



**ISPA**

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**RELAÇÃO ENTRE FUNCIONAMENTO FAMILIAR,  
IDEAÇÃO SUICIDA E COMPORTAMENTOS  
AUTOLESIVOS EM ADOLESCENTES**

Catarina Ramos Real

Orientador de Dissertação: Professora Doutora Maria Gouveia Pereira

Professor de Seminário de Dissertação: Professora Doutora Maria Gouveia Pereira

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

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da 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 traduz o caminho percorrido ao longo de 5 difíceis e desafiantes anos, o esforço, a dedicação, a força de vontade e a descoberta pessoal e profissional que conquistei. Como tal, não poderia deixar passar esta ocasião sem agradecer às pessoas que me rodeiam e que foram fundamentais para o meu sucesso.

À professora Doutora Maria Gouveia-Pereira pela partilha de conhecimentos e experiências, pelas sugestões e reflexões que me levou a fazer, de modo a que o meu trabalho se tornasse sempre melhor.

Ao ISPA-IU pelos cinco anos mais enriquecedores da minha vida.

À direção e aos professores dos estabelecimentos de ensino onde a amostra do presente trabalho foi recolhida, pela disponibilidade e auxílio em todos os momentos.

Às minhas colegas de seminário de dissertação pela troca de dúvidas e incertezas, pela compreensão, pelo companheirismo e pelo carinho nos momentos mais complicados.

Às minhas amigas Margarida Ferrão, Catarina Sousa, Catarina Tibério e Ana Lúcia pela amizade incondicional e por me ajudarem sempre que as forças pareciam desaparecer.

À minha colega Adriana Palma, que me acompanhou em todo o processo de realização deste trabalho, estando comigo em todos os momentos, desde a recolha dos dados à entrega final. Obrigada!

Aos meus pais e irmã por tudo. Por estarem sempre lá, mesmo quando nem eu sabia que precisava. É realmente tudo para e por vocês!

A todos o meu mais sincero obrigada.

## Resumo

A literatura tem demonstrado uma relevante influência do funcionamento familiar na adoção de comportamentos de risco por parte de adolescentes, nomeadamente comportamentos suicidas e autolesivos (Mesquita, Ribeiro, Mendonça & Maia, 2011). O presente estudo procura, através da utilização do Modelo Circumplexo de Olson em três elementos do agregado familiar (filhos, mães e pais), compreender a relação entre o funcionamento familiar e os comportamentos acima citados.

Os dados foram recolhidos de uma amostra total de 82 adolescentes, com idades compreendidas entre os 16 e os 19 anos, da área da grande Lisboa, cujos pais e mães também preencheram os questionários.

Os instrumentos utilizados foram a Escala de Coesão e Flexibilidade Familiar FACES IV (Olson, 2011), o Inventário de Comportamentos Autolesivos (Duarte e Gouveia-Pereira, 2015) e o Questionário de Ideação Suicida (Reynolds, 1988) e os resultados mostram que 35,4% dos adolescentes apresentam comportamentos autolesivos (N=29), 64,6% não apresentam estes comportamentos (N=53) e 13,4% dos adolescentes apresentam ideação suicida, sendo que a maioria que apresenta sintomatologia suicida, adota comportamentos autolesivos (72,7%). Os resultados demonstram uma forte influência do funcionamento familiar na adoção de comportamentos autolesivos/ideação suicida, sendo a correlação estabelecida por estas variáveis negativa, ou seja, quanto melhor o funcionamento familiar, menor a presença de comportamentos autolesivos/ideação suicida. Os resultados também demonstram diferenças na percepção do funcionamento familiar, entre filhos e mães em adolescentes que apresentam CAL.

Tendo em conta os resultados obtidos, este tipo de investigação deverá ser continuado no futuro, nomeadamente contemplando as percepções de filhos, mães e pais.

**Palavras-chave: Adolescência, Funcionamento Familiar, Comunicação Familiar, Satisfação Familiar, Ideação Suicida, Comportamentos Autolesivos.**

## **Abstract**

The literature has shown a significant influence of the family functioning in the adoption of risk behaviors by adolescents, namely suicidal and self-injurious behaviors (Mesquita, Ribeiro, Mendonça & Maia, 2011). In this way, the present study seeks to understand the relationship between family functioning and the behaviors mentioned above, using Olson's Circumplex Model in three elements of the household (children, mothers and fathers).

The data was collected from a total sample of 82 adolescents aged 16 to 19 from the Greater Lisbon area, whose parents also completed the questionnaires.

The instruments used were the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale - FACES IV (Olson, 2011), Inventory of Self-Harm Behaviors (Duarte & Goveia-Pereira, 2015) and Suicidal Ideation Questionnaire – SIQ (Reynolds, 1988) and the results showed that 35,4% of the adolescents presented self-harm behaviors, 64,6% did not presented self-harm (N=53), 13.4% presented suicidal ideation and the majority of those with suicidal symptoms adopt self-injurious behaviors (72.7% of adolescents). The results show a strong influence of family functioning on the adoption of self-injurious behaviors and existence of suicidal ideation. The correlation established by these variables is negative, that is, the better the family functioning, the lower the probability of the adolescent having self-injurious behaviors or suicidal ideation. The results also show differences in the perception of family functioning between adolescents and mothers in families of teens who self-harm.

Considering the results obtained, this type of research should be continued in the future, especially contemplating the perceptions of adolescents, mothers and fathers.

**Keywords: Adolescence, Family Functioning, Family Communication, Family Satisfaction, Suicidal Ideation, Self-Harm**

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	2
<b>1. Adolescência</b> .....	2
<b>2. Comportamentos suicidas na adolescência</b> .....	3
2.1 <i>Ideação Suicida (IS)</i> .....	3
2.2 <i>Tentativa de suicídio (TS)</i> .....	4
2.3 <i>Comportamentos Autolesivos (CAL)</i> .....	4
2.4 <i>Fatores de Risco e de Proteção</i> .....	7
<b>3. Família e adolescência</b> .....	9
<b>4. Funcionamento Familiar</b> .....	11
4.1 <i>Coesão Familiar</i> .....	12
4.2 <i>Flexibilidade Familiar</i> .....	13
4.3 <i>Comunicação Familiar</i> .....	13
4.4 <i>Satisfação Familiar</i> .....	15
<b>5. Funcionamento familiar, ideação suicida e CAL na adolescência</b> .....	16
<b>OBJETIVOS E HIPÓTESES</b> .....	19
<b>MÉTODO</b> .....	21
<b>Participantes</b> .....	21
<b>Instrumentos</b> .....	24
<i>Escala de Funcionamento Familiar (FACES IV)</i> .....	24
<i>Inventário dos Comportamentos Autolesivos (ICAL)</i> .....	27
<i>Questionário de Ideação Suicida (SIQ)</i> .....	28
<b>Procedimento</b> .....	29
<b>RESULTADOS</b> .....	31
<b>DISCUSSÃO</b> .....	37
<b>Considerações Finais, Limitações e Propostas para Estudos Futuros</b> .....	43
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	45
<b>ANEXOS</b> .....	51
ANEXO A – Autorização das Escolas .....	51
ANEXO B – Autorização dos Diretores de Turma .....	52
ANEXO C – Consentimento Informado dos Encarregados de Educação .....	53

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1:</b> Distribuição dos adolescentes segundo ocorrência de CAL e género.	<b>21</b>
<b>Tabela 2:</b> Distribuição dos adolescentes segundo a idade e o género.	<b>21</b>
<b>Tabela 3:</b> Distribuição dos adolescentes segundo ocorrência de CAL e género.	<b>22</b>
<b>Tabela 4:</b> Distribuição dos adolescentes segundo ocorrência de CAL e ideação suicida.	<b>22</b>
<b>Tabela 5:</b> Distribuição das mães e pais segundo idade.	<b>23</b>
<b>Tabela 6:</b> Análise de consistência interna das subescalas do FACES IV adaptado para a população portuguesa de adolescentes.	<b>25</b>
<b>Tabela 7:</b> Análise de consistência interna das subescalas do FACES nas mães e pais.	<b>26</b>
<b>Tabela 8:</b> Análise de consistência interna do Inventário dos Comportamentos Autolesivos.	<b>27</b>
<b>Tabela 9:</b> Análise de consistência interna do Questionário de Ideação Suicida.	<b>28</b>
<b>Tabela 10:</b> Correlação de Pearson entre Funcionamento Familiar (Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar, Comunicação e Satisfação) e Ideação Suicida, nos três elementos do agregado familiar (82 famílias).	<b>33</b>
<b>Tabela 11:</b> ANOVA one-way/Teste de Kruskal-Wallis para as dimensões do funcionamento familiar em famílias de adolescentes com CAL (N=29)	<b>34</b>
<b>Tabela 12:</b> Correlação de Pearson entre Funcionamento Familiar (Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar, Comunicação e Satisfação), Ideação Suicida e ocorrência de CAL no adolescente, nos três elementos do agregado familiar de famílias onde o adolescente apresenta CAL (N=29).	<b>36</b>

## Lista de Figuras

**Figura 1:** *Fórmulas para Obtenção dos Rácios do Modelo Circumplexo.* **26**  
(Adaptada de “*FACES IV: Scoring & Storing DATA*” de Olson, 2010,  
*Unpublished manuscript, p.2.*)

## INTRODUÇÃO

A adolescência caracteriza-se como uma fase de transição de desenvolvimento humano, situada entre a infância e a fase adulta, na qual o sujeito vivencia alterações a nível biológico, psicológico e social, no caminho da formação de uma identidade definida e madura em simultâneo com um afastamento das figuras de referência e uma gradual aproximação ao grupo de pares (Sampaio, 1991; Guerreiro & Sampaio, 2013). Pela grande quantidade de importantes transformações às quais o sujeito é submetido durante esta fase, este encontra-se fortemente permeável à adoção de comportamentos de risco, nomeadamente comportamentos suicidas.

Os comportamentos suicidas nos adolescentes apresentam-se sob a forma de um espectro contínuo com início na ideação suicida passiva e não específica, passando pela ideação suicida ativa com intenção de morte, terminando nas tentativas de suicídio e no suicídio consumado (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001), podendo em qualquer momento haver a presença de comportamentos autodestrutivos/autolesivos através dos quais o adolescente exprime o seu sofrimento e comunica a sua dor.

A literatura existente sobre esta temática apresenta uma ideia consensual ao considerar que estes comportamentos não ocorrem devido à presença de apenas um fator, sendo muitas vezes a família e a qualidade do funcionamento familiar um preditor da adoção de comportamentos suicidas (Guerreiro & Sampaio, 2013). Desta forma, as relações estabelecidas, a coesão, a flexibilidade, a comunicação e a satisfação familiar surgem como dimensões do sistema familiar a considerar quando se estuda a problemática contida neste estudo.

O presente trabalho será composto por uma primeira parte de revisão de literatura referente às variáveis exploradas no mesmo – Adolescência, Comportamentos Suicidas (Ideação Suicida, Tentativas de Suicídio e Comportamentos Autolesivos) e Funcionamento Familiar e onde serão definidos os objetivos e hipóteses do estudo; uma segunda parte que corresponderá à definição da metodologia utilizada, onde constam os participantes, os instrumentos utilizados e o procedimento realizado; uma terceira parte constituída pela análise dos resultados obtidos e conseqüente resposta às hipóteses colocadas anteriormente e por último uma quarta parte da qual fará parte a discussão dos resultados obtidos à luz da literatura, as principais considerações e limitações do estudo, bem como as propostas para estudos futuros.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1. Adolescência

Tem-se mostrado difícil encontrar uma definição do conceito de adolescência e do seu tempo de duração, visto esta ser uma designação que varia consoante o contexto cultural e histórico, de forma dinâmica.

Segundo Guerreiro e Sampaio (2013), a adolescência pode ser classificada como uma fase de desenvolvimento e maturação, que se realiza entre a infância e a idade adulta, sendo caracterizada por mudanças a diversos níveis, entre os quais o fisiológico e o psicossocial. Esta grande necessidade de mudança, ao ocorrer em paralelo com uma instabilidade emocional onde o jovem se depara com dúvidas, incertezas e oscilações, pode emergir como potencial criadora de vulnerabilidade emocional (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001; Pereira, 2011;; Jorge, Queirós & Saraiva, 2015).

Durante a fase da adolescência, o jovem sofre diversas transformações que não ocorrem isoladas, mas sim, integradas no seu contexto, afetando a família, escola e grupo de pares. Tendo em conta que a família ocupa, na vida de um jovem, o principal meio de socialização e estabelecimento de relações interpessoais, esta acaba por ter um papel muito importante no desenvolvimento e na formação do jovem. Pelo papel de destaque que a família desempenha na vida de um jovem no que diz respeito ao seu desenvolvimento, condicionando o seu humor e padrões de comportamento, o papel dos pais centra-se em grande parte na criação de condições que beneficiem uma realização bem-sucedida das tarefas necessárias e esperadas de um adequado desenvolvimento dos jovens (Sprinthall & Collins, 1994).

Assim, esta etapa é fortemente influenciada pelas relações que o adolescente estabelece com o seu contexto, onde este procura a construção da sua identidade, em simultâneo com a procura de autonomia face à sua família (Guerreiro & Sampaio, 2013). Desta tentativa de autonomizar-se e delinear a sua personalidade, transformando-se num adulto maduro e com identidade definida, emergem conflitos, particularmente ao nível do núcleo familiar que podem causar grande instabilidade não só para o jovem, mas também para toda a família (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001).

## **2. Comportamentos suicidas na adolescência**

O suicídio na adolescência toma hoje lugar de problema de Saúde Pública, surgindo em grande parte dos países europeus, incluindo Portugal, como a segunda causa de morte entre os jovens com idades entre os 15 e os 24, seguindo os acidentes de viação (Azevedo & Matos, 2014; Sampaio, Oliveira, Vinagre, Gouveia-Pereira, Santos & Ordaz, 2000; Pereira, 2011). Segundo Sampaio (1991), o suicídio pode ser definido como uma estratégia utilizada pelo sujeito quando se encontra em desespero e sente não haver outra solução para comunicar a tristeza, solidão e desesperança que tomam conta do seu interior. O autor considera que, quando um sujeito realiza um comportamento suicida, existe um sofrimento de tal ordem que faz com que o mesmo o sinta como intolerável, tirando todo o sentido à sua vida.

É importante compreender que um jovem a passar pela adolescência não concebe o conceito de morte de forma concreta, negligenciando habitualmente o caráter irreversível da mesma. Assim, é comum que estes adotem comportamentos suicidas com o principal intuito de suspender o sofrimento que sentem, acabando por idealizar o que significa “morrer”, acreditando que quando atenta o suicídio, a dor que sente será extinta e não compreendendo na totalidade as consequências do suicídio (Laufer, 2000).

Os comportamentos suicidas nos adolescentes devem ser admitidos como um espectro contínuo com início em ideias/pensamentos de morte, denominados de ideação suicida passiva e não específica, passando pela ideação suicida ativa com intenção de morte (podendo ou não ter plano específico construído) até às tentativas de suicídio e ao suicídio consumado (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001). Esta sucessão de comportamentos, na qual a gravidade e consequências dos mesmos vai aumentando, simboliza sempre, segundo Oliveira, Amâncio e Sampaio (2001) uma forma do jovem comunicar o seu sofrimento, quando não encontra uma justificação para a sua vida.

### **2.1 Ideação Suicida (IS)**

Desta forma, a ideação suicida pode ser encarada como um estado inicial, em que o indivíduo apresenta pensamentos de auto-destruição, onde acredita que não existe sentido para viver a sua vida, podendo ter planos para pôr um fim a esta. A ideação suicida emerge usualmente como marcador de mal-estar emocional grave, surgindo em grande parte das vezes como preditora de futuras tentativas de suicídio. (Nock et al., 2008). Segundo Ferreira e Castela (1999) o risco de adesão a comportamentos suicidas aumenta durante a adolescência e a

passagem à fase adulta, tornando-se importante a detecção precoce do nível de ideação suicida do jovem, na medida em que esta possibilita a detecção do risco de vida no qual o adolescente se encontra, tornando possível uma intervenção adequada.

Torna-se relevante, por existirem diversificadas conceptualizações dos termos, diferenciar o conceito de ideação suicida e o de intenção suicida. Assim, ideação suicida, diz respeito a ideias de morte e pensamentos sobre a mesma, não realizando, no entanto, qualquer tentativa concreta e específica de acabar com a própria vida. Por outro lado, quando se fala em intenção suicida, assume-se que existe vontade concreta de acabar com a vida, assistida por um plano, onde é estabelecido o meio, o lugar e a forma como o suicídio acontecerá (Cohen, Spirito & Brown, 1996).

## 2.2. Tentativa de suicídio (TS)

A tentativa de suicídio apresenta-se como uma ação realizada por um sujeito, que tem como objetivo a morte deste, mas que, por diversas razões, não é atingido. É importante não esquecer que a definição e conceptualização do conceito tentativa de suicídio transporta problemas na compreensão pela dificuldade em avaliar e mensurar a intenção de morrer (Guerreiro & Sampaio, 2013).

## 2.3. Comportamentos Autolesivos (CAL)

Habitualmente, camuflados nos comportamentos suicidas entre os jovens, apresentam-se os comportamentos autolesivos (doravante designados CAL).

É importante ressaltar que não existe consenso na comunidade científica no que respeita à definição dos CAL, principalmente no carácter intencional suicida destes. Desta forma, a literatura anglo-saxónica divide os CAL em 2 grandes grupos:

- “*Deliberate self-harm*”: onde é negligenciada a questão da intencionalidade, pela dificuldade de medi-la, sendo admitidos quaisquer tipos de autolesão infligidos no próprio (Skegg, 2005, cit. por Guerreiro & Sampaio, 2013).
- “*Non suicidal self-injury*”: onde é considerada a destruição do tecido corporal (e comportamentos associados), não havendo intenção de morrer. (Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006, cit. por Guerreiro & Sampaio, 2013)

A nível nacional, o grupo de criadores do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio decidiu admitir as seguintes definições:

- *Comportamentos autolesivos*: é qualquer tipo de comportamento com ou sem intenção suicida, que engloba ações auto-lesivas com intencionalidade, como por exemplo: cortes, saltos de locais elevados, ingestão medicamentosa de doses superiores às terapêuticas recomendadas, ingestão de drogas com intuito deliberadamente agressivo direcionado ao próprio ou ingestão de objetos usualmente não passíveis de ser ingeridos.
- *Atos suicidas*: comportamentos usualmente divididos em tentativas de suicídio e suicídio consumado, sendo que qualquer comportamento tido por um indivíduo com o objetivo de morrer, mas que, por diversas razões não acontece, é denominado de tentativa de suicídio e uma situação de morte causada pelo próprio indivíduo, com intencionalidade considerada patológica, é denominada de suicídio consumado (Carvalho, Peixoto, Saraiva, Sampaio, Amaro & Santos, 2013, cit. por Guerreiro & Sampaio, 2013).

Apesar da falta de consenso na definição do conceito de CAL, existem 4 dimensões que devem sempre ser tidas em conta na investigação e no estudo dos CAL, tendo-se mostrado até à data, transversais a todas as nomenclaturas. Essas dimensões são:

- *Método*: é tida em conta a estratégia, processo ou material utilizado pelo indivíduo para se autolesionar – exemplos: cortes, queimaduras ou ingestões medicamentosas voluntárias. É habitualmente possível apurar esta dimensão através de auto-relatos, podendo variar de cortes a ingestão medicamentosa voluntária (Guerreiro & Sampaio, 2013).
- *Resultado*: pode ser a morte ou a sobrevivência com lesões e sem lesões (Guerreiro & Sampaio, 2013).
- *Letalidade*: é apurado o potencial letal do método usado. Habitualmente o uso de armas de fogo ou enforcamentos são considerados como métodos de elevada letalidade, enquanto que as mutilações são consideradas de baixa letalidade. No que diz respeito à letalidade, deve sempre ter-se em atenção a letalidade objetiva (poder letal real do método) e a letalidade subjetiva (a crença que o sujeito tem acerca da letalidade do método utilizado) (Guerreiro & Sampaio, 2013).
- *Intencionalidade*: considerado como sendo o conceito que acopla maior controvérsia. Este conceito pode ser definido como a orientação do sujeito para alcançar determinado resultado. Segundo Sampaio (1991), a intencionalidade deverá ser aferida tendo em conta a rapidez e reversibilidade do método escolhido e a possibilidade de ter auxílio aquando da

situação (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Segundo Nock (2010) os comportamentos autolesivos devem ser compreendidos como distribuídos numa escala que varia entre leve, moderada e grave, no que respeita à frequência e gravidade da lesão autoinfligida. No entanto, deve ser tido em conta que existem elementos comuns entre todos os comportamentos autolesivos, na medida em que todos são resultado de uma tentativa do jovem em comunicar o seu sofrimento, motivado por sintomatologia diversa. Nos estudos realizados a nível internacional, tem-se demonstrado como método mais comumente utilizado os cortes – independentemente do material usado para realizá-los, habitualmente em zonas que se tornem fácil ao jovem escamotear, como braços ou pernas -, o ato de se baterem, se morderem, queimarem ou puxarem o próprio cabelo (Nock, 2010).

Em pesquisas realizadas a nível nacional, nomeadamente o estudo realizado por Gonçalves, Martins, Rosendo, Machado e Silva (2012), tornou-se possível apurar que cerca de 28% de jovens, com idades entre os 12 e os 20 anos, apresentam comportamentos autolesivos. Um outro estudo mais recente, levado a cabo por Guerreiro, Sampaio, Figueira e Madge (2017), em jovens das mesmas idades do acima mencionado, constatou que cerca de 7% dos jovens relatam pelo menos um episódio de comportamento autolesivo. Neste estudo em particular, pela diferença acentuada na prevalência deste tipo de comportamentos em jovens portugueses, entre estudos, demonstra a pertinência e importância do estudo dos mesmos.

Em 2008 foi levado a cabo um estudo muito relevante a nível europeu no que respeita a comportamentos autolesivos em jovens, denominado de The Child Adolescent Self-Harm in Europe (CASE) Study, no qual foi realizada uma investigação em contexto comunitário, tendo participado cerca de 30000 adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 16 anos. Este estudo foi realizado em diversos países europeus e apurou-se que cerca de 13.5% das raparigas e 4.3% dos rapazes já tinha realizado comportamentos autolesivos, pelo menos uma vez. Foi ainda possível obter deste estudo que a forma mais usual dos adolescentes terem estes comportamentos é através de cortes, seguido de overdoses (Madge et al., 2008).

Estes comportamentos, são considerados habitualmente como estratégias para suportar sentimentos e emoções com valência emocional negativa usualmente presentes na fase da adolescência, como a desvalorização, a frustração e a rejeição. Assim, ao provocarem dor física em si mesmos, de alguma forma, estarão a aliviar o sofrimento e a dor emocional que sentem (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Matos & Sampaio, 2009).

#### 2.4.Fatores de Risco e de Proteção

Segundo Hawton, Saunder e O'Connor, (2012), os comportamentos suicidas em adolescentes podem ser admitidos como o resultado de uma relação complexa entre fatores genéticos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais. De entre as principais causas sociais para pensamentos e comportamentos suicidas na adolescência, surgem a disrupção nas relações interpessoais, em muitas vezes, potenciadas por traumas infantis, disfunção familiar, dificuldades na integração social, falta de relações recíprocas e cuidadoras (Sheftall, Mathias, Furr & Dougherty, 2013).

A literatura sobre os comportamentos suicidas em jovens apresenta uma ideia consensual ao considerar que estes comportamentos não ocorrem devido à presença de apenas um fator ou causa (Guerreiro e Sampaio, 2013). Assim, existem diversos fatores que adoptam uma posição protetora – fatores protetores – ou facilitadora – fatores de risco – no que concerne à adopção de comportamentos suicidas e comportamentos autolesivos (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001).

Como fatores de risco com ação predisponente de adopção de comportamentos suicidas, surgem na literatura a idade – onde a prevalência de comportamentos suicidas aumenta com a fase final da adolescência -, o género – em que a taxa de suicídio consumado se demonstra mais elevada no sexo masculino, sendo a ideação e tentativa suicida mais comuns no sexo feminino -, uma história passada de comportamentos suicidas – visto que 1/3 dos jovens que se suicidam já haviam realizado uma tentativa de suicídio anteriormente -, a presença de patologia psiquiátrica – demonstrada em estudos que, mais de 90% dos jovens que cometem suicídio teriam uma patologia psiquiátrica, sendo as mais comuns as perturbações do humor, o abuso de substâncias, as perturbações afetivas, as perturbações do comportamento, as perturbações depressiva e de ansiedade e as perturbações de personalidade - e traços de personalidade como a impulsividade, a desesperança e o perfeccionismo, tal como dificuldades na resolução de problemas e adopção de estratégias de *coping* adequadas. É ainda comum aceitar-se a história familiar de comportamento suicida, a psicopatologia parental, a ausência ou dificuldade de comunicação entre o adolescente e os pais, a presença de conflito familiar e a existência de violência familiar como fatores que predispõem o jovem à realização de comportamentos suicidas. Podem ainda ser considerados fatores como o *bullying*, situações de abuso físico/sexual, isolamento social, inexistência ou insuficiência de rede de suporte e o fácil acesso a meios letais, como sendo predisponentes a comportamentos suicidas nos jovens (Pereira, 2011). Por outro lado, segundo Pereira (2011), existem fatores que apresentam grande

probabilidade de desencadear o surgimento de comportamentos suicidas, como a existência de conflitos nas relações interpessoais do jovem (a nível familiar e entre pares), os problemas de caráter académico. A autora postula que estes acontecimentos podem precipitar o início dos comportamentos suicidas pela vulnerabilidade do jovem, não aparecendo, no entanto, como a causa destes.

Existem ainda fatores que representam uma proteção face ao aparecimento deste tipo de comportamentos em adolescentes, denominados de fatores protetores, entre eles a existência de estratégias de *coping* adequadas, a presença de bom suporte social, uma ligação próxima à família, grupo de pares e escola e, a outro nível, uma boa resposta dos serviços de saúde quando necessários (Pereira, 2011). No que diz respeito a fatores protetores de comportamentos suicidas, a WHO (2011) considerou existirem quatro grandes grupos de fatores: familiares (relação positiva entre membros da família, percepção de apoio/suporte familiar), cognitivos e da personalidade (capacidades sociais adequadas, procura de aconselhamento por parte de outros, capacidade de valorização pessoal, existência de capacidade relacional e comunicacional, faculdade de planeamento de um projeto futuro), culturais e sociodemográficos (valores e ideais, relações interpessoais) e ambientais (qualidade de vida, mensurada principalmente através da qualidade do sono e do apetite).

### **3. Família e adolescência**

Segundo Andolfi (1981) o conceito de família pode ser definido como um sistema de interações, onde a compreensão dos comportamentos dos elementos do sistema depende do estudo das relações estabelecidas por estes. Gameiro e Sampaio (1985) definem família como “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”, o que vai de encontro ao postulado por Von Bertalanfy (1972), em que a família deve ser considerada como um sistema aberto, sendo que os seus elementos se movimentam dentro e fora desta, através das relações com os sistemas extrafamiliares. O autor considera ainda que os comportamentos de cada elemento do sistema familiar podem influenciar todo o sistema, bem como cada elemento pode ser influenciado por todos os outros elementos do sistema.

Segundo Minuchin (1988), qualquer família apresenta um conjunto de regras que definem a organização das relações estabelecidas entre os membros do sistema, onde, cada sistema cria e desenvolve as suas transações relacionais e a sua capacidade de resistir à mudança, adaptando-se a esta de forma adequada. A este conjunto de regras, Minuchin (1988) denominou de estrutura familiar, onde o estabelecimento de limites surge com grande importância, sendo que estes são utilizados na regulação da transmissão de informação entre os elementos do sistema, bem como na clarificação de qual a sua função, dentro do sistema familiar. Os limites podem ser claros, onde existe delimitação das funções entre elementos do sistema, podem ser difusos, onde existe uma grande permeabilidade que pode levar à confusão no que diz respeito às funções de cada elemento e, podem ser rígidos, onde existe dificuldade ao nível das trocas de informação entre os membros da família e da comunicação (Minuchin, 1979).

De acordo com Relvas (1996), a família deve ser observada com um olhar holístico, na medida em que, ao longo de todo o seu período de desenvolvimento, vai passando por diferentes fases ao que o autor denominou de ciclo vital da família. As fases de mudança pelas quais todas as famílias passam dizem respeito a transformações e adaptações ao nível dos elementos da família, bem como ao nível do sistema familiar em si. Visto que os ciclos familiar e individual se encontram em permanente contato, as regras e papéis desempenhados por cada elemento da família devem ser definidos, de forma a que, em simultâneo, sejam potenciadas a autonomia dos elementos e o sentimento de pertença ao sistema familiar. Assim, o ciclo vital da família pode ser caracterizado como um conjunto de todas as fases pelas quais o sistema familiar passa, onde, se forma dinâmica, são acopladas as características individuais dos elementos da família,

as relações por estes estabelecidas dentro do sistema e as relações que este estabelece com os contextos que o envolvem (Minuchin, 1988; Relvas, 1996).

Uma fase muito importante para qualquer sistema familiar é o momento no qual a família tem descendência que se encontra a passar pela fase da adolescência, pelas diversas transformações, a nível individual e familiar, que necessitam de constante adaptação e reestruturação comportamental e emocional de todos os elementos da estrutura familiar (Relvas, 1996). Esta fase demonstra-se transversal, na medida em que desencadeia alterações na relação pai-filho, na vida pessoal dos pais pelo facto de atingirem a meia idade e, na vida dos avós, ao atingir a velhice (Saraceno, 1992, cit. por Gouveia-Pereira, Abreu & Martins, 2014).

Durante a adolescência, são tornadas visíveis as dificuldades de comunicação entre os membros do sistema familiar e os conflitos – essencialmente entre pais e filhos, habitualmente resultantes do movimento de individualização e autonomização do jovem, contrastado pela necessidade de reestabelecer novas regras e limites no que concerne à autoridade parental (Sampaio, Barros & Wojciechowska, 2006).

Segundo Cruz (2005), é na relação com os filhos que os pais aprendem o verdadeiro significado de parentalidade, ao auxiliarem os jovens no seu desenvolvimento pessoal e relacional, presenteando-os com os recursos disponíveis no seio do sistema familiar. Assim, a relação com os pais, representa para os adolescentes uma diversidade de funções, entre as quais a de resposta às necessidades básicas de sobrevivência, de afeto e confiança, a criação de um mundo organizador que leva à adoção de rotinas familiares e o auxílio na criação de oportunidades fora do sistema familiar no qual os jovens se possam desenvolver.

É natural que os pais sintam dificuldades na adaptação às alterações que a adolescência dos filhos exige, principalmente se já tiverem ocorrido falhas e dificuldades em fases anteriores do ciclo vital da família. Desta forma, quando o sistema familiar apresentar história de fragilidades, ao nível da coesão e/ou da flexibilidade, podem ser criadas situações de maior stress para toda a família (Mombelli, Costa, Marcon & Moura, 2011, cit. por Gouveia-Pereira, Abreu & Martins, 2014). Uma família onde existem filhos adolescentes, deve então tentar procurar novos padrões de relação, adaptados às mudanças inerentes ao elemento que se encontra nesta fase do desenvolvimento (Minuchin, 1988; Abaid, Dell’Aglia & Koller, 2010).

A relação pais-filhos é uma relação que deverá ser ajustada durante esta fase, na medida em que ambos devem aprender, de forma a que, para além de um desenvolvimento adequado e equilibrado do jovem, seja possível manter uma relação equilibrada (Alarcão, 2008). No entanto, quando o sistema familiar não tem capacidade de se mobilizar face às mudanças e situações de crise, o jovem apresenta dificuldades nas suas tarefas de autonomização e

construção de identidade, o que pode potencializar o aparecimento de sintomatologia suicida. (Minuchin, 1988; Abaid, Dell’Aglío & Koller, 2010).

Desta forma, os comportamentos e ideação suicida podem ser, em grande parte, interpretados como a estratégia utilizada pelos jovens para demonstrar, não só o seu sofrimento, mas também a sua necessidade de mudança, a nível individual e familiar, visto que, diversos fatores como a psicopatologia dos pais, a história familiar de suicídio, existência de violência familiar, a ausência ou morte de familiares, a presença de conflito familiar e o tipo de funcionamento familiar, se têm mostrado como influenciadores da ideação suicida (Pereira, 2011; Gouveia-Pereira, Abreu & Martins, 2014).

#### **4. Funcionamento Familiar**

Segundo Minuchin (1988), um funcionamento familiar saudável e bem organizado necessita de limites bem definidos, de forma a que não ocorram transferências indesejadas entre os elementos do sistema, mas tentando sempre que estes limites não sejam demasiado rígidos, possibilitando a comunicação e partilha de experiências entre os elementos.

Embora existam diversos modelos de funcionamento familiar, este trabalho terá como base as premissas do Modelo Circumplexo do Sistema Conjugal e Familiar de Olson (2000). Este modelo, criado para dar continuidade ao trabalho de Minuchin, tem-se mostrado bastante útil no que diz respeito à compreensão do funcionamento familiar, na medida em que contempla duas dimensões que se têm demonstrado muito relevantes na abordagem sistémica: a coesão e a flexibilidade.

O Modelo Circumplexo torna possível compreender e caracterizar 6 tipos de família, tendo por base os seus tipos de funcionamento: famílias equilibradas, onde existe a capacidade de adaptação do funcionamento em situações de crise; famílias rigidamente equilibradas, onde existe comportamento adequado resultante da proximidade entre os membros do sistema, em simultâneo com dificuldades na adaptação em situações de crise, resultantes da rigidez do sistema; famílias médias: apresentam níveis de adaptação equilibrados e comportamentos adequados; famílias flexivelmente desequilibradas, onde está presente comportamento problemático resultante dos níveis elevados de flexibilidade e da dificuldade de modificar os comportamentos desadequados; famílias caoticamente desligadas, onde existem dificuldades ao nível da flexibilidade e da proximidade emocional entre os elementos do sistema; famílias

desequilibradas, onde existem grandes dificuldades no que diz respeito à adaptação em situações de crise (Olson, 2011).

O modelo de Olson considera como principais hipóteses que níveis moderados de coesão e flexibilidade habitualmente dizem respeito a funcionamentos familiares saudáveis e, em contrapartida, níveis extremados de coesão e flexibilidade – sejam elevados ou muito baixos – conduzem usualmente a famílias com funcionamentos considerados problemáticos (Olson 2011).

Algo que torna este modelo bastante relevante na comunidade científica é o facto de não ser linear, mas sim apresentar um carácter dinâmico que permite admitir mudanças na família, ao longo de todo o ciclo vital da mesma. Olson (2000), considera que as famílias poderão apresentar diferenças nas dimensões coesão e flexibilidade, consoante a fase do ciclo vital em que se encontra, de forma a poder adaptar-se de forma mais adequada a períodos de mudança e a situações de crise.

#### 4.1. Coesão Familiar

Segundo Olson (2011), a dimensão “coesão” pode ser definida como o laço emocional que os diferentes elementos de uma família estabelecem entre si e assenta na forma como o sistema familiar consegue estabelecer um equilíbrio entre a independência e a união dos seus elementos.

Esta dimensão pode apresentar-se nos seguintes níveis: aglutinada ou emaranhada; muito ligada; ligada; pouco ligada e desagregada ou desmembrada. A coesão desagregada ou desmembrada caracteriza-se por níveis de coesão extremamente baixos; a um pouco ligada por níveis de coesão baixa a moderada; a ligada por níveis de coesão moderados; a muito ligada por níveis de coesão moderados a altos e a coesão aglutinada ou emaranhada por níveis de coesão extremamente elevados (Olson, 2000). Desta forma, podem ser considerados três níveis de coesão equilibrada – a pouco ligada, a ligada e a muito ligada -, potenciadores de um bom funcionamento familiar e dois níveis extremos de coesão desequilibrada – a desagregada/desmembrada e a aglutinada/emaranhada -, que perspectivam relações problemáticas no seio familiar.

O autor do modelo considera que, nos sistemas onde os níveis de coesão se demonstram equilibrados, existe uma maior capacidade do sistema familiar em manter um equilíbrio entre a união e separação dos elementos do sistema, estabelecendo relações significativas mas mantendo separação emocional, enquanto que, nas famílias com níveis de coesão desequilibrados as relações se mostram problemáticas, não havendo sentimento de pertença por parte dos elementos (coesão desagregada ou desmembrada) ou não havendo autonomia dos membros (coesão aglutinada ou emaranhada) (Olson 2011; Olson, 2000; Olson & Gorall, 2003).

#### 4.2. Flexibilidade Familiar

A dimensão “flexibilidade” define-se como a capacidade de um sistema familiar alterar e organizar a sua estrutura de poder e os papéis de cada elemento na família. Assim, esta dimensão diz respeito à capacidade de um sistema familiar em estabelecer um equilíbrio entre a mudança e a estabilidade (Olson, 2011).

Em relação à dimensão da flexibilidade, esta pode apresentar-se nos seguintes níveis: rígida, pouco flexível, flexível, muito flexível e caótica. A flexibilidade rígida é caracterizada por níveis extremamente baixos; a flexibilidade pouco flexível por níveis baixos a moderados; a flexibilidade flexível por níveis moderados; a muito flexível por níveis moderados a altos e a caótica por níveis de flexibilidade extremamente elevados.

Nos sistemas onde os níveis de flexibilidade se mostram equilibrados (pouco flexível, flexível e muito flexível) existe a capacidade de realizar um equilíbrio entre a estabilidade e a mudança, o que não acontece nas famílias com níveis de flexibilidade mais extremados, onde existe um grande controlo e falta de espaço para negociação (flexibilidade rígida) ou onde a liderança e os papeis não estão definidos (flexibilidade caótica) (Olson, 2000; Olson & Gorall, 2003).

#### 4.3. Comunicação Familiar

A dimensão “comunicação” pode ser definida como as capacidades comunicacionais que são utilizadas entre os membros do sistema e costuma ser considerada a dimensão facilitadora que auxilia as famílias a alterar níveis de coesão e flexibilidade (Olson 2011). Assim, quando um sistema apresenta boas competências comunicacionais, este consegue

ultrapassar crises através da adaptação dos níveis de coesão e de flexibilidade (Olson & Gorall, 2003).

A comunicação surge como dimensão importante e necessária para um funcionamento familiar adequado, na medida em que esta possibilita a aquisição de auto-estima positiva e adequada, tendo por base os conselhos e sugestões parentais, que tornam visível a preocupação e investimento destes no bem-estar dos filhos. Esta percepção de preocupação por parte dos pais, estabelece no adolescente uma satisfação com o contexto familiar, o que promove um menor envolvimento em comportamentos considerados de risco (Riesch, Anderson & Krueger, 2006; Sprinthall & Collins, 1994).

Tendo em atenção que a comunicação familiar não faz parte integrante do Modelo Circumplexo mas deve ser tida em conta como dimensão facilitadora das dimensões de coesão e flexibilidade familiares, sistemas familiares equilibrados no que respeita às dimensões coesão e flexibilidade, deverão traduzir uma melhor comunicação, quando comparados com sistemas familiares com níveis desequilibrados nas dimensões coesão e flexibilidade que deverão evidenciar poucas capacidades comunicacionais (Olson & Gorall, 2003).

Segundo Barnes e Olson (1985) e tendo em conta que a comunicação familiar desempenha um importante papel na vida do ser humano, nomeadamente durante a fase da adolescência, postulam que famílias com boa comunicação entre pais e filhos apresentam, à luz do Modelo Circumplexo, níveis mais elevados de coesão, flexibilidade e satisfação familiar. Segundo estes autores, embora a comunicação positiva seja catalisadora de movimentação para diferentes e mais elevados níveis de organização familiar, esta pode apresentar-se também como impedimento à capacidade deste tipo de movimentos, quando é negativa. No estudo realizado em 1985 por estes dois autores, onde procuravam perceber a relação entre a comunicação pai-filho e o Modelo Circumplexo de Olson, apuraram que os filhos expressam dificuldade em comunicar com ambos os pais, sendo esta dificuldade exacerbada na comunicação com o pai. Estes resultados comprovaram-se na medida em que as mães relataram melhor comunicação com os filhos, quando comparadas com os relatos dos pais. Foi ainda possível verificar diferenças geracionais nas percepções face à comunicação familiar, na medida em que os adolescentes apresentam uma percepção mais negativa da comunicação existente na família. Este estudo permitiu ainda indicar uma relação entre a comunicação e as dimensões de coesão e flexibilidade familiar, na medida em que as famílias com boa comunicação entre os pais e os filhos apresentam maior satisfação familiar em relação aos níveis de coesão e adaptabilidade das suas famílias.

#### 4.4. Satisfação Familiar

Uma outra dimensão importante no que diz respeito à família é a satisfação. Pode ser definida como o grau de realização dos membros do sistema familiar face às três dimensões mencionadas acima e pertencentes ao Modelo de Olson. Como tal, Olson postulou que famílias com funcionamento familiar equilibrado apresentam maior probabilidade de se encontrar satisfeitas face ao mesmo, em comparação com famílias com funcionamento familiar desadequado. Assim, famílias com níveis de coesão, flexibilidade e comunicação desequilibrados, tendem a conter maiores níveis de insatisfação familiar, enquanto que as com níveis de coesão, flexibilidade e comunicação equilibrados, apresentam maior satisfação no que respeita ao sistema familiar do qual fazem parte (Olson, 2004). Segundo Olson (2004), deve ainda ser considerada como positiva a relação entre a satisfação familiar e a comunicação familiar, na medida em que famílias com elevada satisfação familiar terão mais competências comunicacionais, quando comparadas com famílias com pouca satisfação familiar.

## **5. Funcionamento familiar, ideação suicida e CAL na adolescência**

Diversos estudos fazem a associação entre dificuldades ao nível do funcionamento familiar e a adopção de comportamentos de risco para a saúde dos jovens, como por exemplo o consumo de substâncias, patologias referentes ao comportamento alimentar, o envolvimento em relações sexuais sem proteção, os comportamentos autolesivos e o suicídio (Mesquita, Ribeiro, Mendonça & Maia, 2011). Assim, a existência de um sistema familiar disfuncional, com elevados níveis de conflito, baixos níveis de coesão e de flexibilidade e dificuldades nas competências comunicacionais entre os elementos da família, tem-se mostrado fortemente associado à existência de ideação suicida nos jovens (Moreira & Bastos, 2015) e aos comportamentos autolesivos (Guerreiro & Sampaio, 2013). Pelo contrário, quando um adolescente faz parte de um sistema familiar onde este se encontra satisfeito com as relações estabelecidas pelos elementos no que diz respeito à coesão, à flexibilidade e à comunicação e no qual este sente apoio emocional dos outros elementos e disponibilidade para auxiliá-lo em situações de crise, existe uma diminuição na probabilidade de o adolescente apresentar sintomatologia suicida e comportamentos autolesivos (Kwok & Shek, 2009; Randell et al., 2006).

Segundo Sampaio (1991), as famílias de jovens com ideação suicida, apresentam características comuns: estrutura disfuncional, com elevados níveis de coesão e baixos níveis de flexibilidade; existência de conflitos intrafamiliares recorrentes, onde não existe relação adequada com os pais e onde o jovem não tem a capacidade de perceber a relação que mantém com os pais como sendo positiva e contentora. É habitual estes conflitos surgirem em famílias desagregadas; dificuldades na comunicação, onde as mensagens entre os membros da família são de quantidade insuficiente ou de conteúdo paradoxal; pouca capacidade de socialização, tanto da família como um todo, como dos elementos desta.

Dos estudos realizados para analisar a relação entre o funcionamento familiar e a vulnerabilidade de jovens ao suicídio, emerge com grande importância o facto de, em grande parte destes, existir uma relação positiva entre as duas variáveis. A investigação conduzida por Teodoro, Cardoso e Freitas (2010), demonstrou a relação positiva entre jovens com uma elevada vulnerabilidade ao suicídio e baixos níveis de coesão e flexibilidade familiar, o que vai de acordo ao concluído no estudo de Gouveia-Pereira, Abreu e Martins (2014), no qual os autores concluíram que adolescentes de famílias disfuncionais apresentam maiores níveis de ideação suicida, quando comparados com adolescentes de famílias funcionais.

Estudos que procuram explorar a dimensão coesão do funcionamento familiar têm demonstrado que a existência de coesão familiar, relação positiva entre pai e filho, tempo passado em conjunto, supervisão parental e elevados níveis de habilitações académicas por parte dos pais, têm-se demonstrado como fatores protetores da ocorrência de comportamentos suicidas e/ou pensamentos de morte (Borowsky et al., 1999; Resnick et al., 1997; cit. por Bridge, Goldstein & Brent, 2006). Neste sentido, inúmeros estudos têm evidenciado a coesão familiar como um fator muito importante na compreensão de comportamentos suicidas pois estabelece um papel de compensadora de stress e protetora do desenvolvimento de sintomas depressivos (Sun & Hui, 2007). Por outro lado, e de acordo com Guerreiro e colaboradores (2013), famílias que exibem dificuldades ao nível da adaptabilidade/flexibilidade, com um funcionamento familiar rígido ou caótico, podem potenciar o surgimento de sintomatologia e comportamento suicida em adolescentes.

Têm sido estudadas ainda outras variáveis relacionais, como por exemplo no estudo de Bridge, Goldstein e Brent (2006), onde a qualidade da relação pai-filho é considerada como um fator que influencia os comportamentos suicidas na adolescência, tal como a percepção de insuficiência de suporte por parte dos pais. A investigação conduzida por Sun e Hui (2007) demonstrou que adolescentes com ideação suicida não demonstravam considerar os seus pais como compreensivos e capazes de responder às suas necessidades. Desta forma, estes adolescentes afirmaram não procurar os pais em momentos de crise pois não pensam na família como uma potencial rede de suporte, o que vai de encontro à ideia de que relações pobres entre pai e filho aparentam ser um fator que faz com que a família não funcione como um contentor face às ideias de morte. Diversos estudos têm ainda tornado possível a associação entre a satisfação no que concerne ao funcionamento, relações, coesão e comunicação familiares, e o aumento ou diminuição de ideação suicida e adesão a comportamentos autolesivos (Gouveia-Pereira, Abreu & Martins, 2014; Guerreiro & Sampaio, 2013).

Nos últimos anos, tem havido um aumento na investigação relativamente à perspectiva dos pais, como por exemplo, em Mojtabai e Olfson (2008) onde foi sido possível perceber que em grande parte dos casos os pais não têm conhecimento da prática deste tipo de comportamentos por parte dos seus filhos, tendo estes autores concluído no estudo realizado de forma a compreender a prevalência e preditores da detecção parental de comportamentos autolesivos em adolescentes, que menos de um em cada quatro pais tem conhecimento sobre o histórico de comportamentos destrutivos dos seus filhos. O estudo em causa mostrou-se pertinente não só pelo facto de apresentar um nível de consciência parental inferior ao relatado anteriormente na literatura, mas também pela importância que atribui a consciencialização dos

pais acerca de problemas comportamentais e emocionais dos seus filhos, com o objetivo de preveni-los.

O estudo realizado em 2016 por Kelada, Whitlock e Melvin que procura conhecer a perspectiva e experiência de pais de adolescentes que apresentam comportamentos autolesivos, permitiu concluir que quando um jovem realiza este tipo de comportamentos, as consequências destes são manifestadas não só na vida dos adolescentes, mas também no bem-estar dos pais e no funcionamento familiar. Para além de mudanças no bem-estar dos pais, puderam ainda verificar-se mudanças ao nível da relação pais-filho quando os pais tomam conhecimento dos comportamentos autodestrutivos levados a cabo pelos filhos. Estas mudanças traduzem-se em: medo dos pais que o filho volte a magoar-se, alterações no comportamento dos pais para com os filhos de modo a evitar conflitos que possam desencadear outro episódio, postura de hipervigilância e relutância em agir como figura de autoridade. Foi ainda possível apurar em alguns casos mudanças positivas na relação pai-filho, nomeadamente ao nível da comunicação que melhorou após os pais descobrirem que os filhos realizam comportamentos autolesivos, o que proporcionou a criação de relações mais próximas entre pai e filho.

## OBJETIVOS E HIPÓTESES

Pela escassez de estudos realizados a nível nacional que avaliem a relação entre o funcionamento familiar - através da utilização do instrumento FACES-IV - a ideação suicida e os comportamentos autolesivos, em diferentes elementos do agregado familiar (filhos, mães e pais) o presente estudo mostra-se pertinente, de forma a contribuir para uma maior compreensão da realidade dos sistemas familiares da população portuguesa.

Segundo Gouveia-Pereira, Abreu e Martins (2014), o aparecimento de comportamentos suicidas em adolescentes pode ser influenciado pelo tipo de funcionamento do sistema familiar a que pertencem, na medida em que famílias consideradas como disfuncionais apresentam valores mais elevados de ideação suicida nos jovens, quando comparadas com famílias funcionais. Assim, surge a **primeira hipótese**, em que é esperado que *quanto melhor for o funcionamento familiar (Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar, Comunicação e Satisfação Familiar), menor a probabilidade de presença de ideação suicida*, na amostra total de 82 famílias.

Partindo da premissa de que o tipo de funcionamento do sistema familiar do qual um adolescente faz parte influencia a adoção de comportamentos de risco, com potenciais consequências não só na vida do adolescente, como de todo o agregado familiar, considera-se pertinente explorar também as perspetivas de outros elementos do agregado, no que respeita à relação entre a adoção de comportamentos suicidas e/ou autolesivos e o funcionamento familiar (Gouveia-Pereira, Abreu & Martins, 2014; Kelada, Whitlock & Melvin, 2016). Como verificado na literatura e nomeadamente por Cruz, Narciso, Muñoz e Sampaio (2013) a investigação realizada acerca da relação entre o funcionamento familiar e a existência de CAL/ideação suicida tem vindo a focar-se maioritariamente nas perceções dos filho e, tendo em conta que nos casos em que contemplou as perceções dos pais como em Barnes e Olson (1985), se verificaram diferenças geracionais nas perceções do funcionamento familiar, considera-se pertinente estabelecer a **segunda hipótese**, em que se espera que *existam diferenças na perceção de cada dimensão do funcionamento familiar (Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar, Comunicação e Satisfação Familiar) entre filho, mãe e pai*, na amostra de famílias onde os adolescentes apresentam CAL (N=29).

De forma a complementar a hipótese acima estabelecida e visto que, segundo Guerreiro e Sampaio (2013), a probabilidade de ocorrência de comportamentos suicidas em adolescentes se mostra diminuída quando este faz parte de um sistema familiar funcional, com baixos níveis de conflito, elevados níveis de coesão e flexibilidade, boas competências comunicacionais por parte dos elementos do sistema e no qual se sentem satisfeitos pelas relações estabelecidas, mostra-se relevante estabelecer a **terceira hipótese**, direcionada para as famílias onde os adolescentes não apresentam CAL (N=53) , onde é *esperado que as percepções das dimensões do funcionamento familiar (Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar, Comunicação e Satisfação Familiar) de filho, mãe e pai, sejam semelhantes.*

Tendo em conta que a literatura tem evidenciado uma correlação negativa estabelecida entre o funcionamento familiar e a ocorrência de comportamentos suicidas e autolesivos em adolescentes (Pereira, 2011; Cruz, Narciso, Muñoz, Pereira & Sampaio, 2013), estabelece-se a **quarta hipótese**, na qual, através da exploração das correlações estabelecidas entre as percepções dos diferentes elementos do agregado familiar face ao funcionamento familiar, a ideação suicida e a ocorrência de CAL, nas famílias de adolescentes com CAL (N=29), é *esperado que (a) as correlações entre as percepções das dimensões do funcionamento familiar dos filhos e a ideação suicida dos filhos/CAL dos filhos sejam negativas; (b) as correlações entre as percepções das dimensões do funcionamento familiar das mães e a ideação suicida dos filhos/CAL dos filhos sejam negativas; (c) as correlações entre as percepções das dimensões do funcionamento familiar dos pais e a ideação suicida dos filhos/CAL dos filhos sejam negativas.*

## MÉTODO

### Participantes

A amostra do presente estudo faz parte de uma amostra global de 230 adolescentes de escolas dos distritos de Lisboa e Alverca, dos quais 98 eram do género masculino e 132 do género feminino. Na amostra global 39,1% de adolescentes apresentam comportamentos autolesivos e 60,9% afirmam nunca ter realizado esse tipo de comportamentos.

**Tabela 1:** *Distribuição dos adolescentes segundo ocorrência de CAL e género.*

CAL	Género		Total
	Masculino	Feminino	
Com CAL	30	60	90
Sem CAL	68	72	140
Total	98	132	230

Devido aos objetivos do presente trabalho e pelo facto de este procurar estudar o funcionamento familiar de adolescentes, mães e pais, a amostra utilizada será composta por 82 agregados familiares. Assim, o método de amostragem deste estudo é não probabilístico, mas sim, por conveniência e, a amostra usada é constituída por 82 agregados familiares (adolescente, mãe e pai). Dos 82 adolescentes, 50 são do género feminino e 32 do género masculino, com idades compreendidas entre os 16 e os 19 anos, com média de 17,37 (D.P. 0,712).

**Tabela 2:** *Distribuição dos adolescentes segundo a idade e o género.*

Idade	Género		Total
	Masculino	Feminino	
16	4	2	6
17	17	28	45
18	8	18	26
19	3	2	5
Total	32	50	82

O instrumento foi aplicado em três diferentes escolas, em alunos do ensino regular e do ensino profissional, do 10º ano (1,2%), do 11º ano (17,1%) e do 12º ano (81,7%).

Relativamente à nacionalidade, a que apresentou maior prevalência foi a Portuguesa (N=79; 96,3%), seguida pela Brasileira (N=2; 2,4%) e pela Guineense (N=1; 1,2%). No que respeita à família, dos 82 adolescentes, 52,4% vive com a mãe, pai e irmãos, 31,7% vive com os pais, 3,7% vive com a mãe, 1,2% vive com o pai e 11% vive com outros familiares.

Relativamente à existência de CAL, 35,4% (N=29) dos adolescentes apresenta comportamentos autolesivos e 64,6% (N=53) não apresenta comportamentos autolesivos. Em relação ao género, a maioria de adolescentes que apresenta CAL é do género feminino (62,1%).

**Tabela 3:** *Distribuição dos adolescentes segundo ocorrência de CAL e género.*

CAL	Género		Total
	Masculino	Feminino	
Com CAL	11	18	29
Sem CAL	21	32	53
Total	32	50	82

No que diz respeito a tentativas de suicídio, a maioria dos adolescentes (96,3%) responde que nunca fez qualquer tentativa de suicídio, enquanto que 3,7% afirmam já ter feito pelo menos uma tentativa de suicídio. Relativamente a tentativas de suicídio na família, 84,1% dos adolescentes afirmam não existir tentativas de suicídio na sua família, enquanto que 15,9% afirmam ter existido. No que concerne a suicídios conhecidos, a maioria dos adolescentes (64,6%) afirma não ter conhecimento de algum suicídio, sendo que 32,7% afirmam ter conhecimento.

No que respeita à relação entre a ideação suicida e a ocorrência de CAL, cerca de 72,7% dos adolescentes que realizam CAL apresentam ideação suicida.

**Tabela 4:** *Distribuição dos adolescentes segundo ocorrência de CAL e ideação suicida*

CAL	Ideação Suicida		Total
	Com Ideação Suicida	Sem Ideação Suicida	
Com CAL	8	21	29
Sem CAL	3	50	53
Total	11	71	82

Debruçando-nos na amostra dos adultos, as mães inquiridas apresentam idades compreendidas entre os 36 e os 58 anos (M= 47,39; D.P.=4,207) e os pais entre os 37 e os 62 anos (M= 48,94; D.P.= 4,391).

**Tabela 5:** *Distribuição das mães e pais segundo idade.*

Idade	Frequência	
	Mães	Pais
36-40	5	3
41-45	20	13
46-50	39	39
51-55	15	21
56-62	3	5
Ausentes		1
Total	82	82

Relativamente à nacionalidade, a maioria das mães é de nacionalidade Portuguesa (96,3%), sendo 2,4% de nacionalidade Brasileira e 1,2% de nacionalidade Guineense. Relativamente à nacionalidade dos pais, a maioria dos é de nacionalidade Portuguesa (95,1%), sendo 2,5% de nacionalidade Brasileira, 1,2% de nacionalidade Cabo-verdiana e 1,2% de nacionalidade Guineense. No que respeita ao estado civil das mães, a maioria é casada (82,7%), sendo 13,6% divorciada, estando 2,5% em união de facto e 1,2% solteira. No que respeita ao estado civil dos pais, a maioria é casado (84,1%), sendo 8,5% divorciado, estando 4,9% em união de facto e 2,4% solteiro.

No que respeita a tentativas de suicídio, 97,5% das mães afirma nunca ter cometido nenhuma tentativa de suicídio, sendo que 2,6% admite já ter tentado cometer suicídio pelo menos uma vez. No que respeita a tentativas de suicídio, todos os pais afirmam nunca ter cometido nenhuma tentativa de suicídio. A maioria das 82 mães (58,8%) afirma não saber de tentativas de suicídio de conhecidos, enquanto que 41,3% afirma ter conhecimento. Cerca de 85% das mães refere ainda não existirem suicídios na família, enquanto que 15% referem existir. A maioria dos 84 pais (62,5%) afirma não saber de tentativas de suicídio de conhecidos, enquanto que 37,5% afirma ter conhecimento. Cerca de 87,7% dos pais refere não existirem suicídios na família, enquanto que 12,3% referem ter existido.

## **Instrumentos**

### Escala de Funcionamento Familiar (FACES IV)

A escala de Coesão e Flexibilidade Familiar (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale) é um instrumento adaptado de acordo com o Modelo Circumplexo dos Sistemas Conjugais e Familiares (Olson, 2000), que se encontra na quarta versão (Olson, 2011).

É um instrumento de autopreenchimento composto por 62 itens, sendo 42 destinados a avaliar as dimensões Coesão e flexibilidade, compostas por 21 itens cada, onde a escala de resposta é do tipo Likert de 5 pontos, variando de 1= “Discordo Fortemente” a 5= “Concordo Fortemente”. A escala que avalia a Coesão (equilibrada, desagregada e aglutinada) é constituída por itens como “os membros da minha família estão envolvidos nas vidas uns dos outros” e “os membros da minha família são demasiado dependentes uns dos outros” e, a escala que avalia a Flexibilidade (equilibra, rígida e caótica), por itens como “quando necessário, a minha família é capaz de se ajustar à mudança” e “quando uma decisão é tomada, é muito difícil modificá-la”.

Em seguida apresentam-se as dimensões de Comunicação e Satisfação Familiar. A escala acerca da Comunicação Familiar é uma adaptação da da Parent Adolescent Communication Scale (Barnes e Olson, 1989, cit. por Olson, 2011), onde é avaliada a comunicação existente no sistema familiar, através de 10 itens como “os membros da minha família estão satisfeitos com a forma como comunicam uns com os outros”, com uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos, variando de 1=“Discordo Fortemente” a 5=“Concordo Fortemente”.

A escala de avaliação da Satisfação Familiar, adaptada da Family Satisfaction Scale (Olson e Wilson, 1989, cit. por Olson, 2011), pretende apurar o grau de satisfação dos participantes no que respeita ao funcionamento familiar. É composta por 10 itens como “o grau de proximidade entre os membros da família” e “a forma como os problemas são discutidos”, através de uma escala de Likert de 5 pontos, variando entre 1=“Nada Satisfeito” e 5=“Extremamente Satisfeito”.

Visto que estas escalas foram também dadas a preencher aos adultos (figuras de referência materna e paterna dos jovens), foi utilizada uma versão validada para a população portuguesa por Gomes, Peixoto e Gouveia Pereira (2017), sendo cada uma composta apenas 24 itens e pelas escalas de Comunicação – 10 itens – e de Satisfação Familiar – 10 itens.

Ao analisar a consistência interna da escala FACES IV, começou por se analisar cada uma das escalas, tendo sido necessário proceder à inversão de alguns itens, de modo a que a consistência interna se mostrasse adequada, nomeadamente aos itens pertencentes às escalas de coesão desequilibrada e de flexibilidade caótica. Assim, no presente estudo, e relativamente à amostra de adolescentes, a escala FACES IV obteve um Alfa de Cronbach global de 0,787 (ver tabela 5), sendo os alfas das escalas coesão, flexibilidade, comunicação e satisfação de 0,743, 0,746, 0,603 e 0,897, respetivamente.

**Tabela 6:** *Análise de consistência interna das subescalas do FACES IV adaptado para a população portuguesa de adolescentes*

FACES IV	Média	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach
Coesão	3,4006	0,36625	0,743
Flexibilidade	3,3698	0,38644	0,746
Comunicação Familiar	3,7185	0,64423	0,603
Satisfação Familiar	3,4329	0,72827	0,897
Funcionamento familiar	3,3981	0,29534	0,787

No que respeita à análise da consistência interna na amostra das mães a escala FACES IV obteve um Alfa de Cronbach global de 0,718 e na amostra dos pais de 0,699 (ver tabela 6). Igualmente ao que sucedeu na amostra dos filhos, de forma a que as consistências internas das escalas que constituem o funcionamento familiar se mostrassem adequadas, houve a necessidade de inverter os itens das escalas de coesão desequilibrada e de flexibilidade caótica. Na amostra dos pais mostrou-se necessário a retirada do item 7 da escala da Satisfação Familiar para que a consistência interna desta passasse de 0,003 para 0,931.

**Tabela 7:** Análise de consistência interna das subescalas do FACES nas mães e pais

FACES IV		Média	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach
Coesão	Mãe	3,4760	0,36606	0,580
	Pai	3,4567	0,29234	0,349
Flexibilidade	Mãe	3,5680	0,38169	0,637
	Pai	3,4444	0,40082	0,689
Comunicação	Mãe	3,8963	0,51642	0,880
	Pai	3,8203	0,45948	0,840
Satisfação	Mãe	3,6350	0,65605	0,913
	Pai	3,1457	0,65174	0,931
Funcionamento Familiar	Mãe	3,5244	0,31015	0,718
	Pai	3,4503	0,29607	0,699

Segundo Olson (2011), em contexto de investigação empírica, a operacionalização dos dados obtidos na escala FACES IV deve ser realizada através da transformação dos valores em rácios, de forma a possibilitar um acesso preciso ao tipo de funcionamento familiar dos participantes e a comparar valores funcionais e disfuncionais dos sistemas familiares. Assim, podem ser criados três diferentes Rácios: Rácio da Coesão Familiar, Rácio da Flexibilidade e Rácio do Funcionamento Familiar, utilizando as fórmulas presentes na figura 1.

Os valores obtidos nos rácios podem variar entre 0.2 e 5, sendo o valor 1 o que discrimina a funcionalidade ou disfuncionalidade familiar, na medida em que valores superiores a 1 dizem respeito a sistemas familiares mais funcionais e valores inferiores a 1 indicam sistemas familiares mais disfuncionais.

**Figura 1:** Fórmulas para Obtenção dos Rácios do Modelo Circumplexo. (Adaptada de “FACES IV: Scoring & Storing DATA” de Olson, 2010, Unpublished manuscript, p.2.)

$$\text{Rácio de coesão} = \text{Coesão equilibrada} / (\text{C. desagregada} + \text{C. aglutinada}) / 2$$

$$\text{Rácio de flexibilidade} = \text{Flexibilidade equilibrada} / (\text{F. rígida} + \text{F. caótica}) / 2$$

$$\text{Rácio do funcionamento familiar} = \text{Rácio de coesão} + \text{Rácio de flexibilidade} / 2$$

Assim, nos adolescentes o Rácio de Funcionamento Familiar apresenta  $M=1,6009$  e  $DP=0,27552$ , o Rácio de Coesão  $M=1,7980$  e  $DP=0,36275$  e o Rácio de Flexibilidade obteve  $M=1,4395$  e  $DP=0,27113$ . Nas mães o Rácio de Funcionamento Familiar apresenta  $M=1,7836$  e  $DP=0,40268$ , o Rácio de Coesão obteve  $M=2,0515$  e  $DP=0,64573$  e o Rácio de Flexibilidade demonstra  $M=1,6112$  e  $DP=0,38939$ . Nos pais o Rácio de Funcionamento Familiar apresenta  $M=1,7247$  e  $DP=0,35970$ , o Rácio de Coesão  $M=1,9487$  e  $DP=0,57199$  e o Rácio de Flexibilidade obteve  $M=1,5865$  e  $DP=0,37770$ .

### Inventário dos Comportamentos Autolesivos (ICAL)

O Inventário dos Comportamentos Autolesivos é um instrumento desenvolvido por Duarte e Gouveia-Pereira (2015) que permite avaliar a existência de comportamentos autolesivos. O instrumento é de autopreenchimento, constituído por 13 itens que pretendem avaliar a ocorrência de comportamentos autolesivos, onde o participante responde “Sim” ou “Não” a comportamentos como por exemplo “Cortei-me” e “Mordi-me”. Caso tenha respondido “Sim”, a escala apresenta hipóteses de resposta relativas à frequência da ocorrência do comportamento: “Uma vez”, “Duas a dez vezes” e “Mais de dez vezes”. Nesta escala não foram criados scores médios mas sim criada uma variável dicotómica de resposta “Sim” ou “Não”, sendo atribuídos a cada sujeito um “Sim” se já tivesse praticado pelo menos um comportamento autolesivo e um “Não” aos adolescentes que nunca tivessem tido um comportamento autolesivo (“Não”=0; “Sim”=1). No que respeita à consistência interna da escala no presente estudo, esta apresentou um Alfa de Cronbach elevado (0,794).

**Tabela 8:** *Análise de consistência interna do Inventário dos Comportamentos Autolesivos*

CAL	Média	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach
	0,1463	0,27098	0,794

### Questionário de Ideação Suicida (SIQ)

O questionário de Ideação Suicida (Suicidal Ideation Questionnaire – SIQ) é um instrumento desenvolvido por Reynolds (1988) que permite avaliar a gravidade de pensamentos suicidas. Foi validado para a população portuguesa por Ferreira e Castela (1999), tendo apresentado um alfa de Cronbach de 0.96 no que diz respeito à consistência interna.

O instrumento é de autopreenchimento, constituído por 30 itens, como por exemplo “Pensei que seria melhor não estar vivo” e “Pensei suicidar-me”, com uma escala de resposta de tipo Likert de 7 pontos, variando entre o 0= “nunca” e o 6= “sempre”, podendo o resultado variar entre 0 e 180. Visto não existir um ponto de corte para a população portuguesa através do qual se faça a diferenciação entre a existência ou não de ideação suicida, no presente estudo, será considerado o ponto de corte do autor original (Reynolds, 1988) de 41, onde qualquer pontuação igual ou superior a este valor revelará a presença de ideação suicida no participante.

No presente estudo realizou-se a análise da consistência interna da escala, na amostra de adolescentes e de adultos (mães e pais), tendo apresentado um Alfa de Cronbach de 0,960 nos adolescentes, de 0,965 nas mães e de 0,982 nos pais.

**Tabela 9:** *Análise de consistência interna do Questionário de Ideação Suicida*

Ideação Suicida	Média	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach
Adolescentes (Filhos)	0,5629	0,73809	0,960
Mães	0,3135	0,61105	0,965
Pais	0,2757	0,69041	0,984

## **Procedimento**

De forma a proceder à recolha de dados, mostrou-se pertinente que esta fosse realizada em contexto escolar. Desta forma, foi estabelecido contato via e-mail com 12 estabelecimentos de ensino secundário da região da grande Lisboa, com o objetivo de dar a conhecer o propósito e objetivos do estudo, bem como os instrumentos a usar e a amostra necessária.

Após consentimento por parte de direções de 3 escolas (ANEXO A) e diretores de turma nas quais foram aplicados os questionários (ANEXO B), foram redigidas as autorizações para os Encarregados de Educação (ANEXO C), com o intuito de estes conhecerem o estudo, tomarem conhecimento da necessidade da sua participação e autorizarem a participação dos filhos no mesmo. Em seguida, e após a recolha das autorizações junto dos diretores de turma, foram agendadas com as direções das escolas os dias para se proceder à recolha de dados.

A recolha de dados ocorreu em contexto de sala de aula, tendo sido explicado, antes do preenchimento dos questionários, que o anonimato e confidencialidade dos participantes estaria garantido. Neste momento foram dadas ainda as instruções de como funcionava o sistema de envelopes que os jovens levavam para casa com os questionários dos pais para preenchimento (com as mesmas escalas que os questionários dos adolescentes). Ficou acordado com os alunos a data limite de devolução dos envelopes com os questionários preenchidos pela mãe e o pai.

Após o esclarecimento de dúvidas, deu-se o preenchimento dos questionários por parte dos jovens, compostos por uma folha de rosto com um breve resumo do objetivo do estudo e com um local para estes consentirem a sua participação no mesmo. Nas folhas seguintes, o questionário continha o FACES IV, o Inventário dos Comportamentos Autolesivos, o Questionário de Ideação Suicida, algumas questões sociodemográficas e outras escalas que não servirão de uso no presente estudo mas fazem parte da investigação alargada à qual este estudo pertence (ANEXOS D e E). Quando os jovens terminavam o preenchimento do questionário, este era recolhido e em seguida, esclarecidas quaisquer dúvidas. Por último, lembrava-se a data de devolução dos questionários dos pais e eram feitos os agradecimentos pela participação no estudo.

Nas datas estipuladas, foram recolhidos os envelopes com os questionários preenchidos pelos pais, das três diferentes escolas.

Mostra-se importante ressaltar que todos os questionários estavam codificados por família, de forma a ser possível identificar os três elementos do agregado familiar, garantindo o pressuposto da confidencialidade e anonimato.

### *Procedimento Estatístico*

No seguimento da recolha de todos os questionários, levou-se a cabo a inserção dos dados recolhidos na versão 25 do software IBM SPSS. Tendo em conta que a amostra utilizada no presente estudo era composta por mais do que 30 indivíduos, não foi necessário proceder-se à verificação dos pressupostos para a aplicação dos testes paramétricos.

Foi assim criada uma base de dados com todos os adolescentes que participaram na investigação (N=230), tendo sido posteriormente criada uma base de dados apenas com os jovens cujos pais e mães preencheram o questionário (N=82).

## RESULTADOS

Antes de iniciar a análise dos resultados é importante ter em atenção que a análise estatística foi realizada por meio do software SPSS Statistics (versão 25) e que, para todos os testes de hipóteses foi considerada uma probabilidade de erro de tipo I,  $\alpha = 0,05$ .

### Análise das Hipóteses de Investigação

Relativamente à análise das hipóteses do presente estudo, na tentativa de responder à **primeira hipótese** “*Quanto melhor for o funcionamento familiar – Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar, Comunicação e Satisfação – menor a presença de ideação suicida*”, realizou-se uma correlação de Pearson com o objetivo de apurar a relação entre as dimensões do funcionamento familiar e a presença de ideação suicida, nos três elementos do agregado familiar da amostra total (N=82).

Os resultados mostram que, no que respeita aos adolescentes, existe uma correlação negativa entre a ideação suicida dos adolescentes e as dimensões do funcionamento familiar (Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar, Comunicação e Satisfação Familiar), ou seja, quanto melhor é a percepção das dimensões do funcionamento familiar, menor é a ideação suicida nos adolescentes.

No caso das mães existe uma correlação positiva entre a ideação suicida das mães e o Rácio de Flexibilidade das mães. Nos pais apurou-se, tal como nas mães, uma correlação positiva entre a ideação suicida dos pais e o Rácio de Flexibilidade dos pais.

Tanto nas mães como nos pais, as restantes dimensões do Funcionamento Familiar (Rácio de Coesão, Rácio de Funcionamento Familiar, Comunicação e Satisfação não apresentam correlações significativas com a Ideação Suicida dos mesmos. No entanto, é importante referir que a Ideação Suicida das mães estabelece uma relação positiva com a Ideação Suicida dos pais, o que mostra que, quanto maior for a sintomatologia suicida no pai, maior a sintomatologia suicida na mãe, e vice-versa.

**Tabela 10: Correlação de Pearson entre Funcionamento Familiar (Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar, Comunicação e Satisfação) e Ideação Suicida, nos três elementos do agregado familiar (N=82)**

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII
I. Rácio Coesão Filhos	-																	
II. Rácio Flexibilidade Filhos	.551**	-																
III. Rácio F. Familiar Filhos	.891**	.866**	-															
IV. Comunicação Filhos	.361**	.320**	.393**	-														
V. Satisfação Filhos	.572**	.514**	.626**	.638**	-													
VI. Ideação Suicida Filhos	-.233*	-.376**	-.328**	-.345**	-.353**	-												
VII. Rácio Coesão Mães	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-											
VIII. Rácio Flexibilidade Mães	.245*	n.s.	.255*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-										
IX. Rácio F. Familiar Mães	.247*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.847**	.835**	-									
X. Comunicação Mães	.259*	.315**	.341**	n.s.	.343**	n.s.	.484**	.474**	.568**	-								
XI. Satisfação Mães	n.s.	n.s.	n.s.	.310**	.268*	n.s.	.403**	.290**	.403**	.290**	-							
XII. Ideação Suicida Mães	.014	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.249*	n.s.	n.s.	-.184	-						
XIII. Rácio Coesão Pais	.232*	n.s.	n.s.	.384**	.277*	n.s.	.374**	.221*	.390**	.270*	.389**	n.s.	-					
XIV. Rácio Flexibilidade Pais	.237*	.232*	.279*	.327**	.324**	-.246*	n.s.	.328*	.279*	n.s.	n.s.	.345**	.336**	-				
XV. Rácio F. Familiar Pais	.298**	n.s.	.271*	.459**	.374**	-.250*	.341**	.316**	.414**	.303**	.341**	.227*	.822**	.794**	-			
XVI. Comunicação Pais	n.s.	n.s.	n.s.	.511**	.399**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.284*	.393**	n.s.	.617**	.342**	.574**	-		
XVII. Satisfação Pais	n.s.	n.s.	.235*	.506**	.362**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.273*	.509**	n.s.	.607**	.430**	.611**	.794**	-	
XVIII. Ideação Suicida Pais	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.346**	n.s.	.320**	n.s.	n.s.	n.s.	-

Legenda: quando o valor da Correlação de Pearson não é significativo: "n.s."

\*:p<.05; \*\*:p<.01

Para analisar a **segunda hipótese**, em que se espera que *existam diferenças na percepção de cada dimensão do funcionamento familiar (Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar, Comunicação e Satisfação Familiar) entre filho, mãe e pai*, na amostra de famílias de adolescentes com CAL (N=29), foram realizadas ANOVAS one-way nas dimensões Rácio de Coesão e Satisfação Familiar e testes Kruskal-Wallis nas dimensões Rácio de Flexibilidade, Rácio de Funcionamento Familiar e Comunicação Familiar pelo facto de estas três não apresentarem distribuição normal ( $p=0,026$ ;  $p=0,008$ ;  $p=0,008$ , respetivamente). Os resultados das famílias de adolescentes com CAL (N=29) demonstram que existem diferenças significativas entre pelo menos dois dos grupos no que respeita ao Rácio Coesão, ao Rácio Flexibilidade e ao Rácio do Funcionamento Familiar. Os testes realizados permitiram ainda apurar que não existem diferenças entre os grupos no que respeita às dimensões Comunicação e Satisfação Familiar (ver Tabela 11).

**Tabela 11:** ANOVA one-way/Teste de Kruskal-Wallis para as dimensões do funcionamento familiar em famílias de adolescentes com CAL (N=29)

Funcionamento Familiar	Filhos		Mães		Pais		<i>p</i>
	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	
Rácio Coesão	1,7414	.38956	2,0598	.56063	1,8798	.41093	<b>.035</b>
Rácio Flexibilidade	1,3292	.31657	1,6511	.42946	1,5101	.24221	<b>.002</b>
Rácio F. Familiar	1,5157	.31975	1,8145	.41125	1,6596	.23687	<b>.004</b>
Comunicação	3,6536	.74906	3,8786	.53635	3,8310	.37901	.306
Satisfação	3,1793	.73697	3,6034	.58155	3,4828	.65349	.047

De forma a compreender entre quais grupos se apresentam diferenças estatisticamente significativas, no Rácio Coesão, no Rácio Flexibilidade e no Rácio do Funcionamento Familiar, foram realizados Testes Post-Hoc (Teste de Scheffé e Teste de Dunn) – consoante o carácter paramétrico ou não paramétrico do teste anteriormente realizado -, que demonstrou que existem diferenças estatisticamente significativas entre os filhos e as mães, nas três dimensões acima referidas (Rácio de Coesão, Rácio de Flexibilidade e Rácio de Funcionamento Familiar,  $p=.036$ ,  $p=.002$ ,  $p=.003$ , respetivamente). Não se verificaram diferenças significativas entre o casal e entre pai e filho em nenhuma das dimensões.

De forma a analisar a **terceira hipótese**, onde se espera que as percepções das dimensões do funcionamento familiar (*Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar, Comunicação e Satisfação Familiar*) de filho, mãe e pai, sejam semelhantes, foi realizada uma ANOVA one-way na dimensão Satisfação Familiar e testes Kruskal-Wallis nas dimensões Rácio de Coesão, Rácio de Flexibilidade, Rácio de Funcionamento Familiar e Comunicação Familiar pelo facto de estas quatro não apresentarem distribuição normal e/ou homogeneidade de variâncias ( $p=0,024$ ;  $p=0,009$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,002$ , respetivamente).

Os resultados das famílias de adolescentes sem CAL (N=53) demonstram que não existem diferenças significativas em nenhuma das dimensões do funcionamento familiar (*Rácio de Coesão, Rácio de Flexibilidade, Rácio de Funcionamento Familiar, Comunicação e Satisfação*), entre os três elementos do agregado familiar.

Para analisar a **quarta hipótese**, em que se espera que as correlações entre a ideação suicida dos filhos/ocorrência de CAL nos filhos e as percepções do funcionamento familiar dos filhos sejam negativas; que as correlações entre a ideação suicida/CAL dos filhos e as percepções do funcionamento familiar das mães sejam negativas; que as correlações entre a ideação suicida dos filhos/CAL dos filhos e as percepções do funcionamento familiar dos pais sejam negativas, na amostra composta por famílias onde os adolescentes apresentam CAL (N=29).

Os resultados (Tabela 12) revelam correlações negativas entre a Ideação Suicida dos filhos e as dimensões do Funcionamento Familiar dos mesmos, o que demonstra que quanto melhor for o funcionamento familiar, menor a ideação suicida no adolescente. A variável CAL dos filhos estabelece uma correlação negativa com todas as dimensões do funcionamento familiar, o que sugere que quanto melhor o funcionamento, menor a probabilidade de ocorrência de CAL. Os CAL dos filhos estabelecem ainda uma correlação positiva com a Ideação Suicida dos filhos.

Nas mães, verifica-se uma correlação negativa entre a Ideação Suicida dos filhos e as dimensões Comunicação e Satisfação das mães e uma correlação positiva entre a Ideação dos filhos e as dimensões Rácio de Coesão, Rácio de Flexibilidade e Rácio de Funcionamento Familiar das mães. No que respeita ao CAL dos filhos, estes estabelecem uma correlação negativa com a Comunicação das mães e uma correlação positiva com as dimensões Rácio de Coesão, Rácio de Flexibilidade, Rácio de Funcionamento Familiar e Satisfação das mães.

Nos pais, todas as dimensões do funcionamento familiar se encontram correlacionadas de forma negativa com a Ideação Suicida dos filhos. Relativamente ao CAL dos filhos, este

correlaciona-se de forma negativa com a Comunicação e Satisfação dos pais e de forma positiva com as dimensões Rácio de Coesão, Rácio de Flexibilidade e Rácio de Funcionamento Familiar dos pais.

**Tabela 12: Correlação de Pearson entre Funcionamento Familiar (Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar, Comunicação e Satisfação), Ideação Suicida e ocorrência de CAL no adolescente, nos três elementos do agregado familiar de famílias onde o adolescente apresenta CAL (N=29)**

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII	XIX
I. Rácio Coesão Filhos	-																		
II. Rácio Flexibilidade Filhos	.698**	-																	
III. Rácio F. Familiar Filhos	.918**	.923**	-																
IV. Comunicação Filhos	n.s.	n.s.	n.s.	-															
V. Satisfação Filhos	.684**	.652**	.727**	.444*	-														
VI. Ideação Suicida Filhos	n.s.	-.442*	-.406*	-.434*	n.s.	-													
VII. CAL Filhos	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-.472**	.426*	-												
VIII. Rácio Coesão Mães	n.s.	n.s.	n.s.	-.434*	n.s.	n.s.	n.s.	-											
IX. Rácio Flexibilidade Mães	n.s.	n.s.	n.s.	-.457*	n.s.	n.s.	n.s.	.453*	-										
X. Rácio F. Familiar Mães	n.s.	n.s.	n.s.	-.523**	n.s.	n.s.	n.s.	.841**	.859**	-									
XI. Comunicação Mães	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.620**	.550**	-								
XII. Satisfação Mães	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.387*	-							
XIII. Ideação Suicida Mães	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.394*	n.s.	-						
XIV. Rácio Coesão Pais	n.s.	n.s.	n.s.	.473*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-					
XV. Rácio Flexibilidade Pais	n.s.	n.s.	n.s.	.376*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-				
XVI. Rácio F. Familiar Pais	n.s.	n.s.	n.s.	.571**	n.s.	-.414*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.789**	.717**	-			
XVII. Comunicação Pais	n.s.	n.s.	n.s.	.487**	n.s.	-.436*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.505**	n.s.	.514**	-		
XVIII. Satisfação Pais	n.s.	n.s.	n.s.	.473**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.536**	.461*	.622**	.801**	-	
XIX. Ideação Suicida Pais	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.381*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-

Legenda: quando o valor da Correlação de Pearson não é significativo: "n.s."

\* p<.05; \*\* p<.01

## DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado com o principal objetivo de analisar o modo como o Funcionamento Familiar de adolescentes, pais e mães, se relaciona com a existência de Ideação Suicida e a ocorrência de Comportamentos Autolesivos nos adolescentes.

Primeiramente, foi possível constatar na amostra em estudo (N=82) que cerca de um terço dos jovens (35,4%) apresentam comportamentos autolesivos e cerca de 13,4% dos adolescentes apresenta ideação suicida. Quando relacionadas estas duas variáveis, foi possível perceber que a maioria dos adolescentes que apresentam sintomatologia suicida, adotam comportamentos autolesivos (72,7% dos adolescentes com ideação suicida).

A literatura tem feito referência aos fatores protetores e predisponentes da adoção de comportamentos de risco, nomeadamente de comportamentos suicidas, dos quais fazem parte a ideação suicida e os comportamentos autolesivos. Embora estes comportamentos possam ser considerados imprevisíveis, nomeadamente em adolescentes, existem alguns fatores que podem ser preditores destes comportamentos, como por exemplo a existência de psicopatologia (habitualmente perturbações de humor, perturbações relacionadas com consumo de substâncias e perturbações de personalidade), história de tentativas de suicídio (do adolescente ou da família), sentimentos de desesperança e incapacidade na planificação de um projeto de vida, presença de quadros ansiosos e de stress, acontecimentos de vida negativos, falta ou inexistência de suporte social e familiar, padrões de vinculação inseguros e conflitos e dificuldades nas relações familiares (Gonçalves, Freitas & Sequeira, 2011). Assim, pelo caráter múltiplo de possíveis fatores predisponentes à adoção de comportamentos suicidas e, acima de tudo pela importância da família nestes, torna-se pertinente estudar o funcionamento familiar destes adolescentes e respetivos pais.

Relativamente às hipóteses em estudo, a **primeira hipótese** “quanto melhor for o funcionamento familiar (Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar, Comunicação e Satisfação Familiar), menor a probabilidade de presença de ideação suicida nos adolescentes, pretende averiguar qual a relação que existe entre o funcionamento familiar e a ideação suicida, na amostra total de 82 famílias.

No que respeita à relação entre o funcionamento familiar e a ideação suicida, os resultados dos adolescentes demonstram que existe uma correlação negativa estatisticamente significativa entre as duas variáveis. Assim, quanto melhor for o funcionamento familiar, ou seja, quanto mais coeso, flexível, com boas capacidades comunicacionais entre os elementos e com o qual estes se sintam satisfeitos, menor será a presença de sintomatologia suicida nos

adolescentes. Desta forma, os resultados obtidos no presente estudo vão de encontro a estudos previamente realizados que concluíram que a existência de um funcionamento disfuncional, constituído por baixos níveis de coesão e flexibilidade e dificuldades comunicacionais, potenciariam a presença de sintomatologia suicidas (Moreira & Bastos, 2015).

Relativamente aos adolescentes deve ainda ser referido que, tal como seria esperado, todas as dimensões do Funcionamento Familiar destes se encontram correlacionadas de forma positiva entre si, o que demonstra, por exemplo, que quanto melhor a Coesão Familiar percebida pelo adolescente, melhor a Comunicação Familiar percebida pelo adolescente.

Em relação às mães e aos pais, mostra-se pertinente referir que todas as dimensões do Funcionamento Familiar das mães se encontram correlacionadas de forma positiva, tal como todas as dimensões do Funcionamento Familiar dos pais se encontram positivamente correlacionadas entre si.

Ao analisar as correlações estabelecidas entre as dimensões do Funcionamento Familiar e a Ideação Suicida, nas mães e nos pais, constatou-se que apenas a correlação entre a dimensão Rácio de Flexibilidade e Ideação Suicida se mostrou significativa, sendo, no entanto, positiva, o que demonstra que quanto maior a capacidade percebida pelas mães e pais do sistema familiar em ser flexível e adaptar-se à mudança, maior a sintomatologia suicida presente nestes. Este resultado não vai ao encontro do esperado, o que pode ser explicado pela reduzida dimensão da amostra, que impossibilita uma generalização dos resultados, evidenciando a necessidade da análise desta hipótese em amostras de pais de maior dimensão. Os resultados dos pais e mães não irem na mesma direção dos obtidos junto dos adolescentes pode ainda ser explicado com o facto de, tendo em conta a fase de vida em que estes se encontram (fase adulta), a família poder não ser um dos fatores mais preponderantes no que diz respeito a prever o aparecimento de sintomatologia suicida, podendo ser mais relevantes as circunstâncias de vida do sujeito, como por exemplo a sua situação no emprego ou as suas relações com o cônjuge. Esta última possibilidade poderá ser corroborada através do facto de as ideias suicidas da mãe e do pai estabelecerem uma relação positiva, o que demonstra que o estado psicológico do companheiro terá grande impacto no bem-estar psicológico do sujeito, podendo assim o relacionamento mantido com o cônjuge ser um dos potenciais preditores da presença de sintomatologia suicida nos adultos.

Desta forma, a primeira hipótese encontra-se corroborada para a amostra de adolescentes, em que, tal como esperado e postulado na literatura, quanto melhor for a percepção do Funcionamento Familiar por parte dos adolescentes, menor a sintomatologia

suicida que estes apresentam. Por outro lado, a hipótese não foi corroborada para os pais, na medida em que não se estabeleceu uma correlação negativa entre as dimensões do Funcionamento Familiar e a Ideação Suicida nos pais.

Em seguida, torna-se necessário analisar a **segunda hipótese** onde são esperadas *diferenças na percepção de cada dimensão do funcionamento familiar (Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar, Comunicação e Satisfação Familiar) entre filho, mãe e pai*, na amostra de famílias onde os adolescentes apresentam CAL (N=29), cujo principal objetivo se prende em averiguar se existem diferenças nas percepções dos diferentes elementos do agregado familiar.

Os resultados das famílias de adolescentes com CAL (N=29) demonstram que existem diferenças significativas entre pelo menos dois dos grupos (filhos, mães e pais) no que respeita ao Rácio Coesão, ao Rácio Flexibilidade e ao Rácio do Funcionamento Familiar. Foram realizados Testes Post-Hoc que demonstraram que existem diferenças estatisticamente significativas entre os filhos e as mães, nas três dimensões acima referidas. Não se verificaram diferenças significativas entre o casal e entre pai e filho em nenhuma das dimensões.

Através da análise das médias amostrais de filhos e mães, podemos concluir que no que respeita ao Rácio de Coesão, a mãe apresenta valores mais elevados, o que pode ser traduzido numa percepção do sistema familiar como sendo mais coeso pela mãe, quando comparado com a percepção do filho. O mesmo pode ser verificado nas dimensões Rácio de Flexibilidade e Rácio de Funcionamento Familiar, nas quais as mães apresentam valores médios superiores aos dos filhos, evidenciando assim uma percepção mais positiva do sistema familiar por parte das mães, em comparação com os filhos.

A existência de diferenças na percepção dos adolescentes e das figuras de referência parental face ao funcionamento familiar pode ser explicada pelo facto de, visto o adolescente se encontrar na fase da adolescência e esta ser caracterizada em grande parte por um movimento de autonomia e individualização face aos pais, pautado por conflitos familiares e transformações nas relações entre estes elementos do sistema familiar, pais e filhos terem diferentes ideias e sentimentos face à qualidade das relações por si estabelecidas, em grande parte moldadas por diferenças geracionais (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001; Barnes & Olson, 1985).

Assim, como seria esperado, a hipótese foi corroborada na medida em que foram encontradas diferenças nas percepções das dimensões do Funcionamento Familiar, em

particular, entre as mães e os adolescentes e nas dimensões Rácio de Coesão, Rácio de Flexibilidade e Rácio de Funcionamento Familiar.

Ao analisar a **terceira hipótese**, onde é *esperado que as percepções das dimensões do funcionamento familiar (Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar, Comunicação e Satisfação Familiar) de filho, mãe e pai, sejam semelhantes*, nas famílias de adolescentes sem CAL (N=53), os resultados demonstram que não existem diferenças significativas em nenhuma das dimensões do funcionamento familiar, entre os três elementos do agregado familiar.

Os resultados obtidos neste estudo vão assim de encontro ao esperado e ao postulado na literatura, em que tem sido verificada uma forte associação entre problemas ao nível do funcionamento familiar e a adoção de comportamentos autolesivos, onde a probabilidade de o adolescente apresentar comportamentos autolesivos diminui com a satisfação com as relações estabelecidas entre os elementos do sistema familiar, a existência de suporte emocional familiar, a coesão familiar e a supervisão dos pais (Guerreiro & Sampaio, 2013). Assim, famílias que apresentam melhores níveis de coesão, flexibilidade, comunicação familiar e satisfação familiar, podem atuar como protetoras da adoção de comportamentos suicidas e/ou comportamentos autolesivos (Moreira & Bastos, 2015; Guerreiro & Sampaio, 2013). Desta forma, o facto de estes adolescentes não apresentarem CAL pode ser explicado em parte por fazerem parte de sistemas familiares mais equilibrados, nos quais as relações estabelecidas se demonstram mais harmoniosas e menos conflituosas, o que poderia indicar uma maior aproximação entre as percepções das dimensões do funcionamento familiar dos três elementos, o que se verificou através da ausência de diferenças entre os mesmos.

Posto isto, tal como esperado, a hipótese foi corroborada na medida em que não foram encontradas diferenças nas percepções das dimensões do Funcionamento Familiar, entre os três elementos do agregado familiar de famílias onde os adolescentes não apresentam CAL.

De seguida, ao analisar a **quarta hipótese**, em que se procura perceber a relação entre as percepções do funcionamento familiar dos três elementos e a presença de ideação suicida e CAL nos filhos e onde se *espera que (a) as correlações entre as percepções das dimensões do funcionamento familiar dos filhos e a ideação suicida dos filhos/CAL dos filhos sejam negativas; (b) as correlações entre as percepções das dimensões do funcionamento familiar das mães e a ideação suicida dos filhos/CAL dos filhos sejam negativas; (c) as correlações entre as percepções das dimensões do funcionamento familiar dos pais e a ideação suicida dos filhos/CAL dos filhos sejam negativas.*

Os resultados demonstraram que nas famílias de adolescentes com CAL, os dados referentes aos adolescentes vão na sua generalidade de encontro ao esperado, onde a maioria das dimensões do funcionamento familiar estabelecem correlações positivas entre si, com exceção da dimensão Comunicação, que apenas estabelece uma correlação significativa com a Satisfação.

No entanto, ao analisar as correlações referentes aos adolescentes, foi possível apurar que um melhor funcionamento familiar equivale a uma menor ocorrência de CAL e menor sintomatologia suicida. Foi ainda possível verificar uma correlação positiva entre as variáveis Ideação Suicida e CAL, o que vai de encontro ao esperado, na medida em que, segundo Oliveira, Amâncio e Sampaio (2001), ambas fazem parte de um espectro contínuo de comportamentos suicidas, através dos quais o adolescente expressa o seu sofrimento e mal-estar.

Nas mães, verifica-se uma correlação negativa entre a Ideação Suicida dos filhos e as dimensões Comunicação e Satisfação das mães e uma correlação positiva entre a Ideação dos filhos e as dimensões Rácio de Coesão, Rácio de Flexibilidade e Rácio de Funcionamento Familiar das mães. No que respeita ao CAL dos filhos, estes estabelecem uma correlação negativa com a Comunicação das mães e uma correlação positiva com as dimensões Rácio de Coesão, Rácio de Flexibilidade, Rácio de Funcionamento Familiar e Satisfação das mães.

Nos pais, todas as dimensões do funcionamento familiar se encontram correlacionadas de forma negativa com a Ideação Suicida dos filhos. Relativamente ao CAL dos filhos, este correlaciona-se de forma negativa com a Comunicação e Satisfação dos pais e de forma positiva com as dimensões Rácio de Coesão, Rácio de Flexibilidade e Rácio de Funcionamento Familiar dos pais.

Depois de analisados os resultados, nomeadamente as correlações estabelecidas entre as dimensões do funcionamento familiar das mães e pais e a ideação suicida/CAL dos filhos, mostra-se relevante explorar os dados referentes às dimensões Comunicação e Satisfação, pelo

facto de estas estabelecerem correlações negativas com a presença de ideação suicida e CAL nos filhos, na maior parte das correlações realizadas. Aqui, é possível verificar a importância da dimensão Comunicação, onde esta deve ser analisada como mediadora da promoção e melhoria dos níveis de coesão e flexibilidade de um sistema familiar, atuando como fator potenciador da qualidade das relações estabelecidas e como fator protetor da adoção de comportamentos suicidas, na medida em que estes comportamentos apresentam um carácter comunicacional para com a sua família (Sampaio, 1991; Olson, 2011). Desta forma, e tendo em conta que quanto melhor a Comunicação Familiar percebida por pais e mães, menor a presença de sintomatologia suicida e/ou adoção de comportamentos autolesivos, deve ser promovida a capacidade comunicacional entre pais e filhos, de forma a, através do seu papel mediador, esta auxiliar os adolescentes e famílias a adaptar os seus níveis de coesão e flexibilidade quando colocados em situações de crise.

Por outro lado, a Satisfação familiar também se mostrou importante e deve ser igualmente tida em conta, visto que, para além de estabelecer uma correlação positiva com a comunicação familiar em todos os elementos do sistema familiar, se mostrou correlacionada negativamente com a presença de sintomas suicidas e/ou comportamentos autolesivos, evidenciando que, quanto melhor a Satisfação face ao funcionamento familiar percebido pelos três elementos, menor a probabilidade de os adolescentes apresentarem comportamentos de risco (Olson, 2004).

## **Considerações Finais, Limitações e Propostas para Estudos Futuros**

O presente estudo mostra-se pertinente por várias razões, sendo as principais a inexistência de estudos realizados acerca do tema em amostras portuguesas, que considero acontecer pelo facto de o suicídio em adolescentes ser ainda considerado “tabu” na nossa sociedade e pelo facto de, muitas vezes os estabelecimentos de ensino não se mostrarem cooperantes, possivelmente por existir uma sensação de vergonha ou receio de consequências que a publicação dos resultados obtidos num estudo poderá trazer à instituição. Em seguida, mostra-se pertinente pelo facto de procurar associar o funcionamento familiar dos jovens não só à presença de sintomatologia suicida, mas também à ocorrência de comportamentos autolesivos, problemáticas que a literatura nos mostra afetar em grande escala a população portuguesa de adolescentes. Por último, o facto de o principal objetivo deste estudo se centrar na compreensão da percepção do funcionamento familiar, não apenas pelo adolescente, mas também pelas suas figuras de referência materna e paterna, faz com que este possibilite uma maior e mais adequada compreensão do contexto familiar do adolescente, influenciador de práticas de comportamentos de risco como os comportamentos suicidas e autolesivos.

No entanto, importa ainda ter em atenção algumas das limitações do estudo em causa, de forma a, em estudos futuros existir uma tentativa de colmatá-las. Desta forma, a primeira limitação prende-se no facto de a recolha dos dados ser realizada em contexto de sala de aula, que em simultâneo com a grande dimensão do questionário, pode ter levado os adolescentes a responder ao mesmo de forma desatenta e desmotivada, levando assim a um possível enviesamento dos resultados. A segunda limitação, que acontece por motivos de conveniência, diz respeito ao facto de a amostra não apresentar grande diversidade pois foi recolhida apenas no distrito de Lisboa, embora que, em três escolas do mesmo. Esta limitação faz com que não consigamos obter uma demonstração generalizada dos resultados dos adolescentes portugueses, mas apenas dos adolescentes da região de Lisboa. A terceira limitação relaciona-se com a dimensão da amostra conseguida, na medida em que, por motivos de conveniência, apenas tenham sido explorados os resultados dos adolescentes cujos pais e mães responderam ao questionário, levando assim a uma dimensão inferior à esperada. A quarta limitação diz respeito ainda à amostra dos adultos (mães e pais dos adolescentes) na medida em que se torna muito difícil a garantia de que os seus resultados fossem reais pois os questionários preenchidos pelos pais – mesmo que após recomendações de como proceder de forma a manter o anonimato e confidencialidade -, podem apresentar enviesamentos, visto não termos como garantir que a)

não são preenchidos em conjunto pela mãe e pelo pai e b) não apresentam respostas com teor de desejabilidade social, pelo facto de os questionários terem obrigatoriamente de ser devolvidos pelos adolescentes. Esta última circunstância pode levar os pais a responder de forma não honesta, pelo receio de que os filhos vejam as suas respostas.

Assim, com vista a, em estudos futuros, estas limitações serem ultrapassadas, considera-se importante a adoção de determinadas atitudes como: garantir que o preenchimento de todos os participantes (filhos, mães e pais) seja supervisionado, de forma a que não haja enviesamentos nos resultados, o que pode ser conseguido através da criação de um espaço, em parceria com as escolas envolvidas, onde os pais possam preencher os questionários em contexto escolar, de forma privada e sem inibições; replicação do estudo em outras zonas geográficas do país, de forma a poder realizar uma generalização mais correta da população adolescente portuguesa; a aplicação dos questionários em amostras não-comunitárias, como por exemplo em hospitais – algo que já começou a ser posto em prática, por exemplo, na Unidade de Adolescência do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria – de forma a poder ser comparadas amostras clínicas com amostras comunitárias e, assim poder ser planeada uma melhor e mais adequada intervenção preventiva junto dos adolescentes. Por último, mostrar-se-ia importante realizar este tipo de estudos em formato longitudinal, de forma a compreender a evolução dos sintomas suicidas e/ou dos comportamentos autolesivos, em (a) adolescentes de amostras clínicas, de forma a perceber a influência do acompanhamento psicológico neste tipo de patologia; (b) adolescentes de amostras comunitárias, nos quais seria realizada intervenção de carácter psicoeducativo no contexto escolar e familiar com o principal objetivo de auxiliar os professores, pais e restante agregado familiar na compreensão de temas como ideação suicida e comportamentos autolesivos em adolescentes.

## REFERÊNCIAS

- Abaid, J. L. W., Dell, D. D., & Koller, S. H. (2010). Preditores de sintomas depressivos em crianças e adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 9(1), 199-212.
- Alarcão, M. (2000). (Des) equilíbrios familiares: uma visão sistémica. (3ªEd.) *Psicologia Clínica e Psiquiatria*. Coimbra, Portugal.
- Andolfi, M. (1981). *A terapia familiar*. Lisboa: Editorial Veja.
- Andrade, L. H. S. G. D., & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Rev. psiquiatr. Clínica*, 285-90.
- Azevedo, A., & Matos, A. P. (2014). Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 179-190.
- Barnes, H. L., & Olson, D. H. (1985). Parent-adolescent communication and the circumplex model. *Child development*, 438-447.
- Batista, M. A., & Oliveira, S. M. D. S. S. (2005). Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. *Psic: Revista da Vetor Editora*, 6(2), 43-50.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(3- 4), 372-394.
- Carvalho, A., Peixoto, B., Saraiva, C. B., Sampaio, D., Amaro, F., Santos, J. C., ... & Santos, N. (2013). Plano nacional de prevenção do suicídio 2013/2017. *Lisboa: Direcção Geral da Saúde*.
- Cohen, Y., Spirito, A., & Brown, L. K. (1996). Suicide and suicidal behavior. In *Handbook of adolescent health risk behavior* (pp. 193-224). Springer, Boston, MA.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*.
- Cruz, D., Narciso, I., Muñoz, M., Pereira, C. R., & Sampaio, D. (2013). Adolescents and self-destructive behaviours: An exploratory analysis of family and individual correlates. *Behavioral psychology/Psicología conductual: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 21, 271-288.

Cruz, D., Narciso, I., Pereira, C. R., & Sampaio, D. (2014). Risk trajectories of self-destructiveness in adolescence: Family core influences. *Journal of Child and Family Studies*, 23(7), 1172-1181.

Ferreira, J. A., & Castela, M. C. (1999). *Questionário de ideação suicida (QIS)*.

Ferreira G., S., Martins, C., Rosendo, A. P., César Machado, B., & Silva, E. (2012). Self-injurious behavior in Portuguese adolescents. *Psicothema*, 24(4).

Gameiro, J., & Sampaio, D. (1985). *Terapia familiar*. Edições Afrontamento.

Gonçalves, A., Freitas, P., & Sequeira, C. (2016). Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: factores de risco e de protecção. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, (40), 149-159.

Guerreiro, D.F. & 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), 204-213.

Guerreiro, D. F., Cruz, D., Frasilho, D., Santos, J. C., Figueira, M. L., & Sampaio, D. (2013). Association between deliberate self-harm and coping in adolescents: a critical review of the last 10 years' literature. *Archives of suicide research*, 17(2), 91-105.

Guerreiro, D. F., Sampaio, D., Figueira, M. L., & Madge, N. (2017). Self-harm in adolescents: A self-report survey in schools from Lisbon, Portugal. *Archives of suicide research*, 21(1), 83-99.

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.

Hamza, C. A., Stewart, S. L., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 482-495.

Jorge, J. C., Queirós, O., & Saraiva, J. (2015). Descodificação dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida: Estudo qualitativo das funções e significados na adolescência. *Análise Psicológica*, 33(2), 207-219.

Kelada, L., Whitlock, J., Hasking, P., & Melvin, G. (2016). Parents' experiences of nonsuicidal self-injury among adolescents and young adults. *Journal of Child and Family Studies, 25*(11), 3403-3416.

Kwok, S., & Shek, D. T. L. (2009). Social problem solving, family functioning, and suicidal ideation among Chinese adolescents in Hong Kong. *Adolescence, 44*, 391-406.

Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the "whats" and "whys" of self-harm. *Journal of youth and Adolescence, 34*(5), 447-457.

Laufer, M. (2000). Compreender o suicídio: tem um significado especial a adolescência. *O adolescente suicida, 69-79*.

Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E. J. D., Corcoran, P., Fekete, S., ... & Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of child Psychology and Psychiatry, 49*(6), 667-677.

Matos, M. G., & Sampaio, D. (2009). Jovens com Saúde: Diálogo com uma geração. *Lisboa: Texto Editores*.

Marôco, J. (2010). *Análise estatística*.

Mesquita, C., Ribeiro, F., Mendonça, L., & Maia, Â. (2011). Relações familiares, humor deprimido e comportamentos autodestrutivos em adolescentes. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente, 97-109*.

Minuchin, S., Du Ranquet, M., & Wajeman, M. (1979). *Familles en thérapie*. Editions France-Amérique.

Minuchin, P. (1988). Relationships within the family: A systems perspective on development. *Relationships within families: Mutual influences, 7-26*.

Mojtabai, R., & Olfson, M. (2008). Parental detection of youth's self-harm behavior. *Suicide and life-threatening behavior*, 38(1), 60-73.

Moreira, L. C. D. O., & Bastos, P. R. H. D. O. (2015). Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. *Psicologia Escolar e Educacional*, 19(3), 445-453.

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 133-154.

Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual review of clinical psychology*, 6, 339-363.

Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (2001). As preocupações dos jovens face ao suicídio—Representações sociais do suicídio na adolescência. *Psiquiatria Clínica*, 22(1), 41-48.

Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (2012). Arriscar morrer para sobreviver: olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 19(4), 509-521.

Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of family therapy*, 22(2), 144-167.

Olson, D. H. (2004). Family Satisfaction Scale (FSS). *Minneapolis: Life Innovations*.

Olson, D. (2011). FACES IV and the circumplex model: Validation study. *Journal of marital and family therapy*, 37(1), 64-80.

Olson, D. H., & Gorall, D. M. (2006). Faces IV and the Circumplex model. *Minneapolis, MN: Life Innovations*.

Pereira, C. (2011). Risco suicidário em jovens: Avaliação e intervenção em crise. *PsiLogos*, 9(1&2).

Randell, B. P., Wang, W-L., Herting, J. R., & Eggert, L. E. (2006). Family factors predicting categories of suicide risk. *Journal of Child and Family Studies*, 15(3), pp. 255–270.

Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica* [The family life cycle: Systemic perspective]. Porto: Afrontamento.

Resende, C., Santos, E., Santos, P., & Ferrão, A. (2013). Depressão nos adolescentes: mito ou realidade?. *Nascer e Crescer*, 22(3), 145-150.

Rice, K. G., & Leffert, N. (1997). Depression in Adolescence: Implications for School Counsellors. *Canadian Journal of Counselling*, 31(1), 18-34.

Riesch, S. K., Anderson, L. S., & Krueger, H. A. (2006). Parent-child communication processes: Preventing children's health-risk behavior. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 11(1), 41-56.

Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio*. Lisboa: Editorial Caminho; 1991.

Sampaio, D., Barros, E., & Wojciechowska, D. (2006). Lavrar o mar: Um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos.

Sampaio, D., Oliveira, A., da Graça Vinagre, M., Gouveia-Pereira, M., & Santos, N. (2012). Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário. *Análise Psicológica*, 18(2), 139-155.

Sheftall, A. H., Mathias, C. W., Furr, M. & Dougherty, D. M. (2013). Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts. *Attachment & Human Development*, 15 (4), 368-383.

Schermann, L. B., Béria, J. U., Jacob, M. H. V. M., Arossi, G., Benchaya, M. C., Bisch, N. K., & Rieth, S. (2014). Estresse em adolescentes: estudo com escolares de uma cidade do sul do Brasil. *Aletheia*, (43-44), 160-173.

Sprinthall, A. N., & Collins, W. (1994). *Psicologia da Adolescência*.

Sun, R. C., & Hui, E. K. (2007). Psychosocial factors contributing to adolescent suicidal ideation. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(6), 775-786.

Teodoro, M. L., Cardoso, B. M., & Freitas, A. C. H. (2010). Afetividade e conflito

familiar e sua relação com a depressão em crianças e adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(2).

Von Bertalanffy, L. (1972). The history and status of general systems theory. *Academy of Management Journal*, 15(4), 407-426.

World Health Organisation. (2011). *Suicide prevention and special programmes*.

## ANEXOS

### ANEXO A – Autorização das Escolas



À Direção da Escola/Agrupamento de Escolas

---

Excelentíssimos Senhores,

No âmbito da Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica do 5ºano, as alunas do ISPA-IU, têm de desenvolver um trabalho com uma componente prática de investigação.

Com o objetivo de recolher dados para o referido trabalho, subordinado ao tema: "Funcionamento familiar e comportamentos de risco na adolescência", vimos por este meio solicitar o apoio para que as nossas alunas Catarina Real (Nº22513) e Adriana Palma (Nº22509) possam levar a bom termo a sua investigação.

Antecipadamente gratos pela atenção dispensada, subscrevemo-nos atenciosamente.

Lisboa, 4 de Janeiro de 2018

---

## ANEXO B – Autorização dos Diretores de Turma



Exmo.(a). Sr. ou Sra. Diretor de Turma

No âmbito da realização de um Mestrado em Psicologia Clínica, sob a orientação da Professora Doutora Maria Gouveia Pereira, do ISPA-Instituto Universitário, as alunas Catarina Real e Adriana Palma estão a desenvolver um estudo sobre funcionamento familiar e comportamentos de risco na adolescência.

Para tal, e após obtenção do consentimento da Direção da Escola \_\_\_\_\_, vimos por este meio solicitar a sua colaboração junto dos alunos da sua turma, de forma a auxiliar-nos no processo de recolha de dados e facilitação na comunicação com os respetivos Encarregados de Educação.

Antecipadamente gratas pela atenção dispensada, subscrevemo-nos atenciosamente.  
Catarina Ramos Real e Adriana Lopes Palma (ISPA-Instituto Universitário)

## ANEXO C – Consentimento Informado dos Encarregados de Educação



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

No âmbito da realização de um Mestrado em Psicologia Clínica, sob a orientação da Professora Doutora Maria Gouveia Pereira, do ISPA-Instituto Universitário, as alunas Catarina Real e Adriana Palma estão a desenvolver um estudo sobre funcionamento familiar e comportamentos de risco na adolescência.

Para tal, foi solicitada a sua colaboração e do seu educando sendo que a recolha de dados será feita através de um questionário, de preenchimento voluntário, tendo a duração aproximada de 20 minutos. O questionário é anónimo e confidencial e a sua participação é crucial para a realização desta investigação.

Vimos assim pedir-lhe autorização para que o seu educando participe neste estudo. Nesse sentido, pedimos que destaque este documento pelo tracejado e o devolva ao Diretor de Turma, depois de preenchido e assinado.

Caso algo esteja incorreto ou não esteja claro, não hesite em solicitar mais informações para o correio eletrónico [catarina-real@hotmail.com](mailto:catarina-real@hotmail.com) ou [adrianarlp07@hotmail.com](mailto:adrianarlp07@hotmail.com).

Muito Obrigado

-----  
Declaro que li e compreendi este documento. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, o meu educando recusar participar nesta investigação sem qualquer tipo de represálias. Desta forma,

Autorizo

NÃO Autorizo

que o/a meu/minha educando/a (nome) \_\_\_\_\_,  
turma \_\_\_\_\_, participe no estudo sobre funcionamento familiar e comportamentos de risco na adolescência e permito a utilização dos seus dados de forma voluntária, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas neste documento.

Assinatura do Encarregado de Educação: \_\_\_\_\_