conseqüentemente, prática de Tentativas de suicídio e/ou Suicídio consumado. Segundo o autor, a Ideação Suicida surge como um dos principais fatores preditores de comportamentos suicidas e, como tal, é vista como o primeiro passo para um futuro suicídio. À parte de contribuir para um fim mortal, a Ideação Suicida está também carregada de conseqüências negativas para o sujeito como: distúrbios mentais, problemas de comportamento, fracas estratégias de *Coping*, baixa autoestima e baixas relações interpessoais. Sendo assim, é de extrema importância a criação de instrumentos que permitam a deteção precoce dos fatores de risco de Ideação Suicida.

Existem três categorias de comportamentos suicidas que se diferenciam entre si pelo grau de severidade e heterogeneidade. A primeira categoria é a Ideação Suicida caracterizada por “pensamentos, ideias, planeamento e desejo de se matar. Este fator é um forte preditor de um futuro suicídio. A frequência e intensidade destas ideias suicidas vão aumentando com o passar do tempo, no entanto, é muito difícil de medir devido a não ser tão reportada como as tentativas de suicídio e o suicídio consumado.”; a segunda categoria é a Tentativa de Suicídio caracterizada como um “ato autodestrutivo com alguma intenção de morrer”; e a terceira e

última categoria, é o Suicídio Consumado descrito como sendo um “fenómeno complexo e universal que atinge todas as culturas, classes sociais e idades, tendo uma etiologia multivariada (i.e. fatores biológicos, genéticos, sociais, psicológicos, culturais, ambientais, familiares, entre outros).” (Gonçalves, Freitas & Sequeira, 2011).

Este tipo de comportamentos tem vindo a ser cada vez mais habitual, nomeadamente no grupo dos jovens, e alvo de vários estudos com o intuito de se compreender o que os desencadeia e realizar uma prevenção precoce. Estando este fenómeno entre as 10 principais causas de morte em sujeitos com menos de 25 anos e como a terceira principal causa de morte em adolescentes, muito devido aos jovens serem cada vez mais vulneráveis a este tipo de comportamentos, passou a ser considerado um grave problema de saúde pública com grandes impactos a nível social e familiar (Gonçalves, Freitas & Sequeira, 2011; Souza, Silva, Jansen, Kuhn, Horta & Pinheiro, 2009; Borges & Werlang, 2006; Teruel, Martínez & León, 2014). Nos países europeus, em particular, o suicídio tem sido considerado a segunda causa de morte mais frequente entre adolescentes, sendo que a primeira é atribuída aos acidentes rodoviários (Sampaio, Oliveira, Vinagre, Gouveia-Pereira, Santos & Ordaz, 2000). Contudo, é importante frisar que a passagem do estado de Ideação Suicida para a Tentativa de Suicídio ou para o Suicídio Consumado não ocorre sem fatores que o propiciem, nomeadamente os aspetos psicossociais (i.e. ansiedade, desesperança) (Gonçalves, Freitas & Sequeira, 2011; Teruel, Martínez & León, 2014).

De acordo com Stengel (1980), o comportamento suicida resulta da união de duas necessidades: a necessidade de causar danos a si próprio e a de se sentir amado e valorizado por aqueles que lhe são próximos. Sendo assim, mesmo que o suicídio possa aparentar ser um ato individual devido à sua vertente de isolamento, tem um lado interativo e inter-relacional. Na maioria dos casos, os sujeitos que pretendem atentar contra a sua vida, em algum momento transmitem essa sua intenção pois têm a esperança de serem salvos, algo que é corroborado por Santos (1998) que demonstra que mais de 50% dos sujeitos suicidas comunicam a sua intenção a um familiar ou outra pessoa que lhe seja próxima.

Embora no presente estudo o nosso interesse se prenda mais com a ideação suicida, a tarefa de a separar dos restantes comportamentos suicidas é dificultada pelo “silêncio” associado a este tipo de comportamento. Os pensamentos suicidas são geralmente silenciados por amigos e familiares (Laufer, 2000), levando a que só ganhem importância quando se transformam em algo mais grave (i.e. tentativa de suicídio). É muito comum a ideação suicida aparecer como

uma espécie de “apelo” ou “desafio”, nomeadamente nos adolescentes, no entanto, deve ser tida em conta e não desvalorizada, principalmente quando associada a ela estão outros fatores de risco (Sampaio, 1991).

4.1. Fatores de risco e Fatores protetores

Embora os Comportamentos Suicidas sejam bastante imprevisíveis, existem alguns fatores de risco que podem ser preditores do mesmo. Dentro dos fatores de risco mais mencionados na literatura temos: I) a existência de Psicopatologia (nomeadamente perturbações de humor - Borderline e Antissocial, perturbações relacionadas com consumo de substâncias, perturbações de personalidade e esquizofrenias); II) a Ideação Suicida (que se caracteriza por pensamentos suicidas que são frequentemente ocultados); III) o Histórico de Tentativas de Suicídio (aumenta o risco de suicídio, no primeiro ano após a tentativa de suicídio o risco de surgir um suicídio consumado é especialmente intenso); IV) a Desesperança e falta de um projeto de vida (o sujeito percebe-se como incapaz de solucionar os seus problemas, existe uma grande autocrítica e um baixo autoconceito e autoestima); V) os Quadros Ansiosos e de Stress (estes fatores estão associados a reações psíquicas intensas que tornam as pessoas mais suscetíveis e, por sua vez, prejudicam a sua habilidade para lidar com situações de vida adversas); VI) os Acontecimentos de Vida Negativos (relacionado com vivências negativas ou adversas na infância - i.e. separação dos pais, gravidez precoce, etc. - que se associam a problemas psicológicos na idade adulta, nomeadamente ideação e conduta suicidas); VII) a Falta de Suporte Familiar e Social (o isolamento social, físico e psicológico é um forte indicador de risco de suicídio); VIII) os Padrões de Vinculação Inseguros (quando existiram experiências traumáticas precoces que contribuíram para o aumento do risco suicida - i.e. vinculações inseguras, clima emocional negativo, cuidados parentais deficitários, etc.); e IX) a Disponibilidade do Método Suicida (geralmente a decisão de atentar contra a sua própria vida é feita pouco tempo antes de se consumir o ato, principalmente nos jovens devido à impulsividade, sendo assim quanto mais fácil for a disponibilidade do método, maior é o risco de o sujeito ir para a frente com esta decisão) (Gonçalves, Freitas & Sequeira, 2011).

Santos (2006) e Lai e Chang (2001), na mesma linha de estudo, vem acrescentar alguns fatores de risco para além dos já referidos acima como é o caso dos maus-tratos ou abuso na infância (tanto dos pais como dos filhos), das crenças culturais, das perdas significativas, da depressão, da baixa autoestima, do histórico familiar de suicídio, dos comportamentos suicidas

nos pares, do abuso de substâncias, da transmissão de traços de personalidade, dos problemas/conflitos familiares e da fraca performance escolar.

Por outro lado, temos também Fatores de Proteção contra os Comportamentos Suicidas nomeadamente: I) Estilos Cognitivos e Características de Personalidade (i.e. autoconfiança, capacidade para pedir ajuda, abertura a novas experiências e soluções, habilidade para conversar); II) Modelo Familiar (i.e. bom suporte familiar, padrões de vinculação seguros); III) Fatores Culturais e Sociais (i.e. adoção de valores e tradições, boas relações com os pares, integração social); IV) Fatores Ambientais (i.e. alimentação equilibrada, bom sono, luz solar, ambiente sem drogas, uso construtivo do tempo de lazer); V) Estratégias de “*Coping*” eficazes (i.e. na gestão do tempo e pressões do stress); VI) Existência de um projeto de vida realista (cujos objetivos sejam alcançáveis); VII) Satisfação com a vida; VIII) Religiosidade; e IX) Relação Terapêutica positiva (Gonçalves, Freitas e Sequeira, 2011). Outros fatores de proteção mencionados na literatura prendem-se com os serviços de saúde, suporte social e familiar, apoios comunitários e com a boa articulação entre serviços e crenças religiosas que não encorajam o suicídio (Santos, 2006).

Relativamente à questão da intervenção precoce, de modo a diminuir e prevenir os casos de suicídio, Souza, Silva, Jansen, Kuhn, Horta e Pinheiro (2009) e Sorenson e Rutter (1991) listaram um conjunto de aspetos/características associados à maioria dos sujeitos com ideação suicida: I) Pertencer ao sexo feminino, II) Ser solteiro, III) Consumir álcool e drogas ilícitas, IV) Apresentar sintomas depressivos e sintomatologia que indique transtornos de conduta e V) Histórico de Distúrbios mentais ou de Comportamentos Suicidas nos pais.

4.2. Comportamentos Suicidários na adolescência

Quando os sujeitos se encontram na adolescência, ainda não existe uma noção concreta e clara do conceito de morte, ou seja, de que esta é irreversível, tornando muito frequente que os jovens não fiquem surpreendidos quando sobrevivem a uma tentativa de suicídio. As tentativas de suicídio são assim vistas pelos adolescentes como a única alternativa para acabar com o sofrimento que estão a vivenciar (Laufer, 2000). Sendo assim, há uma idealização do ato suicida pelo adolescente, ou seja, quando o jovem comete suicídio, a dor que este estava a vivenciar acaba e dá lugar a um sentimento de “paz infinita”. Contudo, nem sempre estas decisões são tomadas de ânimo leve, existem situações em que o sujeito fica na dúvida até ao último minuto sobre se deve levar a cabo este tipo de ato ou não, esta indecisão deve-se a sentimentos de

ambivalência entre o “querer morrer” e a crença de que vai renascer uma pessoa diferente (Oliveira, Sampaio e Amâncio, 2001).

Ougrin et al. (2012, cit. por Cruz, Narciso, Muñoz, Pereira & Sampaio, 2013), verificou que existem diferenças entre o tipo de comportamentos destrutivos utilizados pelos adolescentes consoante a idade dos mesmos, isto é, enquanto os comportamentos suicidas estão mais associados a adolescentes mais velhos, os comportamentos de automutilação (sem intenção suicida) estão mais associados aos adolescentes mais novos. Também Sampaio, Oliveira, Vinagre, Gouveia-Pereira, Santos e Ordaz (2000), através de um estudo que tinha como objetivo perceber quais as representações sociais dos adolescentes face ao suicídio, demonstraram que estas representações variam consoante o género, a faixa etária, o ano de escolaridade, a região e a presença de ideação suicida nos adolescentes. Para além disto, foi possível através deste estudo, perceber quais os indicadores mais fortes para o suicídio na perspetiva dos adolescentes, sendo os mais mencionados os seguintes: a ausência de amigos, a disfunção familiar, o abuso de substâncias e a fuga dos problemas. Segundo os autores os comportamentos suicidas podem ser explicados com base em fatores Intra-individuais (i.e. problemas de personalidade, vergonha de si próprio), Interativos, Psicossociais (i.e. problemas na integração social) e Biológicos (i.e. doença mental ou incurável). No entanto, Wilkinson et al. (2011, cit. por Cruz, Narciso, Muñoz, Pereira & Sampaio, 2013) vieram demonstrar que independentemente dos fatores implicados na realização de comportamentos suicidas, é o Funcionamento Familiar que detém maior peso/influência na prática destes comportamentos.

4.3. Família, Transgeracionalidade e os Comportamentos Suicidários

A violência dentro de uma família é na maioria das vezes vivida em segredo e pode ser causada por diversos fatores: má comunicação, mecanismos de defesa específicos, baixa autoestima, dificuldades nos limites, isolamento social e silêncio. Sendo assim, quando uma determinada família sempre experienciou um percurso de violência, vai percecionar este tipo de padrões de comportamento como algo natural nas relações (aprendizagem através de relações abusivas), levando a que determinados aspetos do meio familiar passem de geração em geração deturpando as perceções e vivências dos sujeitos (não permite que este tome decisões por si mesmo) (Duque & Santos, 2010). Segundo Lai e Chang (2001), quanto maior for o nível de conflito e instabilidade dentro da família, menor é a capacidade do sujeito

conseguir desenvolver estratégias de *Coping* adequadas à situação que, por sua vez, fazem com que o suicídio seja visto como a única alternativa.

Segundo Eiguer (1998, cit. por Almeida, 2010), as representações que são transmitidas entre gerações vão condicionar a escolha de objetos dos sujeitos, como o tipo de família que querem formar e a educação que consideram como um ideal familiar. Sendo assim, e tendo em conta a importância e influência que a família tem na vida e escolhas do sujeito, podemos inferir que a história de uma determinada família, bem como os distúrbios mentais presentes na mesma, podem ser vistos como fatores de risco que promovem pensamentos e ações suicidas em diferentes membros de uma mesma família (Brent, Oquendo, Birmaher, Greenhill, Kolko, Stanley, Zelazny, Brosky, Melhem, Ellis & Mann, 2004; Brent & Melhem, 2008). O histórico de suicídio produz assim uma maior vulnerabilidade para a repetição do comportamento suicida, levando-nos a perceber este tipo de comportamento como sendo transgeracional (Araújo, Vieira & Coutinho, 2010). Também Sorensen, Mortensen, Wang, Silverton e Mednick (2009), afirmam que o risco de suicídio em adolescentes está fortemente associado ao histórico de suicídio parental, sendo este considerado um fator de risco independentemente da hospitalização, do estatuto social ou dos traços de personalidade herdados (i.e. impulsividade, comportamentos agressivos, etc.). No entanto, é importante frisar que o suicídio materno está associado a um risco de suicídio ligeiramente superior ao paterno e que a transmissão familiar de comportamentos suicidas é ligeiramente superior em sujeitos do sexo feminino. Estes resultados são corroborados pelo estudo de Lai e Chang (2001) que encontraram uma associação positiva entre a ideação suicida e um elevado controlo por parte da mãe, reduzida afetividade por parte de ambos os pais, práticas de educação negativas e um ambiente familiar negativo.

Aproximadamente uma em cada quatro pessoas que cometeram uma tentativa de suicídio reportaram ter um histórico familiar de suicídio, e aproximadamente uma em cada quinze pessoas têm conhecimento de um membro da família que fez uma tentativa de suicídio. Isto demonstra que quando uma família é sujeita a este tipo de situações, é muito provável que um outro sujeito membro da família faça uma identificação patológica com o sujeito suicida, aumentando assim o risco de um futuro suicídio dentro da mesma família (Sorensen & Rutter, 1991). Esta situação pode agravar-se quando o adolescente presencia uma história de suicídio de um familiar ou conhecido, pois pode levar a que este tipo de comportamento suicidário seja aprendido pelo sujeito como uma forma de resolver os conflitos, propiciando a transgeracionalidade dos comportamentos suicidários (Braga & Dell'Aglio, 2013). Sendo

assim, seria pertinente que a prevenção não se centrasse apenas em sujeitos que já tentaram suicidar-se mas também em sujeitos em que haja uma história familiar de suicídio (Sorenson & Rutter, 1991).

Segundo Lau (1994, cit. por Lai & Chang, 2001), 60% dos casos de suicídio estão associados a problemas familiares que se prolongam no tempo ou a uma ligação emocional e/ou comunicação inadequada. Isto porque, segundo o autor, quando há uma ausência de suporte parental e uma comunicação desadequada, os adolescentes não conseguem perceber como devem lidar com determinados problemas, levando-os a vivenciar sentimentos de desespero, desamparo e de desvalorização. Tendo isto em conta, Lai e Chang (2001), listam alguns dos fatores relacionados com a relação familiar mais mencionados pela literatura como propiciadores da ideação suicida nos adolescentes: I) pais que adotam um estilo parental autoritário, II) Falta de “calor” parental, III) controlo maternal excessivo, IV) práticas parentais negativas, e V) clima familiar negativo.

Sampaio, Oliveira, Vinagre, Gouveia-Pereira, Santos e Ordaz (2000) e Sampaio (2002, cit. por Sousa, Machado & Branco, 2008), afirmam que o suicídio se deve a um triplo fracasso - individual, familiar e social - sendo que nesta etapa do desenvolvimento a ênfase está nas vertentes familiar e individual. Sendo assim, este fracasso nas tarefas de desenvolvimento, devido a um conflito extremo, vai impedir o adolescente de ter uma trajetória de desenvolvimento normal, surgindo os comportamentos suicidários como um ato de alívio (colocam em cheque a auto-preservação e a sobrevivência). Este ataque ao corpo vai assim tomar um duplo sentido, isto é, é um ataque contra um corpo em mudança e contra as figuras cuidadoras que não foram capazes de lhe transmitir a segurança necessária para que pudesse explorar o meio e ter um desenvolvimento adequado. Com este tipo de comportamento suicida, os sujeitos acreditam que vão conseguir alterar a sua vida, provocar uma rutura e renascerem uma pessoa diferente (Stretch, 2005, cit. por Sousa, Machado & Branco, 2008). Tendo isto em mente, podemos inferir que quando há negligência, isolamento social e/ou dissolução de relações significativas para o adolescente, a probabilidade de este adotar comportamentos suicidas é elevada (Lai & Chang, 2001).

Também Cruz, Narciso, Muñoz, Pereira e Sampaio (2013), através dos seus estudos afirmam que parece haver uma associação entre os comportamentos suicidas em adolescentes e uma perceção negativa das relações familiares (i.e. vinculações inseguras, estilos parentais vistos como negativos, etc.), bem como com a rejeição e controlo parental. Todos estes fatores

relativos à relação com a figura parental vão diminuir a saúde mental do adolescente (i.e. baixa autoestima, desesperança, dificuldades de relacionamento) e promover os comportamentos exteriorizados (i.e. delinquência, abuso de substâncias), os comportamentos autodestrutivos (automutilação ou autoinjúria) e os comportamentos suicidas (i.e. ideação suicida e tentativas de suicídio). Por outro lado, uma vinculação parental segura, ou seja, que é focada nos laços emocionais, está associada com trajetórias de desenvolvimento adequadas e bem-sucedidas, levando a uma boa saúde mental, um bom autoconceito e uma boa autoestima.

Randell et al. (2006, cit. por Cruz, Narciso, Muñoz, Pereira & Sampaio, 2013), através do seu estudo revelam que os adolescentes que se encontram numa situação de risco de suicídio diferem dos restantes adolescentes no que diz respeito: aos conflitos familiares, à perceção das capacidades da família (vista como sendo incapaz para alcançar um objetivo), à perceção da coesão (vêm a família como pouco coesa) e ao nível de afeto negativo elevado. Algo corroborado por Fotti, Katz, Afifi e Cox (2006), que acrescentam que uma relação pobre com os pais está positivamente associada aos comportamentos suicidas, em ambos os géneros (embora tenha mais impacto nas raparigas devido ao seu maior envolvimento nas relações).

4.4. Suporte social e Ideação Suicida

É muito comum na adolescência os jovens suicidas evitarem procurar ajuda (processo de negação de ajuda), algo que em nada os beneficia pois embora alguns estudos tenham afirmado que a mera perceção de suporte social tem efeitos benéficos na saúde e os protege contra os comportamentos suicidas, estudos recentes vieram demonstrar que este efeito de proteção do suporte social é mediado em parte pelo facto dos sujeitos utilizarem ou não esse suporte de que beneficiam. Sendo assim, o Suporte Social atua como por ser uma espécie de “barreira anti-suicídio” da ideação suicida (reduz a probabilidade do surgimento deste comportamento), que proporciona benefícios adicionais aos sujeitos que usufruem deste tipo de apoio (receber feedback dos outros, obter mais recursos para a resolução de problemas, ficar expostos a eventos positivos e assegurar a presença de sujeitos na vida do indivíduo que podem parar este tipo de comportamentos fisicamente). É através desta perceção e utilização do Suporte Social que se vai originar um aumento da autoestima do sujeito e, conseqüentemente, uma redução da probabilidade de surgir Ideação Suicida (Kleiman & Riskind, 2013; Kleiman, Riskind, Schaefer & Weingarden, 2012).

Quando os adolescentes têm uma alta percepção de suporte social, têm menos probabilidades de vivenciarem sentimentos de solidão, muito associados aos comportamentos de risco (i.e. comportamentos suicidas, comportamentos delinquentes) e às perturbações psicopatológicas (i.e. depressão). A família e o meio envolvente influenciam a forma como o jovem percebe o mundo e a forma como este expressa as suas emoções, logo, é natural que um sujeito que não se sinta amado pela sua família procure um suporte exterior ao meio familiar, nomeadamente o suporte dos pares ou professores (Arslam, 2009). Também Jameson e Barton (2011), se debruçam sobre os diversos fatores de risco que podem propiciar os comportamentos suicidas, acrescentando que a influência dos fatores de risco pode ser diminuída através do suporte da família, amigos, companheiros e instituições. Quando o suporte social é alcançável e há uma redução das trocas sociais negativas, a probabilidade dos adolescentes e jovens adultos terem ideação suicida ou realizarem comportamentos suicidas diminui significativamente.

Segundo o modelo de Joiner's (s.d., cit. por Kleiman, Riskind, Schaefer & Weingarden, 2012), existem três fatores que aumentam o risco de ideação suicida: I) Percepção de falta de pertença (não se sente conectado a um grupo), II) Sentimento de ser um fardo para os outros, e III) Tolerância à dor. Tendo isto em mente, Kleiman, Riskind, Schaefer e Weingarden (2012), afirmam que os programas de prevenção do suicídio deviam focar-se no aumento de fatores externos que “abafam” os fatores de risco (i.e. suporte social) e não nas características internas dos sujeitos (i.e. impulsividade, depressão, entre outros). Também Braga e Dell’Aglío (2013), suportam esta ideia defendendo que o suporte social e familiar é um fator crucial na prevenção dos pensamentos e comportamentos suicidários, pois serve como “amortecedor” contra os eventos de vida negativos.

Tendo em conta os fatores referidos como sendo os principais impulsionadores para a prática de comportamentos suicidas, Prinstein, Boergers, Spirito, Little, e Grapentine (2000), vieram demonstrar que a gravidade da Ideação Suicida tem uma associação direta com os conflitos na relação com os pares (i.e. rejeição por parte dos pares e baixos níveis de suporte referente à amizade), ou seja, quanto mais conflituosa for a relação com os amigos, maior é a probabilidade de haver Ideação Suicida. Por outro lado, Fotti, Katz, Afifi e Cox (2006), vieram refutar isto, afirmando que a relação com os pares apenas está correlacionada com a Ideação Suicida e as Tentativas de Suicídio no grupo das raparigas, pois o impacto das relações com os pares difere entre géneros. No entanto, no que diz respeito às trocas sociais com a família, estas estão fortemente associadas à Ideação Suicida, ou seja, quando as relações familiares são pobres, surgem níveis mais elevados de Ideação Suicida e Tentativas de Suicídio (Bertera,

2007; Fotti, Katz, Afifi & Cox 2006; Prinstein et al., 2000). Também Pinto (2010), se debruça sobre esta temática e acrescenta que o suporte familiar não só é um fator de proteção contra os comportamentos suicidas, como permite que o processo de separação-individuação (diferenciação do adolescente em relação à sua infância e ao contexto familiar) ocorra sem rupturas.

5. Objetivo e Hipóteses do estudo

Dado que atualmente os Comportamentos Suicidas têm sido alvo de várias investigações, principalmente devido a terem aumentado exponencialmente o número de casos e serem considerados um grave problema de saúde pública (Gonçalves, Freitas & Sequeira, 2011), torna-se pertinente focarmo-nos neste tipo de comportamento, nomeadamente na ideação suicida. Através deste estudo, espera-se que seja possível compreender as dimensões que influenciam este tipo de comportamento, de modo a que se possa fazer uma prevenção e intervenção cada vez mais precoce.

Um dos primeiros fatores associados à Ideação suicida é o contexto familiar (funcionamento familiar, histórico de patologias, traumas, etc.). Segundo Cruz, Narciso, Munõz e Sampaio (2013), existe uma associação entre os comportamentos suicidas e as relações familiares negativas, isto pode ser justificado pela fase do desenvolvimento em que os nossos sujeitos se encontram, fase esta onde a vertente familiar é a que detém maior impacto na vida dos mesmos. Como tal, quando existem problemas no seio familiar vão prejudicar a saúde mental do adolescente e promover comportamentos de risco. É associado a isto que surge a Transgeracionalidade, tomando a família como tendo um papel central na vida dos sujeitos, Sorenson e Rutter (1991), afirmam que estes sistemas vão criar padrões de comportamento, positivos ou negativos, que tendem a repetir-se ao longo de gerações. Ou seja, se um sistema familiar adota um determinado comportamento suicida, nomeadamente a Ideação Suicida, pode começar a transmiti-lo inconscientemente ao longo de gerações. Sendo assim, o Funcionamento Familiar não só atua como fator protetor, como as suas características e padrões de comportamento vão influenciar os comportamentos das futuras gerações. Através destas premissas construímos a nossa primeira hipótese que se prende com o facto de a Ideação Suicida ser um padrão de comportamento que é transmitido ao longo de gerações, isto é, espera-se que exista uma relação positiva entre a Ideação Suicida dos pais e dos filhos.

Segundo Gouveia-Pereira, Abreu & Martins (2014), o tipo de Funcionamento de um sistema familiar vai influenciar o surgimento ou não de comportamentos suicidas nos adolescentes. Sendo assim, os adolescentes pertencentes a famílias percecionadas como disfuncionais têm níveis mais elevados de Ideação Suicida, comparativamente aos adolescentes inseridos em famílias funcionais. Strecht (2005, cit. por Sousa, Machado & Branco, 2008)

afirma que este tipo de comportamentos podem ter uma dupla função, ou seja, serem utilizados como forma de chamar à atenção das figuras cuidadoras e, simultaneamente, atacá-las pelo mau desempenho ao nível da prestação de cuidados. Ainda dentro do tópico do Funcionamento Familiar surge a Comunicação. Segundo Lau (1994, cit. por Lai & Chang, 2001), a comunicação é um aspeto crucial no sistema familiar, pois quando a comunicação entre pais e filhos é desadequada, os adolescentes tendem a sentir-se desamparados, desvalorizados e desorientados relativamente a determinadas situações. Sendo assim, através do surgimento destes sentimentos negativos, vai propiciar-se o aparecimento de comportamentos suicidas, como é o caso da Ideação Suicida. De acordo com estas premissas surge a nossa segunda hipótese onde se espera que, quanto melhor o Funcionamento Familiar e maior a Comunicação, menor a probabilidade de surgir Ideação Suicida.

Um outro fator apontado pela literatura como estando associado à Ideação Suicida é o Suporte Social (i.e. Kleiman & Riskind, 2013; Kleiman, Riskin, Schaefer & Weingarden, 2012; Arslam, 2009; Braga & Dell’Aglia, 2013). Segundo a literatura (Kleiman & Riskind, 2013; Kleiman, Riskin, Schaefer & Weingarden, 2012), um bom Suporte Social traz diversos benefícios para a vida dos adolescentes, nomeadamente sentir que tem alguém com quem contar, que lhe proporcione feedback e recursos para a resolução de determinados problemas, bem como alguém com quem possa partilhar situações negativas e experienciar eventos positivos. Sendo assim, o Suporte Social atua como uma barreira contra o suicídio, pois além de proporcionar ao sujeito o apoio que necessita em momentos negativos ou traumáticos, permite ainda que exista alguém na vida do adolescente que não facilite o surgimento deste tipo de comportamentos. Tendo em mente que tanto o Funcionamento Familiar como o Suporte Social são percecionados como fatores de proteção contra a Ideação Suicida, surgiu a nossa terceira: quanto maior a perceção do Suporte Social e melhor o Funcionamento Familiar, menor será a probabilidade do surgimento de Ideação Suicida. Ainda na mesma linha condutora, Randell et al. (2006, cit. por Cruz, Narciso, Muñoz, Pereira & Sampaio, 2013) e Pinto (2010) afirmam que são os problemas a nível da Coesão e da perceção de Suporte Familiar que mais influenciam a Ideação Suicida dos adolescentes. Tendo isto em conta, surge a nossa quarta e última hipótese: Relativamente às dimensões do Funcionamento Familiar (Flexibilidade e Coesão) e do Suporte Social (Suporte Familiar, dos amigos, dos professores e das pessoas no geral), são a Coesão e o Suporte Familiar que têm maior impacto na Ideação Suicida dos adolescentes.

Método

1. Participantes

Participaram neste estudo um total de 124 jovens de duas escolas públicas e uma escola semiprivada da área da Grande Lisboa e 202 adultos, pais dos adolescentes inquiridos. Os adolescentes da amostra apresentavam idades compreendidas entre os 14 e os 20 anos ($M=16.06$; $SD=1,542$), sendo 31.5% do sexo masculino e 68.5% do sexo feminino (ver tabela 1).

Tabela 1. *Distribuição da amostra de adolescentes segundo a Idade e o Género.*

Idade	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
14	8	8	16
15	11	23	34
16	9	28	37
17	4	14	18
18	4	6	10
19	0	1	1
20	3	5	8
Total	39	85	124

O instrumento foi aplicado tanto a turmas do ensino regular como do ensino profissional, em três escolas do concelho de Cascais. Dos adolescentes inquiridos 4% frequentavam o 8º ano, 24.2% o 9º ano, 41.1% o 10º ano, 21% o 11º ano e 9.7% o 12º ano (ver tabela 2).

Tabela 2. *Frequência dos Anos de Escolaridade da amostra dos adolescentes por Género.*

Ano de escolaridade	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
8º ano	2	3	5
9º ano	11	19	30
10º ano	12	39	51
11º ano	10	16	26
12º ano	4	8	12
Total	39	85	124

Relativamente à nacionalidade surge alguma variedade, mas as mais significativas são a Portuguesa (N= 113, 91.1%) e a Brasileira (N= 5, 4%). Por último, em relação à variável irmãos, dos 124 adolescentes, 83.9% tem irmãos e apenas 14.5% não têm irmãos, sendo que os que afirmam ter irmãos, são na sua maioria ou o irmão mais novo (39.5%), ou o irmão mais velho (35.5%).

Debruçando-nos na amostra dos adultos, os participantes inquiridos apresentam idades compreendidas entre os 29 e os 68 anos (M= 47, SD= 6.57), sendo 41.6% do sexo masculino e 58.4% do sexo feminino (ver tabela 3).

Tabela 3. *Distribuição da amostra de adultos segundo a Idade e o Género.*

Idade	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
29-33	3	2	5
34-38	3	9	12
39-43	8	27	35
44-49	34	51	85
50-55	23	20	43
56-60	11	4	15
61-66	0	2	2
67-71	3	0	3
Total	85	115	200
Ausentes	2		

Em relação à nacionalidade, tal como na amostra de adolescentes, as mais frequentes são a portuguesa (82.6%) e a brasileira (92.6%). No que diz respeito aos irmãos, dos 202 adultos 83.7% têm irmãos e apenas 16.3% não têm irmãos. Por fim, no que diz respeito ao estado civil dos sujeitos, dos 202 participantes, 77.7% são casados, 10.4% são divorciados e os restantes são solteiros ou vivem em união de facto (ver tabela 4).

Tabela 4. *Distribuição da amostra dos adultos segundo o Estado Civil e o Género.*

Estado civil dos pais	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Solteiro(a)	1	9	10
Casado(a)	73	82	155
Divorciado(a)	7	14	21
Viúvo(a)	0	1	1
Em união de facto	5	10	15
Total	86	116	202

Por último, quando questionados acerca do conhecimento de tentativas de suicídio, tanto na amostra dos adolescentes como na dos adultos, a maioria dos sujeitos responde que não tem conhecimento de tentativas de suicídio (N= 124, 72.6% e N=148, 73.3%, respetivamente). No entanto, 27.4% dos adolescentes e 26.2% dos adultos, afirmam ter conhecimento de tentativas de suicídio, aparecendo com maior frequência em ambas as amostras as tentativas de suicídio de amigos (18.5% e 6.4% respetivamente) e família (5.6% e 7.9% respetivamente).

2. Instrumentos

2.1. *Escala de Coesão e Flexibilidade Familiar (FACES IV)*

A escala de Coesão e Flexibilidade Familiar foi adaptada e validada por Gouveia-Pereira Gomes, Miranda, & Peixoto (2015) para a população portuguesa adulta e está em processo de validação para a população adolescente. Sendo assim, o FACES IV para a população portuguesa de adolescentes é composto por 42 itens e para a população portuguesa de adultos é composto por 28 itens, ambas as versões permitem-nos avaliar duas dimensões centrais: (a) a coesão familiar e (b) a flexibilidade familiar. Estas duas dimensões dividem-se por sua vez em

seis subescalas: duas subescalas permitem aceder aos níveis equilibrados de coesão e flexibilidade familiar, isto é, uma subescala relativa à Coesão Equilibrada (i.e. “Os membros da minha família apoiam-se uns aos outros durante tempos difíceis”) e uma subescala relativa à Flexibilidade Equilibrada (i.e. “Na nossa família a disciplina/regras são justas”); as outras quatro subescalas acedem aos níveis desequilibrados, isto é, uma subescala relativa à Coesão Desagregada (i.e. “Os membros da minha família parecem evitar o contacto uns com os outros quando estão em casa”) e uma subescala relativa à Coesão Aglutinada (i.e. “Os membros da minha família são demasiado dependentes uns dos outros”), bem como uma subescala relativa à Flexibilidade Rígida (i.e. “Existem consequências claras quando um membro da minha família faz alguma coisa errada”) e uma subescala relativa à Flexibilidade Caótica (i.e. “É difícil saber quem é o líder da nossa família”).

Após esses 42 itens, aparece a escala de Comunicação Familiar adaptada da *Parent Adolescent Communication Scale* (Barnes & Olson, 1989, cit. por Olson, 2011), composta por 10 itens (i.e. “Os membros da minha família discutem as suas ideias e crenças uns com os outros”). Todas as respostas foram dadas numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (1=Discordo Fortemente e 5=Concordo Fortemente).

No presente estudo, e relativamente à amostra de adolescentes, a escala FACES IV obteve um Alfa de Cronbach bastante elevado (.863), demonstrando que a escala tem uma boa consistência interna (ver tabela 5). O mesmo ocorre na amostra dos adultos onde a escala FACES IV obteve igualmente um Alfa de Cronbach bastante elevado (.903) (ver tabela 6).

Tabela 5. *Análise de Fidelidade das subescalas do FACES IV adaptado para a população portuguesa de adolescentes.*

FACES IV	Média	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach
Coesão Equilibrada	3,882	,629	.816
Flexibilidade Equilibrada	3,632	,567	.688
Funcionamento Familiar	3,154	,327	.863
Comunicação	3,703	,731	.901

Tabela 6. *Análise de Fidelidade das subescalas do FACES IV adaptado para a população portuguesa de adultos.*

FACES IV	Média	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach
Coesão Equilibrada	4,056	,571	.804
Flexibilidade Equilibrada	3,906	,523	.623
Funcionamento Familiar	3,338	,359	.903
Comunicação	3,791	,577	.900

Segundo Olson (2011), quando os dados recolhidos se destinam a uma investigação empírica, devem ser analisados através da transformação dos valores “brutos” em dados percentílicos ou em rácios (ver figura 1). A transformação dos valores em rácios vai permitir a comparação dos valores funcionais com a dos valores disfuncionais de cada sistema familiar. Sendo assim, podem ser criados três Rácios: Rácio da Coesão familiar, Rácio da Flexibilidade e o Rácio do Funcionamento Familiar. Centrando-nos agora no Rácio do funcionamento Familiar, podemos inferir que quanto mais acima de 1 for o resultado do Rácio, mais equilibrado é o sistema familiar, logo, por consequente, quanto mais abaixo de 1 for o resultado do Rácio, mais desequilibrado é o sistema familiar.

Figura 1. *Fórmulas para Obtenção dos Rácios do Modelo Circumplexo.*

$$\text{Rácio de Coesão} = \frac{\text{Coesão Equilibrada}}{2} / \frac{(\text{C. Desagregada} + \text{C. Aglutinada})}{2}$$

$$\text{Rácio de Flexibilidade} = \frac{\text{Flexibilidade Equilibrada}}{2} / \frac{(\text{F. Rígida} + \text{F. Caótica})}{2}$$

$$\text{Rácio do Funcionamento Familiar} = \frac{\text{Rácio de Coesão} + \text{Rácio de Flexibilidade}}{2}$$

2.2. *Questionário de Ideação Suicida*

O Questionário de Ideação Suicida é um instrumento de autopreenchimento inicialmente desenvolvido por Reynolds (1988), que permite avaliar o grau de gravidade dos pensamentos suicidas em adolescentes e adultos. A versão utilizada foi a de Ferreira e Castela (1999), aferida e validada para a população portuguesa. Relativamente a esta versão, encontrou-se ao nível da consistência interna um alfa de Cronbach de .96. O instrumento é constituído por 30 itens, com uma escala de resposta tipo Likert de 7 pontos, que varia entre 1= “o pensamento nunca ocorreu” e 7 = “o pensamento ocorreu sempre”.

No presente estudo, inicialmente realizou-se a análise psicométrica da escala em ambas as amostras (adultos e adolescentes), demonstrando que esta detém uma ótima consistência interna. No entanto, o valor do Alfa de Cronbach apresenta-se ligeiramente superior na amostra dos adolescentes (.975) face à amostra dos adultos (.934) (ver tabela 7).

Tabela 7. *Análise de Fidelidade do Questionário de Ideação Suicida.*

Ideação Suicida	Média	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach
Adolescentes	1,7409	1,10719	.975
Adultos	1,2516	,42606	.934

2.3. *Escala Social Support Appraisals (SSA)*

A escala Social Support Appraisals (SSA) foi construída inicialmente por Vaux e seus colaboradores (1986) e, mais tarde, adaptada para a população portuguesa por Antunes (1994). Após essa adaptação procedeu-se a uma nova versão realizada por Antunes e Fontaine (2005), versão essa que é a utilizada neste estudo. Este instrumento tem como objetivo, avaliar a percepção que os adolescentes têm do suporte social oferecido por diferentes grupos sociais e é constituído por 30 itens. Sendo assim, apenas foi aplicado ao grupo de adolescentes. A escala divide-se em quatro subescalas: Percepção de Suporte por parte das Pessoas em Geral (8 itens), por parte da Família (8 itens), por parte dos Amigos (7 itens) e por parte dos Professores (7

itens). Cada item apresenta afirmações nas quais os adolescentes devem expressar o seu grau de concordância, numa escala de tipo Lickert de 6 pontos, que varia entre o 1= “discordo totalmente” e o 6= “concordo totalmente”.

No presente estudo, inicialmente procedeu-se à inversão de 7 itens colocados na negativa (item 4, 11, 18, 22, 28, 29 e 30). De seguida procedeu-se à análise das qualidades psicométricas do instrumento que apresentou um Alfa de Cronbach de .925, revelando uma boa consistência interna (ver tabela 8).

Tabela 8. *Análise de Fidelidade das subescalas do instrumento SSA no grupo de adolescentes.*

Subescalas da SSA	Média	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach
Suporte Familiar	4,3961	1,22700	.917
Suporte dos amigos	4,6313	1,24237	.892
Suporte dos professores	3,9194	1,19247	.902
Suporte das pessoas no geral	4,2387	1,30884	.785
Suporte Social Total	4,5836	,66321	.925

3. Procedimento

Tendo em vista a recolha de dados numa amostra de adolescentes, tornou-se claro que esta tarefa seria mais bem-sucedida se fosse executada em contexto escolar. Sendo assim, estabeleceu-se contacto pessoal com as entidades responsáveis por cada estabelecimento de ensino, de modo a delinear qual a melhor forma de se proceder à recolha dos dados, bem como para fornecer informações acerca dos objetivos do estudo, instrumentos a utilizar e amostra pretendida (ver anexo B). Foram redigidas autorizações para os Encarregados de Educação, com o objetivo de estes poderem autorizar ou não os filhos a participar no estudo e para que ficassem a par de algumas informações sobre o mesmo (i.e. duração, confidencialidade e anonimato) (ver anexo A). Posteriormente, agendou-se com a direção de cada escola, o dia e hora para se proceder à recolha dos dados.

Depois de todos os processos burocráticos regularizados, procedeu-se à recolha dos dados. Em duas das escolas, a recolha deu-se no contexto de sala-de-aula, no entanto, na terceira

escola, este processo ocorreu através de uma banca montada para o efeito, devido à carga horária apertada dos alunos.

Antes da distribuição dos questionários pelos adolescentes, foram facultadas algumas informações acerca do estudo, nas quais constava o anonimato e confidencialidade dos sujeitos inquiridos, instruções acerca do preenchimento do instrumento e acerca dos envelopes que iriam levar para que os pais também pudessem participar no estudo (que continham o mesmo conjunto de escalas). Foi combinado com os adolescentes um dia específico para que devolvessem os envelopes dos pais preenchidos, enfatizando que todas as respostas dadas iriam permanecer no anonimato e confidenciais e que não haviam resposta certas ou erradas, logo, só teriam que responder com o máximo de sinceridade possível para podermos ficar a par das suas opiniões.

Depois de todas as dúvidas esclarecidas, iniciou-se então o preenchimento dos questionários, constituídos por uma folha de rosto onde se explicava sucintamente o objetivo do estudo e se pedia que assinalassem com uma cruz (X), se queriam ou não participar no estudo (ver anexo C). Na página seguinte à folha de rosto vinha o FACES IV, seguido da *Escala Social Support Appraisals* (SSA), do *Questionário de Ideação Suicida* e de um pequeno questionário sociodemográfico (ver anexo D e E).

Os questionários iam sendo recolhidos à medida que os sujeitos terminavam o seu preenchimento. No fim da recolha dos questionários, esclareciam-se eventuais dúvidas acerca do instrumento, despedíamos-nos agradecendo novamente a disponibilidade para participarem no estudo, lembrando os adolescentes para que não se esquecessem de entregar os envelopes no prazo combinado.

3.1. Procedimento Estatístico

Após a recolha dos questionários, procedeu-se à codificação dos sujeitos individualmente e por famílias. Esta codificação permite-nos realizar comparações entre membros da mesma família. As respostas foram inseridas na versão 22 do *software* IBM SPSS. Como a amostra em estudo era composta por mais de 30 sujeitos, não foi necessária a verificação dos pressupostos para a aplicação dos testes paramétricos. No processo de inserção dos dados, foram criadas três bases de dados, uma referente a adolescentes (N= 124), uma segunda constituída pelas mães (N=116) e uma terceira constituída apenas por pais (N= 86).

Resultados

Antes de iniciarmos a análise dos resultados, é importante esclarecer a forma como foram operacionalizados os dados obtidos através da escala FACES IV e frisar que a análise estatística apresentada ao longo desta tese foi realizada através do *software* SPSS Statistics (v. 22) e que, para todos os testes de hipóteses do estudo, foi considerada uma probabilidade de erro de tipo I, $\alpha = 0.05$.

1. Resultados em estudo

Iniciou-se uma análise descritiva dos dados recolhidos, na qual nos debruçamos sobre a ideação suicida. Verificou-se que é no grupo dos adolescentes que existe um maior número de sujeitos com Ideação Suicida (82.3%). No entanto, o grupo de adultos do sexo feminino (mães) e o grupo de adultos do sexo masculino (pais) também apresentam um elevado número de sujeitos com Ideação Suicida (69.8% e 68.6% respetivamente) (ver tabela 9).

Tabela 9. *Frequência da ideação suicida em cada grupo de sujeitos da amostra.*

		Sujeitos		
		Filhos	Mães	Pais
Ideação suicida	Não	22	32	26
	Sim	102	81	59
	Total	124	113	85

De seguida, procedeu-se a uma análise de comparação entre a Ideação Suicida e o Suporte Social. No grupo dos adolescentes, podemos observar que 16.3% apresentam ideação suicida mas consideram não ter um suporte social adequado, 65.9% apresentam ideação suicida e consideram ter um suporte social adequado, 1.6% não apresentam ideação suicida e consideram não ter um suporte social adequado e 16.3% não apresentam ideação suicida mas afirmam ter um suporte social adequado. É importante frisar que nesta análise estamos a olhar para o Suporte Social Geral e não a destringer entre tipos de suporte (i.e. Suporte Familiar, Suporte dos amigos, etc.) (ver tabela 10).

Tabela 10. *Comparação entre adolescentes que têm ou não ideação com a percepção de suporte social.*

		Ideação Suicida		
		Não	Sim	Total
Suporte Social	Não	2	20	22
	Sim	20	81	101
	Total	22	101	123

Posteriormente, e com o objetivo de verificarmos a existência da Transgeracionalidade da Ideação Suicida, cruzou-se a dimensão Família (N=124) com a dimensão Ideação Suicida. De acordo com a tabela 11, podemos observar que das 124 famílias pertencentes à amostra, 30.6% apresentam ideação suicida em todos os membros do agregado, 64.5% apresentam ideação suicida em pelo menos um dos membros do agregado (sendo que a maioria tem dois membros com Ideação suicida) e em apenas 4.8% das famílias nenhum dos membros do agregado apresenta ideação suicida (ver tabela 11). Isto permite-nos inferir que a ideação suicida pode ser um padrão de comportamento que passa de geração em geração. No entanto, é importante frisar que estas análises se baseiam em frequências e, por isso, não asseguram que estes resultados sejam estatisticamente significativos. Sendo assim, procedeu-se a análise de correlações e ANOVAS One-way que nos permitissem retirar resultados mais fidedignos.

Tabela 11. *Comparação entre famílias relativamente à existência ideação.*

Famílias*Ideação Suicida	
Todos os membros com ideação suicida	38
Com pelo menos um membro com ideação suicida	80
Sem ideação suicida	6
Total	124

Tendo em mente que o foco deste estudo se prende com a Transgeracionalidade, tornou-se pertinente perceber se existia uma relação entre as Ideações Suicidas dos membros do agregado, bem como compreender quais as variáveis do estudo que se correlacionam entre diferentes membros do agregado e que tipo de correlações se estabelecem entre elas (Positiva vs. Negativa). Sendo assim, através de uma matriz correlacional que engloba todas as variáveis em estudo, podemos compreender qual o impacto de certas dimensões nos membros de uma mesma família. Seguidamente, e como a variável Suporte Social apenas é analisada na amostra de adolescentes devido às características da escala, far-se-á uma matriz correlacional referente apenas a este grupo etário, de modo a compreender como é que o Suporte Social se relaciona com as restantes variáveis.

Para responder à nossa primeira hipótese realizou-se uma Matriz Correlacional composta pela Ideação Suicida dos três membros do Agregado Familiar, com o objetivo de verificar se existe uma relação entre as três Ideações Suicidas. Os resultados demonstram que a Ideação Suicida dos adolescentes estabelece uma correlação positiva e estatisticamente significativa com a Ideação Suicida de ambos os progenitores, embora a relação com a Ideação Suicida das mães adote valores mais elevados. Relativamente à Ideação Suicida dos progenitores, observa-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a Ideação Suicida dos pais e a Ideação Suicida das mães (ver tabela 12).

Tabela 12. *Matriz Correlacional entre os membros do agregado familiar (filho, mãe e pai) face à Ideação Suicida.*

	I	II	III
I. Ideação Suicida Filhos	-		
II. Ideação Suicida Mães	,306**	-	
III. Ideação Suicida Pais	,275*	,474**	-

Posteriormente, com o propósito de analisar se existiam diferenças significativas entre os membros do agregado familiar face à Ideação Suicida (filho, mãe e pai), realizou-se uma ANOVA One-Way. Os resultados da ANOVA One-Way demonstram que existem diferenças significativas entre os três grupos da amostra relativamente à Ideação Suicida ($z= 18,590$; $p=.000$). O Teste Post-Hoc (Tukey) mostra que existe um maior grau de Ideação Suicida nos

filhos ($M= 1.85$; $DP= 1.15$), do que nas mães ($M= 1.25$; $DP= .41$) e do que nos pais ($M= 1.30$; $DP= .66$). As diferenças apenas se apresentam significativas entre os filhos e os progenitores ($p=.000$), não se verificando diferenças significativas entre o casal ($p= n.s.$).

Através destes resultados podemos inferir que a Ideação suicida é algo que pode ser transmitido de geração em geração (Trangeracionalidade), já que embora haja um maior nível de Ideação Suicida nos filhos, tanto os progenitores como a sua prole apresentam Ideação Suicida.

De seguida, para analisar a nossa segunda hipótese, realizou-se uma Matriz Correlacional entre membros do agregado familiar (filhos, mães e pais), composta por cinco variáveis: Comunicação, dimensões do Funcionamento Familiar (Rácio da Coesão, da Flexibilidade e do Funcionamento Familiar) e a Ideação Suicida. Começando pela Comunicação dos filhos, esta correlaciona-se positivamente com todas as dimensões do Funcionamento Familiar dos filhos, bem como com a Comunicação e com o Rácio da Coesão e do Funcionamento Familiar das mães. A comunicação das mães correlaciona-se positivamente com o Rácio da Coesão e do Funcionamento Familiar das mães, bem como com a Comunicação dos filhos e o Rácio da Coesão dos pais. Relativamente à Comunicação dos pais, correlaciona-se positivamente com todas as dimensões do Funcionamento Familiar dos pais, bem como com o Rácio da Coesão e do Funcionamento Familiar das mães.

Debruçando-nos sobre as dimensões do Funcionamento Familiar, iremos analisar cada uma das dimensões nos três grupos do agregado, começando pelo Rácio da Coesão, seguido do Rácio da Flexibilidade e, por fim, o Rácio do Funcionamento Familiar. Sendo assim, o Rácio da Coesão dos adolescentes correlaciona-se positivamente com todas as dimensões do Funcionamento Familiar dos filhos e das mães, bem como com o Rácio da Coesão dos pais. O Rácio da Coesão das mães correlaciona-se positivamente com todas as dimensões do Funcionamento Familiar das mães e dos pais, bem como com o Rácio da Coesão e do Funcionamento Familiar dos filhos. Já o Rácio da Coesão dos pais correlaciona-se positivamente com todas as dimensões do Funcionamento Familiar dos pais e das mães, bem como com o Rácio da Coesão dos filhos. Relativamente aos Rácios da Flexibilidade, na amostra dos adolescentes, apenas se correlaciona positivamente com as dimensões do Funcionamento Familiar dos filhos. Na amostra das mães, o Rácio da Flexibilidade correlaciona-se positivamente com todas as dimensões do Funcionamento Familiar das mães e dos pais, bem

como com o Rácio da Coesão dos filhos. Já na amostra dos pais, o Rácio da Flexibilidade apenas se correlaciona positivamente com as dimensões do Funcionamento Familiar dos pais e das mães. E, por último, o Rácio do Funcionamento Familiar dos adolescentes correlaciona-se positivamente com todas as dimensões do Funcionamento Familiar dos filhos, bem como com o Rácio da Coesão e do Funcionamento Familiar das mães. Na amostra das mães, o Rácio do Funcionamento Familiar correlaciona-se positivamente com todas as dimensões do Funcionamento Familiar das mães e dos pais, bem como com o Rácio da Coesão e do Funcionamento Familiar dos filhos. Na amostra dos pais, o Rácio do Funcionamento Familiar apenas se correlaciona com as dimensões do Funcionamento Familiar dos pais e das mães.

Focando-nos agora na dimensão da Ideação Suicida, na amostra dos adolescentes esta correlaciona-se negativamente com a Comunicação e com o Rácio da Flexibilidade dos filhos, bem como com a Comunicação das mães. Na amostra das mães, a sua Ideação Suicida correlaciona-se negativamente com todas as dimensões da sua percepção do Funcionamento Familiar. Já na amostra dos pais, a Ideação Suicida apenas estabelece correlações positivas com a Ideação Suicida dos filhos e das mães (ver tabela 13).

Tabela 13. *Matriz Correlacional entre membros do agregado familiar (filho, mãe e pai).*

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV
I. Comunicação Filhos	-														
II Rácio da Coesão Filhos	,548**	-													
III. Rácio da Flexibilidade Filhos	,486**	,455**	-												
IV. Rácio do Funcionamento Familiar Filhos	,589**	,905**	,762**	-											
V. Ideação Suicida Filhos	-,335**	-,101	-,216*	-,151	-										
VI. Comunicação Mães	,219*	,169	,009	,096	-,272**	-									
VII. Rácio da Coesão Mães	,202*	,355**	,038	,248**	,014	,481**	-								
VIII. Rácio da Flexibilidade Mães	,074	,218*	-,024	,168	,035	,175	,536**	-							
IX. Rácio do Funcionamento Familiar Mães	,214*	,359**	,028	,263**	,033	,445**	,930**	,765**	-						
X. Ideação Suicida Mães	-,044	,022	,116	,065	,306**	-,117	-,195*	-,191*	-,216*	-					
XI. Comunicação Pais	,174	,034	,139	,094	-,082	,206	,232*	,201	,274*	,021	-				
XII. Rácio da Coesão Pais	,180	,227*	,123	,198	,071	,255*	,581**	,365**	,572**	-,085	,561**	-			
XIII. Rácio da Flexibilidade Pais	,052	,108	,074	,115	,056	,123	,393**	,305**	,387**	-,062	,317**	,532**	-		
XIV. Rácio do Funcionamento Familiar Pais	,144	,193	,098	,173	,084	,189	,574**	,397**	,570**	-,119	,505**	,885**	,834**	-	
XV. Ideação Suicida Pais	-,107	,149	,065	,121	,275*	-,211	-,110	-,069	-,135	,474**	-,201	-,123	-,048	-,127	-

De seguida, e como forma de dar resposta à nossa terceira hipótese, realizou-se uma matriz correlacional apenas da amostra dos adolescentes (N= 124) para se poder analisar a variável do Suporte Social, bem como perceber qual das variáveis em estudo (Suporte Social e Funcionamento Familiar) detém maior influência na Ideação Suicida dos adolescentes. Sendo assim, cruzaram-se as seguintes variáveis: Comunicação, dimensões do Funcionamento Familiar (Rácio da Coesão, da Flexibilidade e do Funcionamento Familiar), dimensões do Suporte Social (Suporte Familiar, dos Amigos, dos Professores) e a Ideação Suicida. É importante frisar que nesta análise apenas nos vamos focar nas correlações com o Suporte Social, isto porque as restantes correlações dos adolescentes já foram descritas na tabela 13.

Começando pelo Suporte Familiar, este correlaciona-se positivamente com todas as dimensões do Suporte Social, bem como com todas as dimensões do Funcionamento Familiar e com a Comunicação. Por outro lado, correlaciona-se negativamente com a Ideação Suicida. Relativamente ao Suporte dos amigos, este correlaciona-se positivamente com todas as dimensões do Suporte Social e com a Comunicação. Embora esta dimensão do Suporte Social estabeleça uma relação negativa com a Ideação Suicida, não é considerada estatisticamente significativa. O Suporte dos Professores, apenas se correlaciona positivamente com todas as dimensões do Suporte Social e negativamente com a Ideação Suicida. E por último, o suporte das pessoas no geral, correlaciona-se positivamente com todas as dimensões do Funcionamento Familiar e do Suporte Social, bem como negativamente com a Ideação Suicida (ver tabela 14).

Tabela 14. *Matriz Correlacional das variáveis em estudo na amostra dos adolescentes.*

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
I. Comunicação Filhos	-								
II. Rácio da Coesão Filhos	,548**	-							
III. Rácio da Flexibilidade Filhos	,486**	,455**	-						
IV. Rácio do Funcionamento Familiar Filhos	,589**	,905**	,762**	-					
V. Suporte Familiar filhos	,534**	,378**	,291**	,380**	-				
VI. Suporte dos amigos filhos	,205*	,136	-,011	,105	,269**	-			
VII. Suporte dos professores filhos	,117	,023	,024	,027	,189*	,202*	-		
VIII. Suporte das pessoas no geral	,365**	,255**	,251**	,295**	,470**	,462**	,374**	-	
IX. Ideação Suicida Filhos	-,335**	-,101	-,216**	-,151	-,375**	-,107	-,183**	-,381**	-

Posteriormente, com o objetivo de verificar qual das dimensões analisadas relativas às percepções dos adolescentes detinha maior peso sobre a sua Ideação Suicida, realizou-se uma análise de Regressão método *stepwise*. A análise dos resultados mostrou que são duas variáveis que têm impacto na Ideação Suicida. O Suporte das Pessoas no Geral ($\beta = -,32$) e o Suporte Familiar ($\beta = -,32$), sendo a variância explicada $R^2_a = .31$.

Por fim, como o nosso estudo se foca essencialmente na vertente familiar, realizou-se um Teste t para amostras independentes para verificar se existem diferenças significativas entre os adolescentes que beneficiam de Suporte Social por parte da família e os que não beneficiam desse tipo de suporte face à Ideação Suicida. Os resultados demonstraram que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos da amostra (com Suporte Familiar e sem Suporte Familiar) relativamente à presença de Ideação Suicida ($p=.007$). Permitindo-nos inferir que quando os adolescentes têm um bom Suporte Familiar, a probabilidade de apresentarem Ideação Suicida é menor ($M= 1,712$; $DP= 1,027$) do que quando não têm esse tipo de Suporte ($M= 2,9733$; $DP=1,477$) (ver tabela 15).

Tabela 15. Médias relativas aos sujeitos com Suporte Familiar e sem Suporte Familiar face à presença de Ideação Suicida na amostra de adolescentes.

Suporte Familiar		Média	Desvio Padrão
Ideação	Não (não há percepção de suporte)	2,9733	1,47692
Suicida	Sim (há percepção de suporte)	1,7115	1,02713
[t = 3,102; p = .007]			

Discussão

O presente trabalho foi realizado com o objetivo de analisar a forma como a Ideação Suicida se relaciona com o Funcionamento Familiar (Coesão, Flexibilidade e Comunicação) e com o Suporte Social, bem como se existe uma transmissão transgeracional da Ideação Suicida.

Genericamente, os nossos resultados demonstram que as dimensões do Funcionamento Familiar estabelecem uma relação negativa com a Ideação Suicida, quanto mais equilibrado e funcional for o sistema familiar, menor será a Ideação Suicida. Relativamente à Comunicação, esta estabelece uma relação positiva com as dimensões do Funcionamento Familiar e do Suporte Social, quanto maior a Comunicação, melhor o Funcionamento Familiar e maior a percepção de Suporte Social. Por outro lado, a relação que se estabelece entre a Comunicação e a Ideação Suicida apresenta-se como negativa, ou seja, quanto maior a comunicação, menor será a Ideação Suicida.

Debruçando-nos na questão da Transgeracionalidade da Ideação Suicida, os resultados demonstram existir uma associação positiva entre a Ideação Suicida dos filhos e a Ideação Suicida dos pais. Permitindo-nos inferir que este tipo de comportamento pode ser transmitido de geração em geração de forma inconsciente.

Por último, pretendeu-se analisar a relação entre o Suporte Social e a Ideação Suicida. Os resultados permitiram-nos verificar a existência de uma relação negativa entre estas duas dimensões, sendo assim, quanto maior a percepção de Suporte, menor será a Ideação Suicida.

1. Transgeracionalidade da Ideação Suicida

Na primeira hipótese do estudo, tínhamos como objetivo compreender se a Ideação Suicida poderia ser transmitida ao longo de gerações inconscientemente, ou seja, se existe uma relação entre a Ideação Suicida dos filhos e dos pais. Alguns estudos, embora não em grande número, se debruçaram sobre o tema da Transgeracionalidade dos comportamentos suicidas, demonstrando que o histórico de tentativas de suicídio ou suicídio consumado na família é um forte preditor de comportamentos suicidas por parte de gerações futuras, 1 em cada 4 sujeitos

que realizaram comportamentos suicidas, reportam ter histórico de tentativas de suicídio ou de suicídio consumado na família. (Mortensen et al., 2009). No entanto, nenhum destes estudos olhou especificamente para a Ideação Suicida, algo que se mostra pertinente sendo que esta é vista como sendo o primeiro aspeto a surgir no *continuum* dos comportamentos suicidas (Souza, Silva, Jansen, Kuhn, Horta & Pinheiro, 2009; Borges & Werlang, 2006).

No estudo em questão, verificou-se que a maioria das famílias inquiridas tinham um ou mais membros com Ideação Suicida, sendo que das 124 famílias inquiridas, 38 apresentavam três elementos com Ideação Suicida (mãe, pai e filho). Os resultados obtidos no presente estudo, demonstram uma forte associação entre a Ideação Suicida dos filhos e dos pais, ou seja, quando os pais têm Ideação Suicida, os filhos tendem a apresentar igualmente Ideação Suicida. É importante frisar que, embora tanto a Ideação da mãe como a do pai se associe à Ideação Suicida dos filhos, a associação entre a Ideação Suicida dos filhos e das mães apresenta valores mais elevados. Estes resultados vão ao encontro da literatura que afirma existir um maior impacto dos comportamentos suicidas das mães em futuros comportamentos suicidas dos filhos (Sorensen, Mortensen, Wang, Silverton & Mednick, 2009). Sendo assim, os resultados obtidos vêm confirmar a nossa primeira hipótese em estudo. Ainda dentro do tema da Transgeracionalidade da Ideação Suicida, foi possível através dos nossos resultados verificar que embora os três grupos de elementos do agregado (adolescentes, mães e pais) apresentem Ideação Suicida, os adolescentes apresentam um nível de Ideação Suicida mais elevado. Isto pode ser corroborado pela literatura que defende que este grau de Ideação Suicida superior nos adolescentes se prende com a faixa etária e etapa do desenvolvimento em que se encontram (Gouveia-Pereira, Abreu & Martins, 2014).

Em jeito de conclusão, estes resultados permitem-nos inferir que a Transgeracionalidade da Ideação Suicida não só é transgeracional (devido à associação entre as Ideações Suicidas entre os três elementos do agregado), como familiar (devido às correlações significativas entre a Ideação Suicida das mães e dos pais).

2. Funcionamento Familiar, Comunicação e Ideação Suicida

A segunda hipótese prende-se com a compreensão da relação entre as dimensões do Funcionamento Familiar (Coesão e Flexibilidade), a Comunicação e a Ideação Suicida. Os

comportamentos de risco são causadores de diversos fatores nocivos à relação e quando são vistos e compreendidos como parte do quotidiano passam a ser percebidos como algo natural, levando a que através da absorção e aceitação de determinados comportamentos, estes se enraízem no seio familiar e sejam transmitidos de geração em geração (Duque e Santos, 2010). Sendo assim, é natural que quando uma determinada família é “disfuncional”, estes comportamentos de risco/desadequados surjam como alternativa ao sofrimento psicológico causado por estas disputas familiares (Lai e Chang, 2001).

No presente estudo, e através da análise dos resultados, observou-se que embora todas as dimensões do Funcionamento Familiar dos adolescentes assumam uma correlação negativa com a Ideação Suicida, algo que vai ao encontro do sugerido pela literatura (Gouveia-Pereira, Abreu & Martins, 2014), apenas a dimensão da Flexibilidade e da Comunicação se apresenta como estatisticamente significativa. Relativamente à associação entre a Ideação Suicida e a dimensão da Flexibilidade, esta pode ser explicada pela fase do desenvolvimento em que os nossos sujeitos se encontram, isto é, na adolescência os sujeitos passam por grandes mudanças a nível físico, cognitivo mas também a nível familiar (i.e. papel na família) (Sousa, Machado & Branco, 2008; Guerreiro & Sampaio, 2013). É nesta idade que os adolescentes começam a desenvolver a sua identidade e a autonomizar-se, sendo assim, uma família em que não exista um equilíbrio a nível da Flexibilidade (i.e. rígida ou caótica), vai fazer com que o jovem sinta que não tem um “espaço” adequado para desenvolver os aspetos inerentes a esta etapa do desenvolvimento, levando-o a realizar comportamentos de risco como forma de oposição ou de fuga (Guerreiro & Sampaio, 2013; Olson, 2011). Tomemos como exemplo uma família rígida, um adolescente neste tipo de seio familiar vai sentir-se sufocado e “passivo”, isto é, sente que não tem “voz” dentro do seio familiar, inclusive no que diz respeito à sua própria vida. Isto pode levar a que recorra a comportamentos suicidas ou que tenha ideias suicidas como uma fuga à realidade em que está inserido.

Na amostra das mães, tal como na amostra dos adolescentes, todas as dimensões do Funcionamento Familiar estabelecem uma correlação negativa com a Ideação Suicida, no entanto, contrariamente à amostra dos adolescentes, todas as correlações se apresentam como estatisticamente significativa. Estes resultados são corroborados pela literatura, que demonstra que quando existe um Funcionamento Familiar disfuncional (coesão e flexibilidade desadequadas), a família pode adotar padrões de relacionamento desadequados, provocando o surgimento de comportamentos exteriorizados, como é o caso dos comportamentos suicidários (i.e. Gouveia-Pereira, Abreu & Martins, 2014). Uma outra hipótese explicativa, prende-se com

o papel e percepção que a sociedade ainda tem das mulheres. Embora já se tenha dado uma grande evolução do papel da mulher na sociedade, estas continuam a ser percecionadas como sendo a principal figura cuidadora e responsável pelo bem-estar da família. Sendo assim, é normal que todos os aspetos do Funcionamento Familiar tenham um maior impacto nas mães e possam influenciar o surgimento de determinadas patologias, como é o caso da Ideação Suicida.

No grupo dos pais, embora tal como nos restantes se estabeleçam correlações negativas entre o Funcionamento Familiar e a Ideação Suicida, nenhuma se apresenta como estatisticamente significativa. Uma possível explicação para estes resultados prende-se com o papel e postura que o homem tem que envergar na sociedade. O homem deve ser visto como uma figura de força, “ser duro, não mostrar fragilidades e liderar a família”. Sendo assim, mesmo que os problemas familiares o fragilizem, tenta não demonstrar o impacto destes aspetos na sua vida mental. A maioria dos pais, focam-se no trabalho e, por isso, são muitas vezes percecionadas pelos elementos da família como estando sempre ausentes, daí que não sejam tão afetados pelos aspetos disfuncionais do sistema familiar.

Passando para a análise da dimensão Comunicação, segundo Olson (2011), a comunicação é uma forte aliada na promoção e aumento dos níveis de coesão e flexibilidade de um determinado sistema familiar, bem como um forte fator protetor contra a ideação suicida e promotor de uma boa percepção de suporte e apoio por parte de terceiros. Sendo assim, vai atuar como uma mais-valia no estabelecimento de relações. No entanto, quando a comunicação entre sujeitos não é adequada, é natural que a relação entre as figuras cuidadoras e os adolescentes não seja o esperado.

Os resultados do presente estudo, demonstraram que a Comunicação está fortemente associada ao Funcionamento Familiar e à Ideação Suicida. Na amostra de adolescentes, a Comunicação estabelece correlações positivas e estatisticamente significativas com todas as dimensões do Funcionamento Familiar, isto é, quanto melhor a comunicação, melhor será o Funcionamento Familiar. Isto vai ao encontro do mencionado na literatura referente à comunicação ser vista como um fator facilitador do estabelecimento de laços afetivos e relacionamentos saudáveis (i.e. Olson, 2011; Menda, 2013; Almeida, 2010). No entanto, é importante frisar que não podemos destringir se é a Comunicação que leva a um bom Funcionamento Familiar ou se é o bom Funcionamento Familiar que leva a uma boa Comunicação. Relativamente à associação da Comunicação com a Ideação Suicida, estabelece-

se uma correlação negativa, levando-nos a inferir que quando existe uma fraca comunicação entre o adolescente e o *outro*, podem instalar-se sentimentos de solidão, tristeza e desamparo que, por sua vez, são fortes promotores de comportamentos de risco (como é o caso dos comportamentos suicidas) (Arslam, 2009). Sendo assim, quando os adolescentes sentem que têm alguém para conversar e com quem possam desabafar sobre os seus problemas, vão sentir-se mais apoiados e integrados no seio familiar e não vão ter necessidade de realizar determinados comportamentos para aliviar algum tipo de sofrimento ou como forma de chamar à atenção.

Por último, debruçando-nos sobre a amostra das mães e dos pais, embora os resultados se assemelhem aos obtidos na amostra dos adolescentes, a associação entre a Comunicação e a Ideação Suicida não se apresenta como estatisticamente significativa.

Sendo assim, a nossa segunda hipótese é refutada parcialmente, pois na amostra dos adolescentes apenas a dimensão da Flexibilidade e a Comunicação apresentam resultados estatisticamente significativos relativamente à Ideação Suicida, e na amostra dos pais (mães e pais), a Comunicação que não apresenta resultados estatisticamente significativos face à Ideação Suicida.

3. Suporte Social, Funcionamento Familiar e Ideação Suicida

Na terceira e quarta hipótese, tínhamos como objetivo perceber qual a relação que se estabelece entre o Suporte Social, o Funcionamento Familiar e a Ideação Suicida, bem como compreender qual das duas primeiras dimensões tem maior impacto na Ideação Suicida. É importante frisar que a dimensão do Suporte Social apenas é analisada e discutida na amostra de adolescentes devido às características da escala. Segundo Kleiman e Riskind (2013), o Suporte Social tem um efeito de proteção face à Ideação Suicida, isto porque tendo uma boa perceção de suporte, há uma menor probabilidade de experienciar sentimentos de solidão associados a comportamentos de risco (inclusive comportamentos suicidas) (Arslam, 2009).

Segundo os resultados do nosso estudo, verificou-se que existe uma associação negativa entre o Suporte Social e o Funcionamento Familiar face à Ideação Suicida, confirmando assim a nossa terceira hipótese. No entanto, no Suporte Social o Suporte dos amigos não apresenta valores estatisticamente significativos face à Ideação Suicida, algo que não vai ao encontro da

literatura que afirma que nesta fase do desenvolvimento os pares têm grande influência na vida dos sujeitos, bem como o sentimento de pertença a um grupo (i.e. Furman & Buhrmester, s.d., cit. por Valle, Bravo & López, 2010). Uma hipótese explicativa pode prender-se com o facto dos comportamentos suicidas criarem propiciarem o isolamento dos sujeitos, podendo ser por isso que a relação com os pares não influencia este tipo de comportamento. No Funcionamento apenas a dimensão da Flexibilidade estabelece uma relação estatisticamente significativa com a Ideação Suicida. Este resultado, não era o esperado, tendo em conta que a literatura define o Funcionamento Familiar (Coesão e Flexibilidade) como o principal preditor de comportamentos de risco, esperava-se que todas as dimensões do Funcionamento Familiar estabelecessem relações significativas com a Ideação Suicida (i.e. Sousa, Machado & Branco, 2008). Sendo assim, quanto maior for a Flexibilidade dos progenitores e o Suporte Social (Familiar, dos Professores e das Pessoas em Geral), menor é a Ideação Suicida.

Debruçando-nos agora na relação do Suporte Social com o Funcionamento Familiar, a literatura refere que o Suporte Social tem um papel crucial na resolução de problemas dentro do sistema familiar e com os pares, na adaptação ao meio e na preservação da saúde mental, daí que os nossos resultados demonstrem uma associação entre as dimensões do Funcionamento Familiar e as dimensões do Suporte Social. (Altunbas, 2002, cit. por Arslan, 2009). Sendo assim, podemos inferir que em famílias funcionais, onde existe confiança, comunicação e um bom Suporte Social, a relação entre pais e filhos vai manter-se forte, embora em moldes diferentes (mais apropriados à etapa do desenvolvimento do adolescente) (Valle, Bravo e Lopez, 2010). É, no entanto, importante frisar que tal como ocorre na Comunicação, não podemos destrinçar se é uma boa perceção de Suporte Social que leva a um bom Funcionamento Familiar ou vice-versa.

Relativamente à associação entre o Suporte dos professores e a Ideação Suicida, esta pode ser justificada pelo tempo que os adolescentes despendem no contexto escolar e, como tal, os professores adotam muitas vezes o papel de “substitutos” das figuras cuidadoras. Segundo a literatura, os professores são figuras essenciais para a sanidade, atitude e sucesso académico dos adolescentes (Arslan, 2009). Uma outra hipótese explicativa, pode prender-se com o facto dos professores ao passarem muito tempo com os adolescentes, conseguirem detetar com maior facilidade determinados comportamentos (i.e. Comportamentos Suicidas, Comportamentos Autolesivos, etc.) e, como tal, o apoio dos professores parece ser um fator de prevenção da Ideação Suicida.

Tendo estes resultados em mente, e para testar a nossa quarta hipótese, achámos pertinente perceber quais das dimensões em estudo (Suporte Social e Funcionamento Familiar) detinham um maior impacto na Ideação Suicida dos adolescentes. Através de uma análise de regressão linear verificámos que é o Suporte das pessoas em geral e o Suporte Familiar que mais influenciam a Ideação Suicida, levando-nos a inferir que quanto melhor for a perceção de Suporte Social e Familiar dos adolescentes, menor será a Ideação Suicida. Sendo assim, a nossa quarta hipótese é parcialmente refutada pois embora o Suporte Familiar se apresente como dimensão influenciadora da Ideação Suicida, o mesmo não ocorre com as dimensões do Funcionamento Familiar, nomeadamente a Coesão. Segundo a literatura, as dimensões do Funcionamento Familiar são apontadas como sendo fortes fatores preditores e influenciadores de comportamentos suicidas, nomeadamente a Coesão, pois é através da qualidade das relações com os membros do sistema que o adolescente irá ou não desenvolver trajetórias de desenvolvimento desadequadas, como é o caso dos comportamentos suicidários (Sousa, Machado & Branco, 2008; Wilkinson et al., 2011, cit. por Cruz, Narciso, Muñoz, Pereira & Sampaio, 2013). Também o Suporte Social, é apontado pela literatura como sendo um fator protetor contra a Ideação Suicida, pois promove o aumento da auto-estima dos sujeitos que, por sua vez, reduz a probabilidade de comportamentos Suicidas (Kleiman & Riskind, 2013; Kleiman, Riskind, Schaefer & Weingarden, 2012). Sendo assim, os nossos resultados vão ao encontro da literatura pois, embora alguns autores (i.e. Valle, Bravo & López, 2010; Arlsan, 2009) defendam que é o Suporte familiar que tem maior impacto na Ideação Suicida dos adolescentes devido a nesta etapa do desenvolvimento a família continuar a ser a figura de referência dos jovens, outros autores (i.e. Jameson & Barton, 2011) afirmam que independentemente da figura que oferece o Suporte ao adolescente, esta variável tem sempre um forte impacto na Ideação Suicida.

Posteriormente, e tendo em conta os resultados já obtidos e que o nosso estudo se prende com aspetos sistémicos, realizou-se um teste *t* para amostras independentes, de modo a verificar se existiam diferenças significativas entre os adolescentes com uma boa perceção de Suporte Familiar e os adolescentes sem uma boa perceção de Suporte Familiar face à Ideação Suicida. Os resultados vieram demonstrar que, efetivamente, os adolescentes que sentem ter Suporte por parte da Família têm menos Ideação Suicida que os adolescentes que sentem não ter um bom Suporte Familiar. Estes resultados são corroborados pela literatura, que afirma que é a família que cria/influencia o padrão de comportamentos do sujeito, pois nesta etapa do desenvolvimento a família continua a ser o principal seio de aprendizagem e os seus membros

continuam a servir como “figuras de referência” do adolescente (Valle, Bravo & López, 2010; Arlsan, 2009).

Concluindo, estes resultados vão ao encontro da literatura que define o Suporte Social e o Funcionamento Familiar como fatores de proteção contra a Ideação Suicida (Gonçalves, Freitas e Sequeira, 2011; Santos, 2006). Sendo assim, quando o adolescente tem um bom Funcionamento Familiar e uma boa percepção de Suporte Social, está mais protegido contra o surgimento de Ideação Suicida.

4. Limitações

Embora tenha sido possível retirar algumas informações pertinentes através dos resultados obtidos, é importante discutir algumas das principais limitações. Uma primeira limitação prende-se as dimensões dos instrumentos, ou seja, sendo o questionário composto por uma vasta bateria de escalas, pode ter levado a que os adolescentes entrassem numa crescente desatenção e desmotivação que, posteriormente, leva ao preenchimento aleatório das escalas. Este aspeto pode ter levado ao enviesamento dos resultados devido a um preenchimento descuidado.

Uma segunda limitação, prende-se com a diversidade da amostra. A recolha apenas foi realizada no distrito de Lisboa, logo, apenas temos acesso à realidade dos sujeitos desta zona geográfica. Um terceiro aspeto está ligado à dimensão da amostra, pois embora a dimensão da amostra de adolescentes seja significativa, a amostra de adultos foi muito inferior ao esperado. Ainda dentro deste tópico, outro fator que pode ter influenciado os resultados do estudo foi os contextos em que os participantes preencheram o instrumento, no caso dos adolescentes o preenchimento foi realizado na sala de aula podendo ter propiciado que os adolescentes não respondessem com tanta sinceridade, já no caso dos adultos o instrumento foi preenchido em casa e devolvido pelos filhos podendo propiciar um preenchimento em conjunto com o companheiro ou podem ter respondido com menos sinceridade com receio que os filhos vissem as suas respostas.

5. Considerações Finais e Estudos Futuros

Através deste estudo foi possível observar o tipo de relações que se estabelecem entre o Funcionamento Familiar, o Suporte Social e a Ideação Suicida dos adolescentes e respectivos pais. Na amostra dos adolescentes conseguimos comprovar que tanto o Funcionamento Familiar como o Suporte Familiar têm um forte impacto no surgimento da Ideação Suicida, sendo então importante os profissionais de saúde estarem atentos a estas dimensões protetoras da Ideação Suicida, de modo a intervirem e prevenirem este mal-estar do adolescente.

Relativamente à Transgeracionalidade, as correlações entre a Ideação dos pais e a Ideação dos filhos apresentam uma correlação positiva estatisticamente significativa, demonstrando que a Ideação Suicida é um padrão de comportamento que pode ser transmitido ao longo de gerações. Outro aspeto importante prende-se com a forte correlação entre a Ideação Suicida do pai e a Ideação Suicida da mãe, o que nos permite ponderar que realmente a Ideação Suicida tem uma dimensão familiar e é interdependente. O facto de se observar um maior grau de Ideação Suicida nos filhos do que nos pais pode dever-se à etapa do desenvolvimento em que os sujeitos se encontram, pois sendo adolescentes estão numa fase de grandes mudanças e que em que tudo tem uma grande influência e impacto na sua vida.

Sugerimos que em estudos futuros a amostra seja mais diversificada, através de uma recolha de dados em diferentes locais do país, de modo a se perceber se esta realidade se mantém em várias zonas do país. Outra sugestão para melhorar o estudo prende-se com o contexto de preenchimento do instrumento, isto é, deveria ser realizado com a supervisão do investigador, tanto nos adolescentes como nos adultos, de modo a que não houvesse partilha de informação e respostas dadas em conjunto ou inibidas por não haver privacidade (i.e. no contexto escolar não havia muita privacidade). Uma última sugestão que acredito tornar o estudo mais rico, seria fazer o estudo num formato longitudinal e englobando três gerações. Penso que se se seguisse este formato poderíamos ter mais certezas acerca da Transgeracionalidade de determinados comportamentos, nomeadamente da Ideação Suicida.

Referências

- Almeida, M. (2010). Uma proposta sobre a transgeracionalidade: o absoluto. *Ágora*, 13 (1), 93-108.
- Alarcão, M. (2006). *(Des) equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto.
- Antunes, C., & Fontaine, A. M. (2005). Percepção de apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escala Social Support Appraisals. *Paidéia*, 15(32), 355-366.
- Araújo, L., Vieira, K. & Coutinho, M. (2010). Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no context do ensino médio. *Psico-USF*, 15 (1), 47-57.
- Arslam, C. (2009). Anger, Self-esteem, and perceived social support in adolescence. *Social Behaviour and Personality*, 37 (4), 555-564.
- Bertera, E. M. (2007). The Role of Positive and Negative Social Exchanges Between Adolescents, their Peers and Family as Predictors of Suicide Ideation. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 24, 523-538.
- Blos, P. (1996). *Transição Adolescente*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Borges, V. & Werlang, B. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 e 19anos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (2), 195-209.
- Bradley, J. (2003). *Confrontação, apaziguamento ou comunicação?* In Anderson, & R., Dartington, A. (Ed.), *Olhar de frente, Perspectivas Clínicas das Perturbações da Adolescência* (pp. 107-124). Lisboa: Assírio & Alvim.
- Braga, L. & Dell’Aglío, D. (2013). Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e género. *Contextos Clínicos*, 6 (1), 2-14.
- Brent, D. & Melhem, N. (2008). Familial Transmission of Suicidal Behavior. *Psychiatr Clin North Am.*, 31 (2), 157-177.
- Brent, D., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., Zelazny, J., Brosky, B., Melhem, N., Ellis, S. & Mann, J. (2004). Familial Transmission of Mood

- Disorders: Convergence and Divergence with Transmission of Suicidal Behavior. *J. AM. ACAD. Child Adolesc. Psychiatry*, 43 (10), 1259-1266.
- Cole, M., & Cole, S. R. (2004). *O desenvolvimento da criança e do adolescente*. Porto Alegre: Artmed.
- Correa, O. (2003). Transmissão Psíquica entre Gerações. *Psicologia USP*, 14 (3), 35-45.
- Cruz, D., Narciso, I., Muñoz, M., Pereira, C. & Sampaio, D. (2013). Adolescents and Self Destructive Behaviours: An Exploratory Analysis of Family and Individual Correlates. *Behavioral Psychology/ Psicologia Conductual*, 21, 271- 288.
- Duque, C. & Santos, P. (2010). Fragmentos da violência familiar: um estudo de caso. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais: Edições Universidade Fernando Pessoa*, 6, 86-95.
- Erikson, E. H. (1972). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Falcke, D. & Wagner, A. (2005). *Como se perpetua a família?: a transmissão dos modelos familiares*. EDIPUCRS.
- Ferreira, J. A., & Castela, M. C. (1999). *Questionário de ideação suicida (Q.I.S)*. In M. R.
- Fleming, M. (2005). *Entre o Medo e o Desejo de Crescer: Psicologia da Adolescência*. Porto: Edições Afrontamento.
- Fotti, S. A., Katz, L. Y., Afifi, T. O., Cox, B. J. (2006). The Associations Between Peer and Parental Relationships and Suicidal Behaviours in Early Adolescents. *Can J Psychiatry*, 51(11), 698-703.
- Gonçalves, A., Freitas, P. & Sequeira, C. (2011). Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: factores de risco e protecção. *Millenium*, 40, 149- 159
- Gouveia-Pereira, M., Abreu, S. & Martins, C. (2014). How do Families of Adolescents with Suicidal Ideation Behave?. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27 (1), 171-178.
- Guerreiro, D. & Sampaio, D. (2013). Comportamentos auto-lesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31 (2), 204-2013.

- Haroz, E., Murray, L. & Bolton, P. (2013). Adolescent Resilience in Northern Uganda: The Role of Social Support and Prosocial Behavior on Reducing Mental Health Problems. *Journal of Research on Adolescence*, 23 (1), 138-148.
- Jameson, H. & Barton, A. (2011). Positive social support, negative social exchanges, and suicidal behavior in college students. *Journal of American College Health*, 59 (5), 393-398.
- Kinsch, C. & Mais, M. (2003). *Técnicas de Terapia Familiar – Tradução*. ARTMED Editora S.A., 11-144.
- Kleiman, E., Riskind, J., Schaefer, K. & Weingarden, H. (2012). The moderating role of social support on the relationship between impulsivity and suicide risk. *Hogrefe Publishing*, 33 (5), 273-279.
- Kleiman, E. & Riskind, J. (2013). Utilized social support and self-esteem mediate the relationship between perceived social support and suicide ideation: a test of multiple mediator model. *Crisis*, 34 (1), 42-49
- Kristensen, C., Schaefer, L. & Busnello, F. (2010). Estratégias de coping e sintomas de stress na adolescência. *Estudos de Psicologia*, 27 (1), 21-30.
- Lai, K. W., & Chang, C. M. (2001). Suicidal ideation, parenting style, and family climate among Hong Kong adolescents. *International Journal of Psychology*, 36 (2), 81– 87.
- Laufer, M. (2000). *Compreender o suicídio: tem um significado especial na adolescência?* In Laufer, M. (Ed.) O adolescente suicida (pp. 69-79). Lisboa: Climepsi Editores.
- Mazzarella, T. (2008). Fazer-se herdeiro: a transmissão psíquica entre gerações. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42 (4), 163-166.
- Menda, L. (2013). Diário da queda: a força da transmissão entre gerações e a transgeracionalidade. *Revista do Instituto Cultural Judaico Marc Chagall*, 5 (2), 20-30.
- Oliveira, A., Amâncio, L. & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver. *Análise Psicológica*, 4 (XIX), 509-521.

- Olson, D. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: Validation Study. *Journal of Marital & Family Therapy*, 3 (1), 64-80.
- Pais Ribeiro, J. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (17), 547-558.
- Palmonari, A., Kirchler, R., & Pombeni, M. L. (1991). Differential effects of identification with family and peers on coping with developmental tasks in adolescence. *European Journal of Social Psychology*, 21, 381-402.
- Perosa, L. M., & Perosa S. L. (2001). Adolescent perceptions of cohesion, adaptability, and communication: revisiting the circumplex model. *The family Journal: Counselling and Therapy for Couples and Families*, 9, 407-419.
- Pinto, J. (2010). A adolescência e a família: o processo de separação/individuação. *Se..., Não!*, 1, 73-87.
- Prinstein, M. J., Boergers, J., Spirito, A., Little, T. D., & Grapentine, W. L. (2000). Peer Functioning, Family Dysfunction, and Psychological Symptoms in a Risk Factor Model for Adolescent Inpatients' Suicidal Ideation Severity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29 (3), 392-405.
- Rodrigues, A. R., & Machado, M. (2002). *Questões urgentes na educação. Adolescência: Interfaces com a escola e com a família*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho*. Lisboa: Caminho.
- Sampaio, D., Oliveira, A., Vinagre, M. G., Gouveia-Pereira, M., Santos, N., & Ordaz, O. (2000). Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário. *Análise Psicológica*, 2 (XVIII), 139-155.
- Santos, J. M. (1998). *Suicídio e autópsia psicológica: estudo compreensivo e redefinição das estratégias de categorização das mortes auto-infligidas*. Lisboa: Faculdade de Medicina Lisboa.
- Santos, M. J. (2006). *Modelos psicológicos do suicídio*. In Peixoto, B., Saraiva, C. B. & Sampaio, D. (Ed.) *Comportamentos Suicidários em Portugal*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.

- Schoeppe, A., & Havighurst, R. J. (1952). A validation of development and adjustment hypotheses of adolescence. *The Journal of Educational Psychology*, 43 (6), 339-353.
- Silva, C. & Dutra, S. (2010). A Transmissão Transgeracional e o Adoecimento Psíquico familiar. Tese de conclusão de curso, FACCAT.
- Sorensen, H., Mortensen, E., Wang, A., Juel, K., Silverton, L. & Mednick, S. (2009). Suicide and mental illness in parents and risk of suicide in offspring. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 44, 748-751.
- Sorenson, S. & Rutter, M. (1991). Transgenerational Patterns of Suicide Attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 861-866.
- Sousa, A., Machado, C. & Branco, V. (2008). Raízes Quebradas: O comportamento suicida e a importância de transformar os vínculos afetivos na adolescência. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (4), 277-284.
- Souza, L. D., Silva, R. A., Jansen, K., Kuhn, R. P., Horta, B. L., & Pinheiro, R.T. (2009). Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32 (1), 37-41.
- Stengel, E. (1980). *Suicídio e tentativa de suicídio*. Lisboa: Dom Quixote.
- Teruel, D., Martínez, A. & León, A. (2014). Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14 (2), 277-290.
- Trachtenberg, A. (s.d.). Transgeracionalidade, Resiliência e Vínculo. Porto Alegre.
- Valle, J., Bravo, A. & López, M. (2010). Parents and peers as providers of support in adolescent's social network: a developmental perspective. *Journal of Community Psychology*, 38 (1), 16-27.
- Vianna, F. (2006). Transgeracionalidade: “Des-encontros” de gerações. *EPISTEMO-SOMÁTICA*, 2, 231-236.

Werlang, B., Borges, V. & Fensterseifer, L. (2005). Factores de risco e protecção para presença de ideação suicida na adolescência. *Interamerican Journal of Psychology*, 39 (2), 259-266.

Anexos

Anexo A: Autorização dos Encarregados de Educação



Exmo(a). Sr. ou Sra. Encarregado(a) de Educação,

No âmbito da realização de um Mestrado em Psicologia Clínica, sob a orientação da Prof(a). Doutora Maria Gouveia-Pereira, do *ISPA – Instituto Universitário*, a aluna Micaela Gonçalves está a levar a cabo um estudo sobre comportamentos de risco na adolescência e o funcionamento familiar,

Para tal, foi solicitada a colaboração do estabelecimento IBN Mucana no sentido dos alunos com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos preencherem um questionário. O preenchimento é voluntário e ocorrerá uma única vez, no final de uma aula, durante o mês de Junho de 2015, tendo uma duração aproximada de 20 minutos. O questionário é anónimo e confidencial.

Vimos por este meio pedir-lhe autorização para que o seu educando participe neste estudo. Nesse sentido, solicitamos que destaque este documento pelo tracejado e o devolva depois de preenchido e assinado.

Com os meus melhores cumprimentos,

Micaela Gonçalves

AUTORIZO

NÃO AUTORIZO

que o/a meu/minha educando/a (nome) _____,

participe no estudo sobre os comportamentos de risco na adolescência e o funcionamento familiar na adolescência que será realizado no Estabelecimento IBN Mucana, durante o mês de Junho de 2015.

Assinatura do Encarregado de Educação _____

Anexo B: Folha com informações acerca do estudo e dos instrumentos



No âmbito da realização de um Mestrado em Psicologia Clínica, sob a orientação da Prof(a). Doutora Maria Gouveia-Pereira, do *ISPA – Instituto Universitário*, estou a levar a cabo um estudo sobre comportamentos de risco na adolescência e o funcionamento familiar, e para tal pensamos que é muito importante sabermos o que pensam os adolescentes/jovens e respectivos pais.

Sobre esta temática a literatura científica quase nunca refere o que os pais pensam e para nós a sua opinião é igualmente importante. Assim, pedimos-lhe que responda a este instrumento. Agradecemos-lhe que responda sozinho(a) sem a colaboração de qualquer outra pessoa. Interessa-nos a sua opinião e apenas a sua.

O questionário é completamente anónimo e confidencial.

Com os meus melhores cumprimentos,

Micaela Gonçalves

Anexo C: Folha de Rosto do Questionário Preenchido pelos Participantes



Este estudo está a ser desenvolvido pelo ISPA - Instituto Universitário das Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida e servirá para que possamos conhecer alguns comportamentos que adolescentes e jovens possam ter.

Este questionário é completamente **anónimo** e **confidencial**.

Não existem respostas certas ou erradas e o preenchimento demora cerca de 20 minutos. Pedimos-lhe que seja o mais sincero possível.

Aceitas participar neste estudo?

SIM ___ NÃO ___

Anexo D: Folha dos Dados Sociodemográficos Preenchida pelos Adolescentes

Pedimos-te agora que preenchas estes dados:

Sexo: Masculino --- Feminino ----

Idade: anos

Nacionalidade: _____

Ano de escolaridade:

8º ano ---- 11º ano ----

9º ano ---- 12º ano ---

10º ano ---

Já reprovaste?

Sim --- Quantas vezes? _____

Não ---

Com quem vives?

Mãe -----

Pai -----

Pais -----

Mãe, pai e irmão(s) -----

Outras -----

Quais? _____

Tens irmãos?

Não --- Sim --- Quantos? ____

És o irmão:

Mais novo ---- Mais velho ----

Do meio ----- Gémeo -----

Estado civil dos teus pais:

Solteiro(a) ----- Divorciado(a) -----

Casado(a) ----- Viúvo(a) -----

Em União de Facto -----

Profissão:

Mãe _____ Pai _____

Habilitações Literárias:

Mãe _____ Pai _____

Tentativas de Suicídio conhecidas? Sim ----- Não -----

Família ----- Quem? _____

Amigos ----- Vizinhos -----

Figuras de Referência ----- Quem? _____