



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Márcia Raquel Cardoso Teixeira

**RELAÇÃO ENTRE ESTILOS EDUCATIVOS
PARENTAIS, ESTILOS DE COPING E SAÚDE MENTAL
EM ADOLESCENTES**

**Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia,
área de especialização em Psicologia da Educação, Desenvolvimento e
Aconselhamento orientada pela Professora Doutora Maria da Luz Bernardes
Rodrigues Vale-Dias e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências
da Educação da Universidade de Coimbra.**

Outubro de 2021

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
da Universidade de Coimbra

Relação entre Estilos Educativos Parentais, Estilos de Coping e Saúde Mental em Adolescentes

Márcia Raquel Cardoso Teixeira

Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia,
área de especialização em Psicologia da Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento,
orientada pela Professora Doutora Maria da Luz Bernardes Rodrigues Vale-Dias e apresentada à
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Outubro de 2021

1 2  9 0

UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Agradecimentos

Com o culminar desta grande etapa da minha vida, não podia deixar de dar o meu agradecimento especial às pessoas que, comigo, tornaram possível estes 5 anos.

Em primeiro lugar, à minha orientadora, a Professora Doutora Maria da Luz Vale-Dias, pela partilha de conhecimento, pela disponibilidade, por todo o apoio, ajuda e preocupação que demonstrou quanto ao meu bem-estar e ao meu percurso.

À Doutora Mariana Carvalho, por toda a paciência e entrega que demonstrou ter para que não me sentísse desamparada ou perdida. Por todo o carinho, preocupação e por todas as palavras de incentivo ao longo desta última etapa do caminho. Por toda a partilha de conhecimento e por todos os esclarecimentos que sempre se mostrou disponível a dar.

Às Instituições por me abrirem portas e aos Alunos e Encarregados de Educação por tornarem possível a recolha de dados.

Aos meus pais, Aurora e Diniz, e ao meu irmão, Vasco, por terem tornado tudo isto possível. Por todas as oportunidades que me deram e o esforço que fizeram para que eu pudesse estudar e chegar até aqui. Por serem uma verdadeira base segura, por todo o amor e carinho que sempre me deram e continuam a dar. Por serem um exemplo de força e união. Por sermos uma verdadeira família!

Às amigas que Coimbra me deu, à Ana Beatriz, à Joana e à Micaela pelas palavras de incentivo, por todo o carinho e apoio, pela amizade para a vida.

À minha melhor amiga, Margarida, por ser sempre o meu porto seguro. Por todas as conversas, conselhos e desabafos. Por estar sempre presente e me fazer acreditar em mim.

À Lena, que sempre se mostrou disponível para me ajudar em tudo o que fosse preciso.

Aos meus colegas nesta aventura, Joana e Cláudio, com um especial agradecimento à Joana por todo apoio e paciência nesta luta final.

Por último, um obrigada muito especial à minha família, professores, colegas de curso e amigos de longa data que contribuíram de certa forma para o meu crescimento.

Resumo

Atualmente, considerando inclusivamente possíveis impactos na dinâmica familiar, decorrentes do contexto da pandemia *Covid-19*, o interesse pela investigação da influência das práticas educativas parentais no bem-estar dos adolescentes é cada vez maior. Assim, após a leitura de bibliografia relevante, pretendeu-se perceber se existe uma relação significativa entre os estilos parentais e variáveis pertinentes para o bem-estar e desenvolvimento dos adolescentes. Por conseguinte, este trabalho tem o objetivo de avaliar a existência de relações entre os Estilos Educativos Parentais, o uso de estratégias e estilos de *Coping* e a Saúde Mental. Utilizou-se uma amostra de 278 sujeitos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos, que participaram na investigação preenchendo cinco instrumentos: um Questionário Sociodemográfico (Maia de Carvalho et al., 2019), a Escala de Estilos Educativos Parentais -Versão para Filhos (Barros de Oliveira, 1994), a adaptação portuguesa do Questionário Brief Cope (Maia de Carvalho et al., 2018), MHC-SF adaptado para a população portuguesa por Matos et al. (2010) e a adaptação portuguesa do BSI (Canavarro, 1995). Os resultados demonstram que os Estilos Educativos Parentais se relacionam com os Estilos de *Coping* e, ainda, que cada uma destas variáveis poderá ter consequências na Saúde Mental. Concluiu-se assim que existe uma relação significativa entre as três variáveis em estudo, as quais se revelam interligadas, apesar de os valores preditivos serem modestos. As limitações e as implicações que esta investigação apresenta para estudos futuros são analisadas.

Palavras chave: Adolescência; Estilos Educativos Parentais; Estilos de *Coping*; Saúde Mental.

Abstract

Nowadays, considering even the possible impact on the family dynamic, arising from the COVID-19 pandemic context, the interest shown for research on the influence of parental educational practices on the wellbeing of adolescents is increasing. Thus, after reading relevant bibliography, we intended to understand if there is a significant relationship between parenting styles and important variables for the wellbeing and development of adolescents. Therefore, this work aims to assess the existence of relationships between Parental Educational Styles, the use of Coping Strategies and Styles, and Mental Health. That being so, we used a sample of 278 subjects from both genders and between 15 and 18 years of age, who participated in the investigation by filling out five instruments: a Sociodemographic Questionnaire (Maia de Carvalho, et al., 2019), the Style Scale Parental Educational - Version for Children (Barros de Oliveira, 1994), the Portuguese adaptation of the Brief Cope Questionnaire (Maia de Carvalho et al., 2018), the MHC-SF adapted for the Portuguese population by Matos et al. (2010) and the Portuguese adaptation of the BSI (Canavarro, 1995). Results demonstrate that Parental Educational Styles are related to Coping Styles, and each of the variables may have consequences on Mental Health. It was concluded that there is a significant relationship between all three variables under study, which turn out to be intertwined, although the predictive values are modest. Limitations and implications that this investigation brings out for future studies are analysed.

Keywords: Adolescence; Parental Educational Styles; Coping Styles; Mental Health.

Índice

Introdução	7
Enquadramento Conceptual	8
Adolescência	8
Estilos Educativos Parentais	10
<i>Coping</i>	12
Saúde Mental	13
Objetivos	17
Metodologia	19
Caracterização da Amostra	19
Instrumentos	22
Procedimento	26
Resultados	28
Discussão	35
Conclusão	38
Referências Bibliográficas	40

Lista de Anexos

Anexo A – Questionário Sociodemográfico

Anexo B – Mental Health Continuum – Short Form

Anexo C – Escala de Estilos Educativos Parentais

Anexo D – Questionário Brief Cope

Anexo E – Inventário de Sintomas Psicopatológicos - BSI

Anexo F – Pedido de Colaboração às Instituições

Anexo G – Consentimento Informado aos Pais

Anexo H – Consistência Interna

Introdução

“A família é a célula fundamental da sociedade. Gozando ela de saúde, todo o corpo social se apresenta saudável; adoecendo a família, a sociedade também cai enferma. O mesmo se poderia dizer em sentido contrário. A família e a sociedade não funcionam como causa-efeito ou como variável independente-dependente, mas como variáveis interativas ou moderadoras.” (Barros de Oliveira, p.5, 1994)

O contexto familiar é um componente essencial para o desenvolvimento e promoção de capacidades não só nas crianças, mas nos adolescentes e adultos. É importante a criação de um ambiente familiar adequado que permita a aprendizagem que sustenta o processo de desenvolvimento cognitivo dos seres humanos (Osório, 1996) e que favorece a saúde mental. Desde que nascemos, somos obrigados a desenvolver a capacidade de lidar com acontecimentos negativos e stressores. À medida que vamos crescendo, os problemas vão-se tornando mais complexos, assim como as formas de lidar com os mesmos também se vão alterando. Chegamos ao ponto em que nos deparamos que desde sempre os elementos externos tiveram influência não só na ocorrência dos vários acontecimentos, como na escolha de medidas adaptativas para enfrentar os vários desafios.

A família apresenta-se como um dos principais fatores decisivos no desenvolvimento e crescimento de cada um de nós. O *coping* ajuda-nos a superar os vários obstáculos que se apresentam à nossa frente. E, no final de tudo, surge a saúde mental moldada e trabalhada pela influência dos outros, do ambiente e das nossas escolhas. Poderão então estas três dimensões estar relacionadas entre si?

Em suma, entre investigações já realizadas sobre o *coping*, poucas foram as que pretenderam relacionar os estilos educativos com o *coping* e a saúde mental. Assim, a presente investigação pretende estudar as relações entre os estilos educativos parentais e os estilos de *coping* em adolescentes, e, por sua vez, perceber as associações existentes entre os estilos educativos parentais e a saúde mental medida pela psicopatologia e pelo bem-estar. A primeira parte deste trabalho incorpora uma revisão de literatura sobre os construtos que foram mencionados anteriormente, estando dividido em quatro capítulos: o primeiro caracteriza a faixa etária estudada, a adolescência. O segundo descreve os aspetos históricos e científicos que aumentaram o interesse do estudo pelos Estilos Educativos Parentais. O terceiro, remete para o conhecimento do *Coping* e dos seus estilos e estratégias. O quarto, caracteriza a Saúde mental e todos os seus envolventes na promoção do bem-estar, bem como o desenvolvimento de psicopatologia. A segunda parte deste trabalho tem uma perspectiva empírica, que contém os objetivos deste estudo, a metodologia utilizada, os resultados da investigação, a sua discussão e as conclusões.

Enquadramento Conceptual

Adolescência

Apesar de ainda ser um tema em constante desenvolvimento e evolução, a Adolescência pode, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), definir-se como um período biopsicossocial que compreende a segunda década de vida (Organização Mundial da Saúde, 1965, cit. in Ferreira & Farias, 2010) e onde ocorrem transformações de caráter físico, social, cognitivo e emocional (Martins, 2005). É uma palavra que vem do latim *adolescere* e que significa crescer (Ferreira & Farias, 2010). Segundo estudos realizados por Melvin e Wolkmar em 1993, a palavra *adolescence* foi primeiramente utilizada pela língua inglesa em 1430 para caracterizar a fase evolutiva dos homens dos 14 aos 21 anos e das mulheres dos 12 aos 21 anos (Ferreira & Farias, 2010). No entanto, desde sempre foi possível visualizar componentes psicológicos e fisiológicos específicos deste período desenvolvimental e associados ao adolescente (Sprinthall & Collins, 1999).

Como foi referido anteriormente, a adolescência é uma fase da vida do ser humano que, embora não seja conhecida na sua totalidade a nível psicológico e social, desde sempre despertou o interesse de muitos estudiosos, inclusive alguns filósofos da Antiguidade. É uma fase referida por muitos como de extrema impulsividade e excitabilidade (Ferreira & Farias, 2010). Platão (séc. IV a.C.) enfatizou características negativas dos jovens quanto ao uso de bebidas alcoólicas antes dos 18 anos (Assis et al., 2003, cit. in Ferreira & Farias, 2010), mas também reconheceu que o raciocínio era uma característica que dava os seus passos largos na adolescência (Santrock, 2003, cit. in Ferreira & Farias, 2010). Aristóteles, por outro lado, no séc. IV a.C., descreveu os jovens como apaixonados, capazes de serem levados pelos seus impulsos e exageradamente positivos nas suas afirmações (Assis et al., 2003; Cole & Cole, 2004; Sprinthall & Collins, 2009, cit. in Ferreira & Farias, 2010).

Mais tarde, Erikson (1987) divide o desenvolvimento humano em várias fases evolutivas, tendo-se focado na fase da adolescência como uma etapa de crise de identidade onde o jovem procura criar uma fonte de segurança em si próprio e na sua identidade perante as várias mudanças físicas e psicológicas que vai sofrendo com grande intensidade. Segundo Papalia e Olds (1995), esta fase é também caracterizada por alterações do humor e emoções constantes. Apesar disso, os adolescentes têm tendência a valorizar mais a opinião e a presença do grupo de pares ao invés da

família, mais especificamente, os pais (Papalia & Olds, 1995). Por consequência, os jovens começam por se refugiar mais nas amizades, por se sentirem mais à vontade e livres para expressarem os seus sentimentos e as suas emoções (Sieiro, 2020).

Todas as etapas de vida são socialmente construídas, sendo a adolescência marcada por uma instabilidade constante, pois o adolescente toma consciência das alterações físicas, gerando um ciclo de desorganização e reorganização do sistema psíquico e social. Também a puberdade é vista como mais do que um puro indicador biológico, mas sim como uma escolha de papéis, a construção de relações para a vida adulta (Lírio, 2012).

Para além de todas as transformações físicas e psicológicas características da adolescência, os jovens entram também num período crítico de aprendizagem relativa à regulação emocional. Esta passa a ser uma ferramenta de base e necessária para lidar com as alterações ao nível do domínio cognitivo, emocional e neurológico que vão sendo experienciadas ao longo do tempo (Jaffe et al., 2010; Steinberg, 2005, cit. in Silva & Freire, 2014). No entanto, e fazendo já uma ponte com o tópico que será apresentado no próximo subtítulo, também os pais têm um forte e importante papel nesta etapa de vida dos seus filhos. Estes, constituem-se como importantes agentes de socialização no desenvolvimento emocional dos adolescentes, mantendo um papel crucial ao nível da promoção e da facilitação do desenvolvimento (Bariola et al., 2011; Yap et al., 2007, cit. in Silva & Freire, 2014).

Segundo Piaget, os adolescentes chegam ao nível mais elevado de desenvolvimento cognitivo (Operatório-Formal) quando desenvolvem a capacidade de pensar de forma abstrata, aumentando a flexibilidade do pensamento (Papalia & Feldman, 2013) e as questões sobre o pensar do pensar (Kuhn, 2006, cit. in Papalia & Feldman, 2013).

Para alguns autores, como é o caso de Casullo et al. (2003), o crescimento dos estudos e das investigações quanto a esta etapa evolutiva tem-se devido a quatro fatores centrais:

- Influência do “olhar ecológico sobre o desenvolvimento humano” a partir do final dos anos 80, em que passaram a ter em conta o impacto das alterações no contexto sobre o desenvolvimento saudável e patológico (Casullo et al., 2003);
- Desenvolvimento de técnicas metodológicas que possibilitam o estudo de fatores biosociais (Casullo et al., 2003);
- Tendência a dar prioridade a estudos de psicologia aplicada, vinculados com os comportamentos antissociais, violência, abuso de drogas e gravidez precoce (Casullo et al., 2003);
- Realização de estudos longitudinais que valorizam a importância da infância e da adolescência no desenvolvimento psicológico adulto (Casullo et al., 2003);

Estilos Educativos Parentais

Os estilos parentais são um conjunto de aspetos comportamentais e emocionais na interação entre pais e filhos (Darling & Steinberg, 1993, cit. in Sieiro, 2020). O modelo teórico de Baumrind (1966) sobre os tipos de controlo parental foi um marco importante nos estudos sobre a relação entre pais e filhos, servindo de base para um novo conceito de estilos parentais que engloba aspetos emocionais e comportamentais (Weber et al., 2004, cit. in Tristão, 2009).

De acordo com o modelo de Baumrind (1966), os estilos educativos parentais podem ser categorizados em três estilos: autoritativo, autoritário e permissivo. No entanto, mais tarde, Maccoby e Martin (1983, cit. in Sieiro, 2020), expandiram este modelo de estilo parental inicial através de uma estrutura bidimensional, criando as dimensões de exigência e de responsividade. A exigência remete-se para o controlo exercido nos filhos pelos pais, de forma a que cumpram os limites estipulados, reforçando a disciplina, a maturidade e a integração no contexto familiar. A responsividade refere-se ao reconhecimento dos interesses e necessidades dos filhos pelos pais. Estes autores adicionaram ainda um quarto estilo parental: negligente (Maccoby & Martin, 1983, cit. in Sieiro, 2020).

No Estilo Autoritativo (elevada exigência e elevada responsividade), os pais tentam orientar as atividades dos filhos de um modo racional. Encorajam as trocas verbais e partilham com os filhos as razões que estão por detrás das suas decisões. São valorizadas a autonomia e o conformismo disciplinado e a figura parental reforça a sua própria perspetiva como um adulto, reconhecendo sempre os interesses individuais e os modos especiais da criança (Baumrind, 1966).

No estilo Autoritário (elevada exigência e baixa responsividade), os pais procuram moldar, controlar e avaliar o comportamento e atitudes dos filhos de acordo com as regras de conduta estabelecidas. Valorizam a obediência como uma virtude e defendem a punição onde as crenças da criança entram em conflito com o que a figura parental pensa ser o correto a seguir. (Baumrind, 1966).

No estilo permissivo (baixa exigência e elevada responsividade), os pais tentam comportar-se não punitivamente, aceitante e positiva face aos impulsos, desejos e ações dos filhos. A figura parental permite que a criança regule as suas próprias atividades, evitando o controlo e não incentivando a obedecer a padrões definidos externamente. O raciocínio é uma característica muito usada nesse estilo, assim como a manipulação (Baumrind, 1966).

Por último, o estilo negligente (baixa exigência e baixa responsividade), refere-se a pais pouco exigentes e pouco responsivos, que não se envolvem nas suas funções parentais (Baumrind, 1989). Apresentam pouco afeto e envolvimento, bem como poucas regras e limites (Maccoby & Martin, 1983).

Contudo, foram observadas características interessantes nos filhos dos pais com os respetivos estilos educativos parentais. No estilo parental autoritativo, há uma tendência para um desenvolvimento mais positivo quando comparado com os restantes estilos, como mais autoconfiança (Lamborn et al., 1991), auto-estima (Aunola et al., 2000) e um baixo índice de disfunção psicológica e comportamental (Lamborn et al., 1991). Quanto aos filhos de pais autoritários foi encontrada tendência para um bom desempenho escolar, para poucas competências sociais, baixa auto-estima e níveis mais elevados de depressão (Darling, 1999). Os filhos de pais permissivos apresentam um pior desempenho escolar, elevado índice de problemas de comportamento (Lamborn, et al., 1991), elevada auto-estima, boas competências sociais e baixos níveis de depressão (Darling, 1999). O estilo parental negligente está associado a resultados mais baixos em todos os domínios (Darling, 1999).

Estudos realizados referem que elevados níveis de exigência, característica apresentada em pais autoritativos e autoritários, está associada a um bom desempenho escolar e a um baixo índice de problemas de comportamento. Por outro lado, elevados níveis de responsividade, característica presente em pais autoritativos e permissivos, está associada ao bem-estar psicológico, autoestima e autoconfiança (Teixeira et al., 2004).

Estudos internacionais (Lamborn et al., 1991; Shucksmith et al., 1995 cit. in Tristão, 2009) e nacionais (Barbosa-Ducharne et al., 2006 cit. in Tristão, 2009) têm mostrado que os estilos parentais mais frequentes são o autoritativo e negligente.

Outra área que tem vindo a interessar os investigadores é a relação dos estilos parentais com as estratégias de *coping* mais usadas pelos filhos. Wolfardt et al. (2003), num estudo realizado, com o objetivo de analisar a relação existente entre os estilos parentais percebidos, a despersonalização, os traços de ansiedade e as estratégias de *coping*, mostraram que adolescentes que percebem os pais como autoritativos ou permissivos tendem a apresentar níveis de *coping* ativos mais elevados, e que os adolescentes que percebem os seus pais como permissivos apresentam um melhor ajustamento psicossocial. Estes mesmos resultados são também apresentados por Nijhof e Engels (2007) e Clark et al. (2002) o que demonstra uma forte fiabilidade dos resultados.

Coping

O *Coping* refere-se a um processo derivado da interação do indivíduo com o meio ambiente, no qual ocorre uma série de situações stressantes e problemáticas às quais o indivíduo precisa enfrentar (Folkman & Lazarus, 1980). Tal como referem Blalock e Joiner (2000), consiste num moderador entre eventos de vida negativos e o impacto dos mesmos no bem-estar físico e psicológico do indivíduo (Câmara & Sarriera, 2003).

A forma como as dificuldades são enfrentadas influencia diretamente os níveis de saúde e bem-estar psicológico. Na adolescência acontece um aumento e uma redescoberta quanto aos estilos de *coping*, visto ser uma fase de grandes mudanças e do aparecimento de conflitos e problemas mais complexos e englobadores de maior número de áreas da vida do adolescente. À medida em que o indivíduo cresce e vai experienciando outras contingências de vida, vai aprendendo e testando novas maneiras de lidar com os problemas (Câmara & Sarriera, 2003).

De facto, a investigação mostra que várias pessoas permanecem saudáveis após a exposição a circunstâncias stressantes e que outras amadurecem mais rapidamente após terem lidado com este tipo de eventos (Aldwin, 2007; Folkman & Moskowitz, 2004; Holahan et al., 1996 cit. in Carvalho, 2011). Desta forma, podemos considerar que existe uma relação de associação positiva entre o *coping* e o bem-estar.

No entanto, e antes de prosseguir com os objetivos fundamentais desta investigação, revela-se importante a necessidade de explorar mais os estilos de *coping*. Desta forma, e depois da pesquisa exhaustiva ao nível da literatura existente nesta área de investigação, chegamos à conclusão que o *coping* pode ser subdividido em dois tipos de *coping*, sendo eles o *coping* situacional e o *coping* disposicional.

O *coping* pode então ser considerado um processo situacional no sentido em que encara as relações entre o sujeito e o ambiente como sendo dinâmicas, mutuamente recíprocas e bidirecionais (Folkman et al., 1986 cit. in Carvalho, 2011). Lazarus (1993), numa revisão de literatura feita, retrata algumas descobertas acerca do *coping* situacional:

1. Os sujeitos utilizam diferentes estratégias de *coping* para lidar com a mesma situação;
2. As diferentes estratégias de *coping* podem variar consoante os estádios de transação de cada sujeito;
3. A utilidade da estratégia de *coping* utilizada varia consoante o conflito indutor de stress, a personalidade do sujeito e o tipo de consequência estudada.

Segundo esta perspetiva, não podemos classificar os vários estilos de *coping* como sendo bons ou maus, pois visto o *coping* ser situacional. Numa dada situação, um estilo de *coping* é

considerado eficaz se os esforços do sujeito forem bem sucedidos na redução e no controlo dos níveis de stress gerados pela situação em causa (Lazarus, 2006).

No entanto, alguns estudos também têm vindo a mostrar que existem determinados estilos de *coping* que se mantêm estáveis ao longo do tempo e das situações (Folkman & Moskowitz, 2000; Lazarus, 1993, 2006, cit. in Carvalho, 2011).

O modelo de Folkman e Lazarus (1980, cit. in Antoniazzi et al., 1998), chamado de Modelo de Processamento de Stress e *Coping*, envolve quatro conceitos principais:

- a) O *coping* é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente;
- b) A sua função é a de administração da situação stressora, ao invés de controlo ou domínio da mesma;
- c) Os processos de *coping* pressupõem a noção de avaliação por parte do sujeito;
- d) O processo de *coping* constitui-se numa mobilização de esforço para os indivíduos empreenderem esforços cognitivos e comportamentais para administrar os conflitos internos ou externos que surgem da sua interação com o ambiente.

Saúde Mental

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005, p. 2), a saúde mental é definida como “um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas próprias habilidades, em que pode lidar com o stress normal da vida, pode trabalhar produtivamente e frutuosamente, e é capaz de contribuir com a sua comunidade” (Westerhof & Keyes, 2009).

Tal como a saúde física, também a saúde mental é considerada um bem fundamental na vida das pessoas. Podemos subdividi-la em duas partes, ou seja, o bem-estar e a psicopatologia.

O bem-estar é uma área de estudo bastante ampla que, devido à vasta investigação existente, é composta por várias conceptualizações teóricas que diferem entre elas (Novo, 2003). Apesar destas diferenças, todos os modelos assentam na ideia de que a origem do conceito reside na discussão filosófica e científica entre o hedonismo e a eudaimonia como objetivos de vida, discussão essa que levou ao aparecimento de duas correntes teóricas que, atualmente, sustentam os modelos atuais de bem-estar (Keyes et al., 2002; Lent, 2004; Ryan & Deci, 2001; Ryff & Keyes, 1995; Waterman, 1993, cit. in Monteiro et al., 2012) – o Bem-Estar Subjetivo e o Bem-Estar Psicológico.

A perspectiva hedônica consiste, fundamentalmente, na acumulação de prazer e no evitamento da dor, prevalecendo a visão de que o bem-estar consiste na avaliação subjetiva da felicidade e no nível de satisfação com a vida (Kahneman et al., 1999). Atualmente, o modelo que se aproxima mais desta visão é o Bem-Estar Subjetivo.

Devido às várias críticas colocadas a esta visão, surge a perspectiva eudaimônica como mais abrangente. Esta última, centra-se mais num funcionamento psicológico positivo e no desenvolvimento de valores como a auto-realização, o crescimento pessoal e o florescimento humano (Keyes, 2002, 2003, 2004, 2005; Ryan & Deci, 2001; Ryff, 1989a, 1989b, 1989c, 1995; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 1998a, 1998b; Waterman, 1993, cit. in Monteiro et al., 2012). Na atualidade, o modelo que mais se aproxima da visão apresentada anteriormente é o Bem-Estar Psicológico. Este modelo, também chamado modelo estrutural de funcionamento psicológico positivo, foi desenvolvido por Ryff e Singer (2008), apoia-se em várias teorias humanistas e é composto por seis dimensões:

1. Autoaceitação: uma atitude positiva e aceitadora em relação a aspetos do “eu” no passado e no presente;
2. Relacionamento Positivo com outras pessoas: ter relações pessoais satisfatórias nas quais se expressam empatia e intimidade;
3. Autonomia: autodireção, guiada pelos próprios padrões internos;
4. Domínio do Ambiente: a capacidade de gerenciar o ambiente complexo de acordo com as próprias necessidades;
5. Propósito de Vida: objetivos e crenças que afirmam um sentido de direção e significado na vida;
6. Crescimento Pessoal: a perceção do próprio potencial de autodesenvolvimento.

Mais tarde, Machado e Bandeira (2012) realizaram uma revisão bibliográfica onde afirmaram que o Bem-Estar Psicológico associa-se positivamente com autoestima e moral (Ryff, 1989, cit. in Santana & Gondim, 2016), satisfação com a vida e afetos positivos (Ryff, 1989, cit. in Santana & Gondim, 2016), *coping* (Holland & Holahan, 2003, cit. in Santana & Gondim, 2016), habilidades sociais (Segrin & Taylor, 2007, cit. in Santana & Gondim, 2016), inteligência emocional (Queroz & Neri, 2005, cit. in Santana & Gondim, 2016), resiliência (Ryff et al., 2003, cit. in Santana & Gondim, 2016) e metas intrínsecas de crescimento (Bauer & McAdams, 2004, cit. in Santana & Gondim, 2016). Desta forma, várias investigações sugerem que pessoas que consigam adequadamente regular as suas emoções tendem a ter níveis mais elevados de bem-estar (Gross & John, 2003; Nelis et al. 2011; Nyklíček, et al, 2011; Tamir, et al., 2008, cit. in Santana & Gondim, 2016).

Keyes e Westerhof (2010, cit. in Sieiro, 2019) veem a saúde mental dentro de três principais componentes: o bem-estar emocional incluindo os sentimentos de felicidade e a satisfação com a vida; o bem-estar psicológico que é o funcionamento efetivo de um indivíduo e a sua

autorrealização; o bem-estar social que é o funcionamento efetivo de uma comunidade. É necessária uma combinação de bem-estar emocional, psicológico e social para ser considerado mentalmente saudável (Keyes, 2002, cit. in Sieiro, 2019).

Um estudo realizado por Silva et al. (2007) para identificar os fatores associados ao bem-estar psicológico dentro de uma amostra de adolescentes mostrou que adolescentes de classes sociais menos favorecidas, ou seja, com um nível socioeconómico mais baixo, apresentam menores índices de bem-estar psicológico. Para além disso, constataram que existe uma associação positiva entre o bem-estar psicológico e a religiosidade.

Também um estudo realizado por Quoidbach et al. (2010), com o objetivo de examinar o impacto de estratégias de regulação emocional positivas em dois componentes do bem-estar subjetivo, nomeadamente afetos positivos e satisfação com a vida, concluiu que quando as pessoas mantêm emoções positivas, os níveis de afeto e satisfação com a vida aumentam proporcionalmente, ou seja, os níveis de bem-estar crescem consideravelmente. Por outro lado, quando as estratégias positivas não são utilizadas, os estados negativos tendem a ser mais frequentes, diminuindo, conseqüentemente, os níveis de bem-estar.

A Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2013), refere algumas preocupações e problemas que afetam a saúde mental dos adolescentes, como por exemplo a desestruturação familiar e a desistência escolar. Perante isso, foram propostas algumas estratégias de promoção de saúde mental com um impacto positivo no bem-estar dos adolescentes: o reforço das capacidades e competências individuais; o reforço das capacidades e competências das comunidades e a redução das barreiras sociais à saúde mental.

Apesar dos vários conflitos característicos na fase da adolescência, não podemos caracterizá-los como patologias (Marcelli & Braconnier, 2007). Como foi já referido no primeiro tópico deste estudo, a adolescência é uma fase onde se desenvolve o desejo de originalidade e de procura em ser alguém excepcional e único (Alencar, 2014). Este pensamento pode levar à construção da identidade que, de acordo com Erikson (1972), surge com a exposição a escolhas que podem e devem ser feitas, desde o conflito de saber com quem partilhar o resto da sua vida até às escolhas profissionais. No entanto, muitas vezes estas turbulências da adolescência quando realizadas com grande frequência e em elevados níveis de tensão, devem ser observadas com outros olhos, pois não constituem a norma na adolescência.

A psicopatologia tem por base um modelo psicológico pois pressupõe o sujeito nas suas relações intersubjetivas (Teixeira, 1991).

“Deve interessar um modelo mental que tenha em conta o sujeito, o objecto, a história e o destino da relação em si mesma e o contexto, evitando-se assim reducionismos e permitindo a aquisição de uma identidade epistemológica própria, em ligação estreita com

o saber psicológico e centrada num nível de organização que é necessariamente diferente do da natureza causal dos processos que tornam a conduta possível.” (Teixeira, 1991 p.122).

O mau funcionamento no meio familiar tem sido associado à depressão, ansiedade e estratégias parentais desadequadas (Mateus, 2016). Toni e Silvares (2017), demonstraram no seu estudo que as práticas parentais são preditoras de competência social, internalização, externalização e problemas de comportamento, e ainda que a influência parental na fase inicial da adolescência ocorre de forma direta, sendo as práticas parentais determinantes de comportamento de saúde de risco (Toni & Silvares, 2017).

De acordo com Oliva et al. (2008) os estilos educativos parentais percebidos pelos filhos estão relacionados com os sintomas psicopatológicos dos adolescentes. López (2007, cit. in Rosa-Alcázar et al., 2014) analisou a relação entre os estilos educativos parentais e a saúde mental do adolescente destacando uma associação positiva entre o afeto e a promoção da autoestima com a saúde mental.

Objetivos

Partindo da revisão e fundamentação teórica até aqui apresentada, e que sustenta esta investigação, torna-se essencial formular objetivos para o presente estudo. Recorrendo-se, por isso, a uma amostra que inclui somente adolescentes, pretende-se analisar qual a relação existente entre os Estilos Educativos Parentais e os Estilos de *Coping*, os Sintomas Psicopatológicos e o Bem-Estar.

Mais especificamente, considera-se fundamental analisar as diferenças sociodemográficas quanto ao uso de estratégias de *coping*, aos sintomas psicopatológicos e ao bem-estar psicológico. Para além disso, e a partir da informação constante no enquadramento conceptual, determinados estilos educativos parentais tendem a desenvolver ou a desencadear nos filhos comportamentos específicos. Deste modo, um dos objetivos específicos desta investigação consiste na avaliação da relação entre os estilos de *coping* utilizados e o estilos educativos parentais predominantes no seio familiar. Por consequência, os estilos educativos parentais acabam por ter uma influência direta ou indireta na saúde mental da família, podendo desencadear um bom ou mau nível de bem-estar e/ou o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos. Poderão os estilos de *coping* moderar a relação entre os estilos educativos parentais e a saúde mental?

De forma a tentar dar resposta aos objetivos e às questões levantadas com este estudo, são estabelecidas as seguintes hipóteses:

H1 - Existem relações de associação significativa entre os estilos educativos parentais, dimensões amor e autonomia, e os estilos de *coping*;

H2 – Existe uma relação de associação positiva e significativa entre o amor e a autonomia e a aceitação, utilização de suporte social e emocional e a reinterpretação positiva;

H3 – Existe uma relação de associação negativa e significativa entre o amor e a autonomia e a negação, o uso de substâncias e a autculpabilização;

H4 – Existem relações de associação significativa entre os estilos educativos parentais e o bem-estar geral;

H5 – Existem relações de associação positiva e significativa entre o amor e a autonomia e o bem-estar social, psicológico e emocional;

H6 – Existem relações de associação negativa e significativa entre o amor e a autonomia, e os sintomas psicopatológicos, nomeadamente a depressão e a ansiedade;

H7 – Existe uma relação de associação positiva e significativa entre o bem-estar e o nível socioeconómico;

H8 – Existe uma relação de associação positiva e significativa entre o amor e a autonomia e o nível socioeconómico;

H9 – Existe uma relação de associação positiva e significativa entre os estilos de coping e o bem-estar;

H10 – Maiores níveis de amor e autonomia predizem maiores níveis de bem-estar;

H11 – Maiores níveis de amor predizem maiores níveis de utilização de suporte social e emocional;

H12 – Maiores níveis de amor e autonomia predizem maiores níveis de aceitação;

H13 – Maiores níveis do nível socioeconómico predizem maiores níveis de bem-estar;

H14 – Maiores níveis do nível socioeconómico predizem maiores níveis de amor e autonomia;

Metodologia

Caracterização da Amostra

A amostra desta investigação inclui 278 adolescentes, com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos, em que a média de idade se situa nos 16 anos (DP=1,063) (cf. Tabela 1 e 2). Estes sujeitos encontram-se a frequentar o 9º ano (25,9%), o 10º ano (32,0%), o 11º ano (28,8%) e o 12º ano (13,3%) de escolaridade no ano letivo 2020/2021, em vários estabelecimentos de ensino do país, nomeadamente da zona Norte, Centro e dos Açores (cf. Tabela 3). A amostra de adolescentes inclui 143 raparigas (51,4%) e 135 rapazes (48,6%), não se observando uma predominância significativa de um dos géneros (cf. Tabela 3).

Tabela 1. Descrição da amostra de adolescentes em função da idade.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Idade	278	15	18	16,16	1,063

Tabela 2. Distribuição da amostra de adolescentes em função da idade.

	N	%	
	15	98	35,3
	16	78	28,1
Idade	17	62	22,3
	18	40	14,4
Total	278	100,0	

Tabela 3. Distribuição da amostra de adolescentes em função do ano de escolaridade e do gênero.

	N	%	
Ano de Escolaridade	9º ano	72	25,9
	10º ano	89	32,0
	11º ano	80	28,8
	12º ano	37	13,3
	Total	278	100,0
Gênero	Feminino	143	51,4
	Masculino	135	48,6
	Total	278	100,0

A língua materna predominante é o Português com 97,5% da amostra de adolescentes (n=271), sendo que 2,5% dos sujeitos da amostra considera outra língua materna (n=7) (cf. Tabela 4).

Quanto ao estado de relacionamento dos adolescentes, 83 sujeitos encontram-se a namorar (29,9%) e 186 sujeitos não se encontram em qualquer relação amorosa (66,9%). Para além destes resultados, 9 sujeitos indicaram ainda estar noutra tipo de relação que não o namoro (3,2%) (cf. Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição da amostra de adolescentes em função da língua materna e do estado de relacionamento.

	N	%	
Língua Materna	Português	271	97,5
	Outra	7	2,5
	Total	278	100,0
Relacionamento	Estou a namorar	83	29,9
	Não estou a namorar	186	66,9
	Outro	9	3,2
	Total	278	100,0

Relativamente ao nível socioeconómico, usou-se a terminologia de Simões (2000). O nível 1, nomeado como o nível socioeconómico baixo é representado por trabalhadores assalariados ou por conta de outrem e contempla profissões como empregados de balcão no pequeno comércio, cozinheiros, empregados de mesa, empregadas de limpeza, pescadores, trabalhadores agrícolas, vendedores ambulantes, trabalhadores especializados na indústria (mecânicos e eletricistas) e motoristas. Estes sujeitos, são trabalhadores que possuem no máximo o 8º ano de escolaridade (Simões, 2000).

O nível 2, nível socioeconómico médio, é constituído por profissionais técnicos intermédios independentes, pescadores proprietários de embarcações, empregados de escritório, seguros e bancários, agentes de segurança, contabilistas, enfermeiros, assistentes sociais, professores de ensino primário e secundário, comerciantes e industriais. Neste nível, os sujeitos, podem ter entre o 9º ao 12º ano de escolaridade, assim como cursos médios e superiores (Simões, 2000).

No nível 3, são características profissões como grandes proprietários ou empresários agrícolas, do comércio e da indústria, quadros superiores da administração pública, do comércio, da indústria e de serviços, profissões liberais (gestores, médicos, magistrados, arquitetos, engenheiros, economistas, professores de ensino superior), artistas, oficiais superiores das forças militares e militarizadas e pilotos de aviação. Neste último nível, os sujeitos podem ter desde o 4º ano de escolaridade, desde que sejam grandes proprietários e empresários, até à licenciatura, mestrado ou doutoramento (Simões, 2000).

Nesta investigação estão presentes 53 sujeitos de nível 1 (19,1%), 165 de nível 2 (59,4%) e 60 de nível 3 (21,6%) (cf. Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição da amostra de adolescentes em função do nível socioeconómico.

	N	%
Nível 1	53	19,1
Nível 2	165	59,4
Nível 3	60	21,6
Total	278	100,0

Por último, e de modo a enriquecer o nosso estudo, foi questionado aos adolescentes se alguma vez foram acompanhados em consultas de psicologia e psiquiatria. Relativamente às consultas de psicologia, 122 sujeitos da nossa amostra já foram ou são acompanhados (43,9%), 144 nunca foram acompanhados (51,8%) e 12 sujeitos responderam que não sabem (4,3%) (cf. Tabela

6). Quanto à consultas de psiquiatria, 59 sujeitos já foram ou são acompanhados (21,2%), 192 nunca foram acompanhados (69,1%) e 27 responderam que não sabem (9,7%) (cf. Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição da amostra de adolescentes em função da ida a consultas de Psicologia e Psiquiatria.

		N	%
Consultas de Psicologia	Sim	122	43,9
	Não	144	51,8
	Não sei	12	4,3
	Total	278	100,0
Consultas de Psiquiatria	Sim	59	21,2
	Não	192	69,1
	Não sei	27	9,7
	Total	278	100,0

Instrumentos

Atendendo aos objetivos do presente estudo, inicialmente foi aplicado aos adolescentes um questionário Sociodemográfico que permitiu caracterizar os sujeitos relativamente às variáveis género, idade, ano de escolaridade, relacionamento, nível socioeconómico e ida a consultas de psicologia e psiquiatria (cf. Anexo A). Foi ainda apresentada a *Escala de Estilos Educativos Parentais – Versão para Filhos* de Barros de Oliveira (1994) (cf. Anexo B), o *Questionário Brief Cope* (versão experimental portuguesa para adolescentes Maia de Carvalho et al., 2018; baseada na versão portuguesa para adultos de Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004; adaptado de Carver, 1997) (cf. Anexo C), o *Mental Health Continuum – Short Form* (Matos et al., 2010; adaptado de Keyes, 2008) (cf. Anexo D) e o *Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI* (Canavarro, 1995; adaptado de Derogatis, 1993) (cf. Anexo E).

Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico elaborado para os adolescentes foi construído com o intuito de caracterizar a amostra, permitindo, desta forma, a recolha de dados pessoais como o género, a idade, a nacionalidade, a língua materna, o estado de relacionamento atual e o ano de escolaridade. Também as habilitações literárias e a profissão dos pais foram alvo de estudo, levando, posteriormente, à análise do nível socioeconómico de cada adolescente. Por último, e não menos importante, os adolescentes foram questionados acerca da ida ou não a consultas de psicologia e psiquiatria.

Escala de Estilos Educativos Parentais (Barros de Oliveira, 1994)

A *Escala de Estilos Educativos Parentais*, da autoria de Barros de Oliveira (1994), existe em duas versões (para Pais e para Filhos) e permite avaliar comportamentos e atitudes, cognitivos e afetivos, percebidos quer pelos pais, quer pelos filhos na educação parental. No entanto, nesta investigação foi apenas usada a versão para filhos.

A *Escala de Estilos Educativos Parentais*, foi concebida inicialmente para pais com uma versão de 100 itens, tendo sido reduzida para 22 itens, com uma escala de resposta de Likert, com cinco possibilidades de resposta (1 – totalmente em desacordo; 2 – bastante em desacordo; 3 – nem de acordo nem em desacordo; 4 – bastante de acordo; 5 - totalmente de acordo). Posteriormente, Barros de Oliveira (1994) construiu um questionário semelhante mais direcionado para filhos, tendo surgido a versão da escala para filhos.

A escala é, por isso, composta por 22 itens que se subdividem em dois fatores, tendo em conta o modelo de Schaefer: *autonomia* (Itens 1, 2, 3, 4, 6, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 21) e *amor* (Itens 5, 7, 8, 9, 13, 17, 19, 22). O valor máximo do primeiro fator é de 70, enquanto que o valor máximo do segundo é de 40. Segundo Barros de Oliveira (1996), uma pontuação alta nos dois fatores representa a presença do estilo *autoritativo*; uma pontuação baixa nos dois fatores indica o estilo *autoritário*; uma pontuação alta em *amor* e baixa em *autonomia* representa o estilo *permissivo*; e, por último, uma pontuação baixa em *amor* e alta em *autonomia* é associada ao estilo *negligente*.

Nesta investigação a *Escala de Estilos Educativos Parentais*, versão para filhos, apresenta uma boa consistência interna nos dois fatores, amor ($\alpha=.91$) e autonomia ($\alpha=.93$) à semelhança dos resultados nos estudos originais, em que o fator amor ($\alpha=.90$) e o fator autonomia ($\alpha=.87$) (cf. Anexo H, Tabela H1).

Questionário Brief Cope (versão experimental portuguesa para adolescentes de Maia de Carvalho et al., 2018; baseada na versão portuguesa para adultos de Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004; adaptado de Carver, 1997)

O *Questionário Brief Cope* é uma versão reduzida do *Questionário COPE* criado por Carver et al. em 1989. Os dois instrumentos permitem avaliar as estratégias utilizadas numa situação em específico e os estilos de *coping* utilizados, no entanto, a extensão do *COPE* e alguns aspetos associados, como a excessiva carga temporal, poderiam influenciar as respostas dos sujeitos significativamente, por isso, Carver (1997) concebeu uma versão abreviada desta medida de avaliação.

Neste estudo, usou-se a adaptação portuguesa do *Brief Cope* realizada por Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004). O instrumento tem início com uma questão de resposta aberta onde se pede aos sujeitos que identifiquem um problema recente e seguem-se 28 itens que avaliam diferentes tipos de *coping* (Utilizar Suporte Instrumental; Humor; Autodistração; Planear; Negação; Religião; Utilizar Suporte Social e Emocional; Desinvestimento Comportamental; *Coping* Ativo; Autoculpabilização; Reinterpretação Positiva; Uso de Substâncias; Expressão de Sentimentos; Aceitação).

Na totalidade, o instrumento é constituído por 14 subescalas, sendo cada uma composta por 2 itens. Quanto à redação dos itens, esta pode ir de encontro aos termos da ação que o sujeito implementou numa determinada situação “fiz isto”, permitindo avaliar o *coping* situacional, ou às estratégias a que o sujeito, habitualmente, recorre “costumo fazer isto”, avaliando o *coping* disposicional. A escala de resposta é tipo *Likert* com 4 opções de resposta – “Nunca costumo fazer isto”; “Às vezes costumo fazer isto”; “Costumo fazer isto várias vezes”; “Costumo fazer isto sempre” – sendo a sua cotação de 0 a 3, respetivamente. Visto serem avaliados diversos estilos de *coping* o resultado calcula-se através da pontuação final em cada subescala.

As 14 dimensões do *Brief Cope* apresentam uma consistência interna média: Negação ($\alpha=.66$); Humor ($\alpha=.65$); Religião ($\alpha=.73$); *Coping* Ativo ($\alpha=.72$); Aceitação ($\alpha=.69$); Utilizar Suporte Instrumental ($\alpha=.53$); Utilizar Suporte Social e Emocional ($\alpha=.73$); Uso de Substâncias ($\alpha=.82$), Autodistração ($\alpha=.61$), Planear ($\alpha=.51$), Reinterpretação Positiva ($\alpha=.78$), Autoculpabilização ($\alpha=.70$), Desinvestimento Comportamental ($\alpha=.82$) e Expressão de Sentimentos ($\alpha=.69$). Comparando com os estudos originais de Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004), em que os valores dos fatores variam entre ($\alpha=.55$) e ($\alpha=.84$), os valores neste estudo apresentam uma consistência interna média (cf. Anexo H, Tabela H2). Por consequência, neste estudo foram descartadas as dimensões Humor, Utilizar Suporte Instrumental e Planear devido ao baixo índice de confiabilidade.

Mental Health Continuum – Short Form (Matos et al., 2010; adaptado de Keyes, 2008)

O *Mental Health Continuum– Short Form* (MHC-SF) foi inicialmente pensado e construído por Keyes (2008) para aceder de forma coesa ao bem-estar geral de adolescentes através da percepção do indivíduo em três dimensões de bem-estar (psicológico, social e emocional). Matos et al. (2010) trabalharam numa versão portuguesa da mesma escala aplicando-a a adolescentes portugueses. Após a apresentação dos resultados, concluíram que a escala apresenta boas propriedades psicométricas, estrutura fatorial e consistência interna sólidas que lhe confere uma qualidade apropriada à sua implementação na avaliação do bem-estar psicológico em jovens portugueses.

O instrumento é constituído por 14 itens e ainda dividido em três dimensões: bem-estar emocional (itens 1, 2, 3); bem-estar social (itens 4, 5, 6, 7, 8) e bem-estar psicológico (itens 9, 10, 11, 12, 13, 14). Possui, ainda, uma escala de resposta tipo *Likert* de 5 pontos em que, 0 - “Nunca”, 1 - “1 ou 2 vezes”, 2 - “Cerca de 1 a 2 vezes por semana”, 3 - “Cerca de 2 a 3 vezes por semana”, 4 - “Quase todos os dias” e 5 - “Todos os dias”.

Relativamente à consistência interna do MHC-SF ($\alpha=.92$) é consideravelmente muito boa, assim como os três fatores estudados: bem-estar social ($\alpha=.82$), bem-estar psicológico ($\alpha=.84$), bem-estar emocional ($\alpha=.88$). Segundo Hill e Hill (2009) os valores *Alpha* dos estudos originais, variam entre ($\alpha=.78$) e ($\alpha=.84$) (cf. Anexo H, Tabela H3), por isso podemos considerar os valores de *Alpha* do presente estudo como sendo bastante bons.

Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI (Canavarro, 1995; adaptado de Derogatis, 1993)

O *Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI* é uma versão portuguesa criada por Canavarro (1995) a partir da versão original de Derogatis (1993) o *Brief Symptom Inventory*. Este inventário avalia desde os sintomas psicopatológicos com baixa significância clínica aos sintomas que provocam um mal-estar mórbido, desenvolvimento característico em perturbações psiquiátricas.

O inventário é composto por 53 itens utilizando uma escala de resposta tipo *Likert* de 4 pontos está composto por 53 itens, numa escala de resposta tipo *Likert* de 4 pontos (0 = "Nunca", 1 = “Poucas vezes, 2 = Algumas vezes, 3 = Muitas vezes, 4 = "Muitíssimas vezes"). Quanto à sua cotação, este inventário subdivide-se em nove dimensões de sintomatologia e em três índices globais, avaliações sumárias de perturbações emocional: Dimensão 1- Somatização (itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37); Dimensão 2 - Obsessões-Compulsões (itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36); Dimensão 3 - Sensibilidade Interpessoal (itens 20, 21, 22 e 42); Dimensão 4 - Depressão (itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50); Dimensão 5 – Ansiedade (itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49); Dimensão 6 - Hostilidade (itens 6,

13, 40, 41 e 46); Dimensão 7 - Ansiedade Fóbica (itens 8, 28, 31, 43 e 47); Dimensão 8 - Ideação Paranóide (itens 4, 10, 24, 48 e 51); Dimensão 9 - Psicoticismo (itens 3, 14, 34, 44 e 53). Os restantes itens (11, 25, 39 e 52) não pertencem a nenhuma das dimensões, sendo apenas considerados nos três índices globais: Índice Geral de Sintomas (IGS) – divisão do somatório das pontuações de todos os itens pelo nº total de itens; Total de Sintomas Positivos (TSP) - nº de itens assinalados com resposta positiva (>0); Índice de Sintomas Positivos (ISP) - divisão do somatório de todos os itens pelo TSP.

O BSI apresenta uma ótima consistência interna ($\alpha=.97$), assim como as nove dimensões: Somatização ($\alpha=.90$); Obsessivões-Compulsões ($\alpha=.84$); Sensibilidade Interpessoal ($\alpha=.85$); Depressão ($\alpha=.91$); Ansiedade ($\alpha=.88$); Hostilidade ($\alpha=.85$); Ansiedade Fóbica ($\alpha=.83$); Ideação Paranóide ($\alpha=.77$) e Psicoticismo ($\alpha=.82$). Comparando com os estudos originais de Canavarro (1995), em que os valores dos fatores variam entre ($\alpha=.62$) e ($\alpha=.80$), os valores neste estudo apresentam uma boa consistência interna (cf. Anexo H, Tabela H4).

Procedimento

A recolha da amostra da presente investigação decorreu durante três meses, de abril a junho de 2021, pela própria investigadora e mais dois colegas de mestrado. Acolheu alunos do 9º ao 12º ano de escolaridade com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos de idade, em diferentes estabelecimentos de Norte a Sul do país, nomeadamente, a Escola Secundária Dr. Serafim Leite e a Turning Point – Escola de Dança de São João da Madeira, a Escola Secundária Rainha Santa Isabel de Coimbra e o Centro de Formação da ilha de São Miguel. A estes estabelecimentos foi, previamente, dirigido um pedido de colaboração nesta investigação (cf. Anexo F).

Visto esta investigação ter-se realizado num período de tempo bastante crítico, não só no nosso país mas no mundo, optou-se por desenvolver um consentimento informado (cf. Anexo G) em versão online, através da plataforma *Google Forms*, que, com a parceria e a ajuda dos diretores de turma, foi enviado através do *e-mail* para os encarregados de educação dos alunos do ensino secundário, após a autorização da instituição.

Após a receção dos respetivos consentimentos informados, autorizando os educandos a participarem no presente estudo, procedeu-se à administração dos instrumentos mencionados anteriormente aos adolescentes. Estes questionários foram transcritos para uma versão online, através da plataforma *Limesurvey* e apresentados dessa forma, de maneira a evitar o desperdício de folhas de papel e, também, para diminuir as fontes de contágio da *Covid-19*. A maior parte do

protocolo de investigação foi administrado durante o período de aulas, num horário previamente combinado com o professor da respetiva disciplina.

Foram apresentados e explicados os objetivos e o teor do estudo, assim como ficou claro o anonimato e a confidencialidade das respostas, conforme os princípios éticos implícitos neste tipo de investigação. A investigadora esteve sempre presente durante todo o processo de resposta aos questionários, mantendo-se disponível para esclarecer qualquer dúvida existente.

A aplicação dos instrumentos obedeceu a seguinte ordem: *Questionário Sociodemográfico, Mental Health Continuum* (Matos et al., 2010; adaptado de Keyes, 2008); *Escala de Estilos Educativos Parentais – Versão para Filhos* (Barros de Oliveira, 1994); *Questionário Brief Cope* (versão experimental portuguesa para adolescentes de Maia de Carvalho et al., 2018; baseada na versão portuguesa para adultos de Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004; adaptado de Carver, 1997) e o *Inventário de Sintomas Psicopatológicos - BSI* (Canavarro, 1995; adaptado de Derogatis, 1993).

Após a recolha, foi realizada uma análise estatística de forma a interpretar os dados recolhidos. Para isso, foi utilizado o programa *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)* versão 25.0 para o *Windows*. Primeiramente, foi realizada uma estatística descritiva a todos os fatores e variáveis, onde foram observadas frequências absolutas, médias e desvio-padrão. De forma a tornar os resultados desta investigação mais fiáveis, foi analisada cada uma das escalas quanto ao nível da fiabilidade através do cálculo de *Alpha de Cronbach*. As possíveis relações de associação significativas existentes entre as várias variáveis foi possível através do cálculo do Coeficiente de Correlação de *Pearson*. Por fim, foram realizadas regressões lineares simples para analisar os valores preditores.

Resultados

Começaremos pela apresentação de dados descritivos (cf. Tabelas 7, 8, 9 e 10), passando seguidamente aos dados obtidos nas análises realizadas para o teste das hipóteses colocadas.

De acordo com a tabela 7, os sujeitos revelam bons níveis de Amor e Autonomia.

Tabela 7. Estatística descritiva do Amor e da Autonomia (Estilos Educativos Parentais).

	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
Autonomia	278	20,00	70,00	55,1655	10,25706
Amor	278	8,00	40,00	34,0863	5,95104

Pela observação da tabela 8, verifica-se que os estilos de *coping* menos utilizados são o Uso de Substâncias, a Religião e o Desinvestimento Comportamental.

Tabela 8. Estatística descritiva relativamente aos fatores do *Brief Cope*.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
Humor	278	,00	6,00	2,5468	1,50197
Utilizar Suporte Social e Emocional	278	,00	6,00	3,0971	1,59011
Utilizar Suporte Instrumental	278	,00	6,00	2,8201	1,46068
Autodistração	278	,00	6,00	3,3129	1,48613
Negação	278	,00	6,00	2,0072	1,51286
Religião	278	,00	6,00	1,7338	1,68268
Planear	278	,00	6,00	3,3381	1,35185
Desinvestimento Comportamental	278	,00	6,00	1,8345	1,61713
<i>Coping</i> Ativo	278	,00	6,00	3,0719	1,42763
Autoculpabilização	278	,00	6,00	3,0612	1,67586
Reinterpretação Positiva	278	,00	6,00	2,8525	1,55402
Uso de Substâncias	278	,00	6,00	1,0612	1,59643
Expressão de Sentimentos	278	,00	6,00	2,4245	1,46427
Aceitação	278	,00	6,00	3,2266	1,44542

Na tabela 9, encontram-se os valores relativos ao total e a diferentes fatores do MHC-SF, verificando-se valores médios razoáveis de bem-estar mental.

Tabela 9. Estatística descritiva relativamente ao MHC-SF, Bem-Estar Total, Bem-estar Psicológico, Bem-estar Emocional e Bem-Estar Social.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
Bem-Estar Psicológico	278	,00	30,00	18,5683	6,98534
Bem-Estar Emocional	278	,00	15,00	10,4317	3,47980
Bem-Estar Social	278	,00	25,00	12,4424	6,25181
Bem-Estar Total	278	5,00	70,00	41,4424	14,95729

Na tabela 10, apresentam-se os valores referentes ao instrumento BSI.

Tabela 10. Estatística descritiva relativamente aos fatores do BSI.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
Somatização	278	,00	4,00	1,0550	,98638
Obsessões Compulsões	278	,00	4,00	1,6912	,91960
Sensibilidade Interpessoal	278	,00	4,00	1,3696	1,03453
Depressão	278	,00	4,00	1,5084	1,07795
Ansiedade	278	,00	4,00	1,3333	,99719
Hostilidade	278	,00	4,00	1,3173	,98446
Ansiedade Fóbica	278	,00	4,00	,9950	,95463
Ideação Paranóide	278	,00	4,00	1,4014	,92005
Psicoticismo	278	,00	4,00	1,2993	,98725
Índice Geral de Sintomas	278	,00	4,00	1,3425	,87460
Total de Sintomas Positivos	278	,00	4,00	33,9029	14,66576
Índice de Sintomas Positivos	278	,00	4,00	1,9407	,65161

Os coeficientes de correlação entre os estilos educativos parentais, nomeadamente as dimensões amor e autonomia, e os **estilos de coping** são possíveis de serem observadas na tabela 11. É possível verificar que existem relações de associação positiva entre o **amor** e alguns estilos de *coping*, assim como algumas relações de associação negativa. É possível observar que quanto

maiores os níveis de amor, maiores os níveis de *coping* ativo ($r = .154, p \leq .05$), aceitação ($r = .191, p \leq .01$), utilização suporte social e emocional ($r = .281, p \leq .01$), autodistração ($r = .220, p \leq .01$) e reinterpretação positiva ($r = .200, p \leq .01$). Por outro lado, quanto maiores os níveis de amor, menores os níveis de autculpabilização ($r = -.163, p \leq .01$) e desinvestimento comportamental ($r = -.203, p \leq .01$). Quanto à **autonomia**, também são observadas relações de associação positiva e negativa relativamente significativas. Por isso, de acordo com os resultados obtidos, quanto maiores os níveis de autonomia, maiores os níveis de *coping* ativo ($r = .218, p \leq .01$), aceitação ($r = .248, p \leq .01$), utilização suporte social e emocional ($r = .348, p \leq .01$), autodistração ($r = .176, p \leq .01$), reinterpretação positiva ($r = .271, p \leq .01$) e expressão de sentimentos ($r = .123, p \leq .05$). Por outro lado, quanto maiores os níveis de autonomia, menores os níveis de uso de substâncias ($r = -.257, p \leq .01$), autculpabilização ($r = -.192, p \leq .01$) e desinvestimento comportamental ($r = -.181, p \leq .01$).

Tabela 11. Correlação de *Pearson* entre o amor e a autonomia (Estilos Educativos Parentais) e os estilos de *coping* (Brief Cope).

	Amor	Autonomia
Negação	-.073	-.015
Religião	-.036	.047
<i>Coping</i> Ativo	.154*	.218**
Aceitação	.191**	.248**
Utilizar Suporte Social e Emocional	.281**	.348**
Uso de Substâncias	-.303**	-.257**
Autodistração	.220**	.176**
Reinterpretação Positiva	.200**	.271**
Autculpabilização	-.163**	-.192**
Desinvestimento Comportamental	-.203**	-.181**
Expressão de Sentimentos	-.004	.123*

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Em relação às relações de associação entre os estilos educativos parentais, amor e autonomia, e o **bem-estar**, também é possível retirar resultados interessantes da tabela 12. Entre estas três variáveis só são observadas relações de associação positiva. É possível retirar dos resultados que quanto maiores os níveis de **amor**, maiores os níveis de bem-estar social ($r = .220, p \leq .01$), bem-estar psicológico ($r = .331, p \leq .01$), bem-estar emocional ($r = .288, p \leq .01$) e bem-

estar geral ($r = .314, p \leq .01$). Quanto à **autonomia**, quanto maiores os seus níveis, maiores os níveis de bem-estar social ($r = .315, p \leq .01$), bem-estar psicológico ($r = .397, p \leq .01$), bem-estar emocional ($r = .346, p \leq .01$) e bem-estar geral ($r = .397, p \leq .01$).

Tabela 12. Correlação de *Pearson* entre o amor e a autonomia (Estilos Educativos Parentais) e o bem-estar geral, social, psicológico e emocional (MHC-SF).

	Amor	Autonomia
Bem-Estar Social	.220**	.315**
Bem-Estar Psicológico	.331**	.397**
Bem-Estar Emocional	.288**	.346**
Bem-Estar Geral	.314**	.397**

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Relativamente às relações de associação entre o amor e a autonomia e os **sintomas psicopatológicos** é possível observar os resultados na tabela 13. Contrariamente às associações apresentadas anteriormente, estas não são suficientemente significativas, no entanto, é possível observar que todas as associações são negativas, ou seja, quando o nível de uma das variáveis aumenta a outra diminui. Apesar disso, em relação ao **amor** é possível denotar que existem relações de associação negativa significativas entre o amor e a somatização ($r = -.168, p \leq .01$), a ansiedade ($r = -.149, p \leq .05$) e a ansiedade fóbica ($r = -.127, p \leq .05$).

Tabela 13. Correlação de *Pearson* entre o amor e a autonomia (Estilos Educativos Parentais) e os sintomas psicopatológicos (BSI).

	Amor	Autonomia
Somatização	-.168**	-.113
Obsessões Compulsões	-.081	-.049
Sensibilidade Interpessoal	-.077	-.043
Depressão	-.085	-.064
Ansiedade	-.149*	-.107
Hostilidade	-.084	-.049
Ansiedade Fóbica	-.127**	-.062
Ideação Paranóide	-.069	-.026
Psicoticismo	-.089	-.058

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Quanto ao **nível socioeconómico**, também é possível retirar informações pertinentes acerca das relações de associação (cf. Tabela 14). É possível observar que quanto maior o nível socioeconómico, maiores serão os níveis de amor ($r = .220, p \leq .01$), autonomia ($r = .206, p \leq .01$) e bem-estar ($r = .177, p \leq .01$).

Tabela 14. Correlações de *Pearson* entre o nível socioeconómico e o amor, a autonomia (Estilos Educativos Parentais) e o bem-estar (MHC-SF).

	Amor	Autonomia	Bem-Estar
Nível Socioeconómico	.220**	.206**	.177**

** $p \leq .01$

No que toca à relações de associação entre o **bem-estar** e os **estilos de coping**, é possível observar os resultados presentes na tabela 15. Denota-se que quanto maiores os níveis de bem-estar, maiores os níveis de religião ($r = .162, p \leq .01$), *coping* ativo ($r = .293, p \leq .01$), aceitação ($r = .260, p \leq .01$), utilização de suporte social e emocional ($r = .248, p \leq .01$) e reinterpretação positiva ($r = .411, p \leq .01$). Por outro lado, quanto maiores os níveis de bem-estar, menores os níveis de autoculpabilização ($r = -.426, p \leq .01$) e desinvestimento comportamental ($r = -.238, p \leq .01$).

Tabela 15. Correlações de *Pearson* entre o bem-estar (MHC-SF) e os estilos de *coping* (Brief Cope).

	Bem-Estar
Negação	-.027
Religião	.162**
<i>Coping</i> Ativo	.293**
Aceitação	.260**
Utilizar Suporte Social e Emocional	.248**
Uso de Substâncias	-.079
Autodistração	.083
Reinterpretação Positiva	.411**
Autoculpabilização	-.426**
Desinvestimento Comportamental	-.238**
Expressão de Sentimentos	.099

** $p \leq .01$

Com o objetivo de identificar os preditores fundamentais das variáveis utilizadas nesta investigação, recorreu-se ao cálculo de regressões lineares simples.

Quanto ao valor preditivo do **amor** em relação ao **bem-estar**, o valor de $R=.314$ representa um nível médio de previsão e $R^2=.098$ indica-nos que o amor explica 9% da variação do bem-estar. O diagrama de dispersão apresenta uma forma linear e na ANOVA de regressão (Sig =.000; $p<.05$) rejeita-se H_0 , validando que o modelo é adequado. Conclui-se, então, que o amor tem pouca capacidade preditiva em relação ao bem-estar.

Quanto ao valor preditivo da **autonomia** em relação ao **bem-estar**, o valor de $R=.397$ representa um nível médio de previsão e $R^2=.158$ indica-nos que a autonomia explica 15,8% da variação do bem-estar. O diagrama de dispersão apresenta uma forma linear e na ANOVA de regressão (Sig =.000; $p<.05$) rejeita-se H_0 , validando que o modelo é adequado. Conclui-se também que a autonomia tem pouca capacidade preditiva em relação ao bem-estar.

Quanto ao valor preditivo do **amor** em relação à **utilização de suporte social e emocional**, o valor de $R=.281$ representa um nível baixo de previsão e $R^2=.079$ indica-nos que o amor explica 7,9% da variação de utilização de suporte social e emocional. O diagrama de dispersão apresenta uma forma linear e na ANOVA de regressão (Sig =.000; $p<.05$) rejeita-se H_0 , validando que o modelo é adequado. Pode-se concluir que o amor tem pouca capacidade preditiva da utilização de suporte social e emocional.

Quanto ao valor preditivo do **amor** em relação à **aceitação**, o valor de $R=.191$ representa um nível baixo de previsão e $R^2=.036$ indica-nos que o amor explica 3,6% da variação da aceitação. O diagrama de dispersão apresenta uma forma linear e na ANOVA de regressão (Sig =.001; $p<.05$) rejeita-se H_0 , validando que o modelo é adequado. Pode-se concluir que o amor tem pouca capacidade preditiva quanto à aceitação.

Quanto ao valor preditivo da **autonomia** em relação à **aceitação**, o valor de $R=.248$ representa um nível baixo de previsão e $R^2=.062$ indica-nos que a autonomia explica 6,2% da variação da aceitação. O diagrama de dispersão apresenta uma forma linear e na ANOVA de regressão (Sig =.000; $p<.05$) rejeita-se H_0 , validando que o modelo é adequado. Pode-se concluir que a autonomia tem pouca capacidade preditiva da aceitação.

Quanto ao valor preditivo do **nível socioeconómico** em relação ao **bem-estar**, o valor de $R=.177$ representa um nível baixo de previsão e $R^2=.031$ indica-nos que o nível socioeconómico explica 3,1% da variação do bem-estar. O diagrama de dispersão apresenta uma forma linear e na ANOVA de regressão (Sig =.003; $p<.05$) rejeita-se H_0 , validando que o modelo é adequado. Pode-se concluir que o nível socioeconómico tem pouca capacidade preditiva do bem-estar.

Quanto ao valor preditivo do **nível socioeconómico** em relação à **autonomia**, o valor de $R=.206$ representa um nível baixo de previsão e $R^2=.042$ indica-nos que o nível socioeconómico explica 4,2% da variação da autonomia. O diagrama de dispersão apresenta uma forma linear e na

ANOVA de regressão (Sig =.001; $p < .05$) rejeita-se H_0 , validando que o modelo é adequado. Pode-se concluir que o nível socioeconómico tem pouca capacidade preditiva da autonomia.

Por último, quanto ao valor preditivo do **nível socioeconómico** em relação ao **amor**, o valor de $R = .220$ representa um nível baixo de previsão e $R^2 = .048$ indica-nos que o nível socioeconómico explica 4,8% da variação do amor. O diagrama de dispersão apresenta uma forma linear e na ANOVA de regressão (Sig =.000; $p < .05$) rejeita-se H_0 , validando que o modelo é adequado. Pode-se concluir que o nível socioeconómico tem pouca capacidade preditiva do amor.

Discussão

Com esta investigação, procurou-se dar um contributo para a compreensão da saúde mental na adolescência, observando a relação com os estilos educativos parentais assim como com os estilos de *coping*. De acordo com a medida de Barros de Oliveira (1994), neste estudo foram medidos os dois fatores estudados pelo autor: amor e autonomia, que em níveis diferentes caracterizam os estilos educativos parentais permissivo, autoritário, autoritativo e negligente.

Observando os dados da presente amostra que foi utilizada para o desenvolvimento desta investigação, quanto ao estilo educativo parental predominante, podemos concluir que se traduz num estilo Autoritativo, visto serem apresentados valores elevados de Autonomia assim como de Amor (Barros de Oliveira, 1994).

Os estilos educativos parentais, como já mencionado em todo o estudo, são constituídos por duas dimensões, o amor e a autonomia. De acordo com a revisão de literatura já efetuada anteriormente, estas duas dimensões quando em níveis elevados levam ao uso de estratégias de *coping* mais adaptativas e saudáveis para o sujeito. Desta forma, pretendeu-se elaborar H1 para perceber até que ponto existe uma relação de associação entre as três variáveis. De acordo com os dados obtidos nesta investigação, com a presente amostra, é possível concluir que o amor e a autonomia revelam fortes relações de associação com a maioria dos estilos de *coping*, aceitando-se H1.

Apesar de tudo, o *coping* é composto por estratégias adaptativas e não adaptativas. Posto isso, elaborou-se H2 e H3, na medida em que se pretendia averiguar se realmente havia uma relação de associação forte e positiva entre o amor e a autonomia e a aceitação, utilização de suporte social e emocional e a reinterpretação positiva, e também uma relação de associação negativa entre o amor e a autonomia e a negação, o uso de substâncias e a autoculpabilização. No entanto, quanto às relações de associação negativa, podemos observar que a negação não mantém um vínculo suficientemente forte para se poderem tirar relações. O uso de substâncias, mantém uma associação negativa e significativa quando associada à autonomia, mas quando conjugada com o amor não apresenta resultados significativos. Por outro lado, a autoculpabilização é dos estilos que apresenta um resultado mais elevados com as duas dimensões. Podemos, por isso, concluir que quanto mais elevados os níveis de amor e autonomia, maiores os níveis de aceitação, utilização de suporte social e emocional e reinterpretação positiva, aceitando-se H2, quanto mais elevados os níveis de amor e autonomia, menores os níveis de autoculpabilização, descartando H3.

Quando em níveis elevados, o amor e a autonomia potenciam o desenvolvimento de bem-estar físico, social e psicológico. Deste modo, foi elaborado H4 e H5 e após as respetivas análises estatísticas concluiu-se que existe uma forte associação positiva entre as variáveis. Quando o amor e a autonomia crescem, consequentemente o bem-estar cresce também, assim como quando o amor e a autonomia diminuem o bem-estar, por si só, acaba por também diminuir. Desta forma H4 e H5 são aceites e validadas nesta investigação.

Depois de analisar a relação com os estilos de *coping* e o bem-estar, pretendeu-se concluir o ciclo investigativo elaborando H6. Contrariamente ao descrito na literatura, o amor e a autonomia não apresentam valores de correlação significativos quanto à depressão a ponto de se tirarem conclusões fidedignas. Quanto à ansiedade, apenas o amor apresenta uma associação suficientemente forte. Por outro lado, os valores relativos à somatização e à ansiedade fóbica demonstraram uma forte associação negativa com a dimensão amor. Dado estes resultados, rejeita-se H6.

Uma das variáveis que se tornou importante no estudo que se apresenta foi o nível socioeconómico. Como nos diz Silva et al. (2007), o nível socioeconómico está fortemente associado de forma positiva a níveis de bem-estar. Visto o bem-estar estar também associado positivamente ao amor e à autonomia, foram elaboradas duas hipóteses, H7 e H8. Interpretando os resultados, quanto maior o nível socioeconómico, maior o nível de bem-estar, amor e autonomia, aceitando, desta forma, as duas hipóteses formuladas.

Segundo Machado e Bandeira (2012) o bem-estar associa-se também positivamente com o coping (Holland & Holahan, 2003, cit. in Santana & Gondim, 2016), e, por isso, tornou-se pertinente elaborar H9 para se perceber até que ponto existiam relações de associação entre as duas variáveis. De acordo com os resultados apresentados, quanto maiores os níveis de bem-estar, maiores os níveis de religião, *coping* ativo, aceitação, utilização de suporte social e emocional e reinterpretação positiva, considerando assim H9.

Depois de todas as análises estatísticas ao nível das correlações de *Pearson*, procedeu-se a uma análise mais profunda, a regressão linear simples, para conseguir analisar o valor preditivo das nossas variáveis. Com os valores elevadíssimos de associação entre o amor e a autonomia e os níveis de bem-estar, recorreu-se a uma regressão para avaliar o valor preditivo, H10. Apesar de cumprir os requisitos necessários, não é possível concluir que as dimensões dos estilos parentais são preditores do nível de bem-estar, pois apenas uma pequena percentagem, 9% e 15,8%, consegue explicar as variâncias de bem-estar.

Os níveis de amor e autonomia, como já foi mencionado anteriormente, revelam uma relação de associação positiva forte com alguns estilos de *coping*, nomeadamente a utilização de suporte social e emocional e a aceitação (H11 e H12). Semelhantemente ao caso apresentado no parágrafo anterior, os requisitos necessários para aceitar as hipóteses foram cumpridos, no entanto, o valor percentual da variável preditiva mostrou-se bastante inferior, ficando o estudo sem apoio estatístico suficiente para considerar os estilos parentais variáveis preditivas dos respetivos estilos de *coping*.

O mesmo foi realizado entre o nível socioeconómico e os níveis de bem-estar, amor e autonomia (H13 e H14). Contrariamente também ao esperado, apesar da forte relação de associação, o nível socioeconómico nesta amostra, não é suficientemente forte para predizer os níveis de bem-estar, amor e autonomia. Comparativamente, às regressões apresentadas anteriormente, todos os requisitos foram cumpridos, no entanto, a percentagem que predizia as

respetivas variáveis são muito baixas, não sendo possível afirmar com fiabilidade os resultados obtidos.

Na presença destes resultados, não é possível identificar variáveis preditoras, devido aos baixos valores percentuais apresentados nas análises estatísticas.

Com estes resultados e com a análise da revisão bibliográfica realizada no início deste estudo, podemos concluir que há uma relação significativa entre os estilos educativos parentais, os estilos de *coping* e a saúde mental nos adolescentes. Apesar de não haver um suporte forte, perante os resultados apresentados, podemos observar que os valores não significativos apresentados na relação de associação entre os estilos parentais e a depressão, levam-nos a formular a hipótese de existência na nossa amostra de um estilo educativo autoritativo, permissivo ou negligente, como nos diz Darling (1999) e Lamborn et al. (1991). Por outro lado, os valores elevados de associação entre os estilos educativos e o bem-estar, permite-nos propôr o descarteamento, do estilo negligente, corroborando com os dados apresentados por Teixeira et al. (2004) quanto à existência de um bem-estar psicológico associado às características dos pais autoritativos e permissivos. Desta forma, iríamos ao encontro dos dados já mencionados por estudos nacionais e internacionais que nos dizem que o estilo autoritativo é o mais frequente na nossa sociedade. Por último, segundo Wolfradt et al. (2003), adolescentes com pais autoritativos tendem a apresentar elevados níveis de *coping* ativo, como podemos também observar nos dados analisados da nossa amostra.

Em suma, os resultados apresentados no nosso estudo são bastante satisfatórios visto reforçarem a ideia de uma relação de associação positiva e significativa entre as três variáveis em estudo.

Conclusão

Este estudo teve por base a relação entre os estilos educativos parentais, os estilos de *coping* e a saúde mental. Foi possível contribuir, de forma modesta, para o estudo das relações apresentadas anteriormente. Posteriormente à revisão de literatura foram elaborados os objetivos acima apresentados de forma a perceber as relações entre as variáveis e foram ainda exploradas várias hipóteses que foram surgindo, assim como variáveis sociodemográficas.

É importante realçar a ideia de que esta investigação esteve repleta de fases boas e menos boas que potenciaram o aparecimento de pontos fortes e fracos nesta investigação.

É de notar que devido à situação pandémica atual, a recolha de dados tornou-se significativamente mais complicada, tendo-se recorrido às funcionalidades da tecnologia para a recolha não só dos pedidos de autorização como dos dados da amostra. A utilização dos instrumentos referidos no estudo revelou-se um ponto forte, devido às boas probabilidades psicométricas apresentadas. Para além disso, são instrumentos reconhecidos na maior parte do mundo o que permite fazer comparações entre resultados.

Apesar da investigação realizada, como em todos os estudos existem algumas limitações encontradas. Primeiramente, a amostra de adolescentes utilizada, apesar de conter um n considerável e significativo, beneficiaria, principalmente nos seus resultados, se contivesse uma amostra maior e mais diversificada. Paralelamente a esta limitação, um dos pontos a melhorar seria a introdução de sujeitos na amostra de forma a que não houvessem tantos desequilíbrios no que respeita às variáveis sociodemográficas (género, idade, nível socioeconómico, estado de relacionamento). Um outro ponto fraco deste estudo, foi a fraca e baixa consistência interna encontrada em algumas subescalas do *Questionário Brief Cope*, o que impossibilitou a análise estatística dos dados dessas escalas.

De modo a enriquecer os resultados deste estudo, as sugestões que se deixam para investigações futuras contemplam a superação das limitações apresentadas anteriormente. Para além disso seria interessante recriar o mesmo estudo numa visão longitudinal de modo a perceber de que forma se desenvolve a relação parental ao longo do tempo e quais as adaptações feitas pelo sujeito nas suas estratégias de *coping*, em comparação com as iniciais. A utilização de outras metodologias de investigação também seria pertinente ser testada, como o auxílio a medidas de autorrelato. A utilização da *Escala de Estilos Educativos Parentais – Versão para Pais* seria muito enriquecedora, pois para além da perceção percebida pelos filhos em relação ao estilo parental apresentado pelas figuras parentais, também se poderia comparar com a perceção dos próprios pais quanto aos seus comportamentos e atitudes perante os filhos. Por fim, seria importante realizar um estudo mais profundo quanto ao estilo parental mais frequente de forma a tentar perceber se as conclusões retiradas no final do tópico anterior são válidas ou não.

Concluindo, existe uma forte relação de associação positiva entre os estilos educativos parentais, os estilos de *coping* e a saúde mental em adolescentes, tal como podemos observar na análise de dados realizada no tópico anterior. Isto permite-nos corroborar com as investigações já realizadas neste âmbito e reforçar os dados empíricos nesta área. Desta forma, o recurso a estilos parentais mais saudáveis, permite aos adolescentes um desenvolvimento mais adaptativo na nossa sociedade e a níveis de bem-estar mais elevados.

Referências Bibliográficas

- Alencar, A. I. D. (2016) Psicopatologia na adolescência. In Mota, M. T. D. S. & Lopes, F. D. A. (Eds.), *Temas e práticas sobre saúde, sexualidade e interação social* (pp. 83-96). EDUFRN.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3, 273-294. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>
- Aunola, K., Stattin, H., & Nurmi, J-E. (2000). Adolescents' achievement strategies, school adjustment, and externalizing and internalizing problem behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 2 (3), 289-306. <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1005143607919>
- Avanci, J. Q., Assis, S. G., Oliveira, R. V., Ferreira, R. M., & Pesce, R. P. (2007). Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23, 287-294. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722007000300007>
- Barros de Oliveira, J. H. (1994). *Psicologia da Educação Familiar*. Coimbra: Almedina.
- Barros, J. H. (1996). Desenvolvimento de um questionário de percepção de pais e filhos sobre a educação familiar. *Psychologica*, 15, 119-133. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/101927>
- Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907. <https://doi.org/10.2307/1126611>
- Baumrind, D. (1989). Rearing competent children. In W. Damon (Ed.), *Child development today and tomorrow* (pp. 349-378). San Francisco: Jossey-Bass.
- Benetti, S. P. D. C., Pizetta, A., Schwartz, C. B., Hass, R. D. A., & Melo, V. L. (2010). Problemas de saúde mental na adolescência: características familiares, eventos traumáticos e violência. *Psico-usf*, 15, 321-332. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000300006>
- Câmara, S. G., & Sarriera, J. C. (2003). Estilos de coping na predição de bem-estar psicológico de adolescentes. *Aletheia*, 17-18, 83-93. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115013455009>
- Carvalho, M. P. M. D. (2011). *Relações entre Bem-estar Psicológico e Coping*. [Master's thesis, Universidade de Coimbra]. Repositório Institucional da Universidade de Coimbra.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Casullo, M. M., Cruz, M. S., González, R., & Maganto, C. (2003). Síntomas psicopatológicos en adolescentes. Estudio comparativo. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 16(2), 135-149. https://aidep.org/03_ridep/R16/R168.pdf

- Clark, R., Novak, J. D., & Dupree, D. (2002). Relationship of perceived parenting practices to anger regulation and coping strategies in African-American adolescents. *Journal of Adolescence*, 25 (4), 373-384. <https://doi.org/10.1006/jado.2002.0482>
- Darling, N. (1999). Parenting Style and its Correlates. Eric Digest. Champaign IL: ERIC Clearinghouse on Elementary and Early Childhood Education.
- Erikson, E. H. (1972). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar editores.
- Erikson, E. H. (1987). *Infância e Sociedade* (2nd ed.). Rio de Janeiro: Zahar editores.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239. https://www.jstor.org/stable/2136617?seq=1#metadata_info_tab_contents
- Freire, T., Fonte, C., & Lima, I. (2007). As experiências ótimas na vida diária de adolescentes: Implicações para um desenvolvimento positivo. *Psicologia, Educação e Cultura*, XI(2), 223-242. <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/8031>
- Freire, T., & Tavares, D. (2011). Influência da autoestima, da regulação emocional e do género no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(5), 184-188. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000500003>
- Hill, M. M., & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário* (2nd ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Kahneman, D., Diener, E. & Schwarz, N. (Eds.) (1999). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage.
- Keyes, C. L., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in Setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(3), 181-192. <https://doi.org/10.1002/cpp.572>
- Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62, 1049-1065. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1991.tb01588.x>
- Lazarus, R. S. (2006). Emotions and interpersonal relationships: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality*, 74, 9-46. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00368.x>
- Lírio, C., L. (2012). A construção histórica da adolescência. In Anais do Congresso Internacional da Faculdades EST (Vol. 1, pp. 1675-1688).
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P. H. Mussen (Ed.) & E. M. Hetherington (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (4th ed., pp. 1- 101). New York: Wiley.

- Machado, W. D. L., & Bandeira, D. R. (2012). Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(4), 587-595. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000400013>
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (2007). *Adolescência e psicopatologia* (6th ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Martins, M. (2005). Condutas agressivas na adolescência: fatores de risco e de proteção. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII): 129-135. <https://doi.org/10.14417/ap.77>
- Mateus, T. I. S. (2016). *Relação entre os Estilos e práticas Parentais e Saúde mental. Um Estudo com a População Geral*. [Master's thesis, Universidade do Algarve]. Repositório Institucional da Universidade do Algarve. <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/9929>
- Matos, A. P., André, R. S., Cherpe, S., Rodrigues, D., Figueira, C., & Pinto, A. M. (2010). Estudo Psicométrico preliminar da Mental Health Continuum – Short Form – for youth numa amostra de adolescentes portugueses. *Psychologica*, (53), p. 131-156. https://doi.org/10.14195/1647-8606_53_7
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2012). Adaptação portuguesa da escala de medida de manifestação de bem-estar psicológico com estudantes universitários-EMMBEP. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 13(1), 61-77. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36224324006>.
- Nijhof, K. S., & Engels, R. (2007). Parenting style, coping strategies, and the expression of homesickness. *Journal of Adolescence*, 30, 709-720. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2006.11.009>
- Novo, R. F. (2003). *Para além da eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e a Tecnologia/Ministério da Ciência e do Ensino Superior. Coimbra: Dinalivro.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2013). *Saúde Mental das Crianças e Jovens – Que Futuro? Os Novos Desafios Colocados pelos Media e pelas Novas Tecnologias*. Lisboa.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36250101>
- Papalia, D. & Olds, S. (co-aut). (1995). *Human development* (6th ed.). New York: Mcgraw-hill.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano*. Artmed Editora.
- Pinto, A. C. S., Luna, I. T., Sivla, A. D. A., Pinheiro, P. N. D. C., Braga, V. A. B., & Souza, Â. M. A. (2014). Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 555-564. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300022>
- Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M. & Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: comparing the impact of eight savoring and dampening strategies.

- Personality and Individual Differences*, 49(5), 368-373.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.03.048>
- Rosa-Alcázar, A. I., Parada-Navas, J. L., & Rosa-Alcázar, Á. (2014). Síntomas psicopatológicos en adolescentes españoles: relación con los estilos parentales percibidos y la autoestima. *Anales de psicología*, 30(1), 133-142. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.165371>
- Rossi, L. M., Marcolino, T. Q., Speranza, M., & Cid, M. F. B. (2019). Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. *Cadernos de Saúde Pública*, 35, e00125018. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00125018>
- Ryff, C. D. & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>.
- Santana, V. S., & Gondim, S. M. G. (2016). Regulação emocional, bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 21, 58-68. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160007>
- Schoen-Ferreira, T. H., Aznar-Farias, M., & Silveiras, E. F. D. M. (2010). Adolescência através dos séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 227-234. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000200004>
- Sieiro, M. D. F. S. (2020). *Estilos Educativos Parentais, Utilização das TIC e Saúde Mental em Adolescentes* [Master's thesis, Universidade de Coimbra]. Repositório Institucional da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/94605>
- Silva, R. A. D., Horta, B. L., Pontes, L. M., Faria, A. D., Souza, L. D. D. M., Cruzeiro, A. L. S., & Pinheiro, R. T. (2007). Bem-estar psicológico e adolescência: fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 1113-1118. <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2007.v23n5/1113-1118>
- Simões, M. R. (2000). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das matrizes progressivas coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Lisboa: F.C. Gulbenkian/ F.C.T.
- Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (1999). *Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista* (2nd ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Teixeira, C. J. (1991). A psicopatologia geral na formação do psicólogo. *Análise Psicológica*, 9(1), 118-126. <https://core.ac.uk/download/pdf/70652292.pdf>
- Teixeira, M. A. P., Bardagi, M. P., & Gomes, W. B. (2004). Refinamento de um instrumento para avaliar responsividade e exigência parental percebidas na adolescência. *Avaliação Psicológica*, 3, 1-12. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5115876>
- Toni, C. G. D. S., & Silveiras, E. F. D. M. (2017). Práticas educativas parentais e comportamentos de saúde e risco na adolescência: Um modelo preditivo. *Psicologia Argumento*, 31(74). <http://dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.31.074.AO01>
- Tristão, N. A. A. F. (2009). *Influência das práticas parentais nas estratégias de coping e de savoring utilizadas pelos adolescentes em contexto escolar* [Master's thesis, Universidade de

Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa.
<https://repositorio.ul.pt/handle/10451/855>

Wagner, A., Falcke, D., & Meza, E. B. D. (1997). Crenças e valores dos adolescentes acerca de família, casamento, separação e projetos vitais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *10*, 157-169.
<https://doi.org/10.1590/S0102-79721997000100011>

Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2009). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development*, *17*(2), 110–119.
<https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>

Anexos

Anexo A – Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

(Maia de Carvalho, Vale-Dias, & Sieiro, 2019)

Por favor responda de forma sincera. Todas as respostas recolhidas são tratadas de forma confidencial e anónima, sendo os resultados avaliados globalmente tendo em conta as respostas de todos os sujeitos e nunca individualmente. Muito obrigada!

1. **Idade:** _____
2. **Género:** Masculino __ Feminino __ Outro __
3. **Nacionalidade:** _____

4. **Relacionamento amoroso/Estado civil** (se for o seu caso, pode assinalar mais do que uma opção por exemplo, solteiro e a namorar):
A namorar _____ Solteiro _____
5. **Com quem habita em sua casa:** _____
6. **Habilitações Literárias** (indique o número de anos de escolaridade completa):
1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º 11º 12º
____ _
7. **Já foi acompanhado em:**
 - 7.1. Consulta de Psicologia: Sim __ Não __
 - 7.2. Consulta de Psiquiatria: Sim __ Não __

Acerca da sua mãe:

8. **Idade:** ____
9. **Habilitações Literárias** (indique o número de anos de escolaridade completa):
1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º 11º 12º
____ _
Licenciatura Mestrado Doutoramento Pós-Doc Outro
____ _
10. **Profissão:** _____

Acerca do seu pai:

11. **Idade:** ____
12. **Habilitações Literárias** (indique o número de anos de escolaridade completa):
1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º 11º 12º
____ _
Licenciatura Mestrado Doutoramento Pós-Doc Outro
____ _
13. **Profissão:** _____

Anexo B – Mental Health Continuum – Short Form

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra



MHC-SF

(Keyes, C. L. M., 2008; versão portuguesa de Matos, A.P., André, R., Cherpe, S., Figueira, C., e Pinto, A.M., 2010)

Instruções

Por favor, responde às questões seguintes sobre a forma como te tens sentido, **durante o último mês**. Assinala com um – X – a célula que melhor representa quantas vezes experienciaste ou sentiste o seguinte.

Lembra-te que não existem respostas certas ou erradas, escolhe, de forma honesta e sincera, a primeira resposta em que pensares. As tuas respostas são confidenciais.

Durante o último mês, quantas vezes (te) sentiste:	Nunca	1 ou 2 vezes	Cerca de 1 a 2 vezes por semana	Cerca de 2 ou 3 vezes por semana	Quase todos os dias	Todos os dias
1. feliz						
2. interessado pela vida						
3. satisfeito						
4. que tinhas alguma coisa importante para contribuir para a sociedade						
5. que pertencias a uma comunidade (como a um grupo social, à tua escola ou ao teu bairro)						
6. que a nossa sociedade se está a tornar num lugar melhor para pessoas como tu						
7. que as pessoas são essencialmente boas						
8. que a forma como a nossa sociedade funciona te faz sentido						
9. que gostavas da maior parte das características da tua personalidade						
10. que geriste bem as responsabilidades da tua vida diária						
11. que tiveste relações calorosas e de confiança com pessoas da tua idade						
12. que tiveste experiências que te permitiram crescer e tornares-te numa pessoa melhor						
13. confiante para pensar ou exprimir as tuas próprias ideias e opiniões						
14. que a tua vida tem uma direcção ou significado						

Anexo C – Escala de Estilos Educativos Parentais

ESCALA DE ESTILOS EDUCATIVOS PARENTAIS

(versão para filhos)

(Barros, J. (1994). *Psicologia da Educação Familiar*. Coimbra: Almedina)

Responda sinceramente a cada questão, colocando um círculo em volta do número que melhor corresponda ao seu caso:

1 – totalmente em desacordo

4 – bastante de acordo

2 – bastante em desacordo

5 – totalmente de acordo

3 – nem de acordo nem em desacordo

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Os meus pais dialogam frequentemente comigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Na minha educação, os meus pais são mais compreensivos que rigorosos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Os meus pais aceitam a minha maneira de ser. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Quando os meus pais me proibem alguma coisa, explicam-me a razão. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Os meus pais protegem-me dos perigos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Os meus pais aceitam que eu lhes chame a atenção. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Os meus pais são afetuosos comigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Os meus pais amam-me verdadeiramente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Os meus pais são capazes de todos os sacrifícios por mim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Os meus pais dão-me liberdade. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Os meus pais respeitam as minhas ideias. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Os meus pais toleram as minhas fraquezas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Se fosse preciso os meus pais estariam dispostos a dar a vida por mim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Os meus pais são sinceros comigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Os meus pais não têm o hábito de me mentir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Os meus pais na minha educação usam mais a razão do que a força. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Os meus pais encorajam-me frequentemente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Geralmente os meus pais mostram-se alegres comigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Os meus pais estimulam-me a vencer as dificuldades. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Os meus pais vêm ao encontro das minhas necessidades. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Os meus pais brincam frequentemente comigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Os meus pais são meus amigos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Anexo D – Questionário Brief Cope

Questionário Brief Cope

versão experimental portuguesa para adolescentes Maia de Carvalho, Vale-Dias, & Carvalho, 2018; baseada na versão portuguesa para adultos de Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004; Carver, 1997)

Indica um problema que tenhas tido recentemente.

As frases que se seguem dizem respeito ao modo como costumamos lidar com os problemas que tens na vida, por exemplo aquele que referiste. Há várias formas de tentar gerir as situações e as pessoas lidam com os seus problemas de maneira diferente, mas nós estamos interessados em perceber **como tu costumamos lidar com os teus problemas**. Cada uma das frases representa uma forma de lidar com os problemas. Assinala a tua resposta de acordo com a frequência com que tens feito o que cada frase diz. Existem quatro tipos de resposta possíveis: **“Nunca costumo fazer isto”, “Às vezes costumo fazer isto”, “Costumo fazer isto várias vezes”, “Costumo fazer isto sempre”**. Por favor não respondas consoante aquilo que achas que funciona ou não funciona mas conforme aquilo que costumamos fazer. Usa as opções que estão disponíveis nos espaços de resposta e tenta pensar em cada frase separadamente.

0- Nunca costumo fazer isto

1- Às vezes costumo fazer isto

2- Costumo fazer isto várias vezes

3- Costumo fazer isto sempre

	0	1	2	3
1. Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação.				
2. Enfrento a situação levando-a para a brincadeira.				
3. Refugio-me noutras atividades para me abstrair da situação.				
4. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer.				
5. Digo a mim próprio(a): “Isto não é verdade”.				

6. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual.				
7. Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos).				
8. Desisto de me esforçar para obter o que quero.				
9. Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação.				
10. Faço críticas a mim próprio(a).				
11. Tento analisar a situação de maneira diferente, de maneira a torná-la mais positiva.				
12. Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos etc) para me sentir melhor.				
13. Fico aborrecido(a) e expresso os meus sentimentos (emoções).				
14. Tento aceitar as coisas tal como elas estão a acontecer.				
15. Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer.				
16. Faço coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras.				
17. Sinto e expresso os meus sentimentos (emoções) de aborrecimento.				
18. Tento aprender a viver com a situação.				
19. Procuo o conforto e compreensão de alguém.				
20. Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas.				
21. Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objetivo.				
22. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer desta forma comigo.				
23. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação.				

24. Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo.				
25. Costumo rezar ou meditar.				
26. Costumo culpar-me pelo que está a acontecer.				
27. Costumo enfrentar as situações com sentido de humor.				
28. Costumo tomar medidas para tentar melhorar a minha situação (desempenho).				

Anexo E – Inventário de Sintomas Psicopatológicos - BSI

BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>				
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>				
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>				
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>				
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>				
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>				
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>				
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>				
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>				
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>				
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>				
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>				
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>				
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>				
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>				
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>				
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>				
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>				
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>				
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>				
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>				
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>				
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>				
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>				
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>				
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>				

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>				
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>				
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>				
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>				
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>				
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>				
33. Sensação de anestesia (encortçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>				
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>				
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>				
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>				
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>				
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>				
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>				
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>				
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>				
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>				
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>				
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>				
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>				
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>				
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>				
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>				
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>				
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>				
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>				
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>				
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>				

Anexo F – Pedido de Colaboração às Instituições



Exm^a Senhora Diretora Anabela de Azevedo Brandão,
Do Agrupamento de Escolas Dr. Serafim Leite,

Vimos contactá-la no âmbito de um projeto de investigação que se encontra em curso na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC). Tal projeto dedica-se ao estudo do “Desenvolvimento Humano e Saúde Mental”. Nele se inserem investigações de tese de Mestrado Integrado e de Doutoramento em Psicologia, orientados pela responsável do supramencionado projeto abrangente, a Professora Doutora Maria da Luz Vale-Dias (FPCE-UC). Neste campo de investigação insere-se, particularmente, o projeto de doutoramento intitulado “Mind the Mind: a complete mental health intervention for adolescents young adults and adults”. Este projeto é desenvolvido pela doutoranda Mariana Maia de Carvalho, Mestre em Psicologia, com a orientação da já referida Professora Doutora Maria da Luz Vale-Dias (FPCE-UC), do Professor Corey Keyes (Emory University) e do Professor Ernst Bohlmeijer (Twente University), na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Inserem-se ainda neste campo de investigação as pesquisas realizadas no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia da FPCE-UC pelos mestrandos Cláudio Monteiro, Joana Neves e Márcia Teixeira, sob orientação da Professora anteriormente mencionada.

Nesta etapa pretende-se avaliar algumas opiniões, crenças e estratégias utilizadas pelas pessoas relativamente aos temas da saúde mental e bem-estar, pelo que os participantes irão responder a um inquérito.

Este estudo rege-se pelos princípios éticos e deontológicos da investigação em Psicologia segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses e a Associação Americana de Psicologia.

Respeita ainda as regras da Comissão Nacional de Proteção de Dados. Assim:

- Todas as respostas recolhidas são tratadas de forma confidencial e anónima – será gerado um código numérico associado ao protocolo de cada sujeito e os seus dados de identificação só lhe serão associados para efeitos de acesso ao consentimento informado dado ou para cruzar com dados do mesmo sujeito recolhidos em momentos diferentes.
- Os resultados avaliados globalmente tendo em conta as respostas de todos os sujeitos e nunca individualmente.
- Em qualquer momento do estudo o sujeito pode desistir e deixar de participar.
- Pode, ainda, colocar perguntas sobre o estudo à investigadora que o desenvolve.

- Uma vez recolhidos os dados o sujeito tem direito ao seu acesso, retificação, atualização ou apagamento.
- Os dados serão utilizados exclusivamente para fins de investigação científica e serão conservados apenas pela equipa de investigação.

Independentemente de o sujeito ser contactado para integrar uma ou várias etapas da investigação, os dados tratam-se respeitando as normas acima mencionadas.

Neste âmbito, pedimos o seu consentimento para que os alunos da instituição que dirige possam ser contactados para, após obtido o consentimento dos seus encarregados de educação, participar nesta investigação, respondendo a alguns questionários (em papel ou on-line).

Desde já disponibilizamo-nos para responder a qualquer questão sobre o estudo,

Agradecendo antecipadamente toda a atenção dispensada, ficamos na expectativa da sua melhor colaboração e autorização,

Coimbra, 16 de abril de 2021.

Com os melhores cumprimentos,

Maria da Luz Vale-Dias (valedias@fpce.uc.pt)

Mariana Maia de Carvalho (marianaportocarrero@hotmail.com)

Cláudio Monteiro (claudio10jorge@hotmail.com)

Joana Neves (jojo.9.9@hotmail.com)

Márcia Teixeira (maracate_98@hotmail.com)



Ex^{mas} Senhoras Diretoras Ana Filipa Gual e Ana Catarina Resende,
Da Turning Point – Escola de Dança,

Vimos contactá-las no âmbito de um projeto de investigação que se encontra em curso na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC). Tal projeto dedica-se ao estudo do “Desenvolvimento Humano e Saúde Mental”. Nele se inserem investigações de tese de Mestrado Integrado e de Doutoramento em Psicologia, orientados pela responsável do supramencionado projeto abrangente, a Professora Doutora Maria da Luz Vale-Dias (FPCE-UC). Neste campo de investigação insere-se, particularmente, o projeto de doutoramento intitulado “Mind the Mind: a complete mental health intervention for adolescents young adults and adults”. Este projeto é desenvolvido pela doutoranda Mariana Maia de Carvalho, Mestre em Psicologia, com a orientação da já referida Professora Doutora Maria da Luz Vale-Dias (FPCE-UC), do Professor Corey Keyes (Emory University) e do Professor Ernst Bohlmeijer (Twente University), na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Inserem-se ainda neste campo de investigação as pesquisas realizadas no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia da FPCE-UC pelos mestrandos Cláudio Monteiro, Joana Neves e Márcia Teixeira, sob orientação da Professora anteriormente mencionada.

Nesta etapa pretende-se avaliar algumas opiniões, crenças e estratégias utilizadas pelas pessoas relativamente aos temas da saúde mental e bem-estar, pelo que os participantes irão responder a um inquérito.

Este estudo rege-se pelos princípios éticos e deontológicos da investigação em Psicologia segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses e a Associação Americana de Psicologia.

Respeita ainda as regras da Comissão Nacional de Proteção de Dados. Assim:

- Todas as respostas recolhidas são tratadas de forma confidencial e anónima – será gerado um código numérico associado ao protocolo de cada sujeito e os seus dados de identificação só lhe serão associados para efeitos de acesso ao consentimento informado dado ou para cruzar com dados do mesmo sujeito recolhidos em momentos diferentes.
- Os resultados avaliados globalmente tendo em conta as respostas de todos os sujeitos e nunca individualmente.
- Em qualquer momento do estudo o sujeito pode desistir e deixar de participar.
- Pode, ainda, colocar perguntas sobre o estudo à investigadora que o desenvolve.

- Uma vez recolhidos os dados o sujeito tem direito ao seu acesso, retificação, atualização ou apagamento.
- Os dados serão utilizados exclusivamente para fins de investigação científica e serão conservados apenas pela equipa de investigação.

Independentemente de o sujeito ser contactado para integrar uma ou várias etapas da investigação, os dados tratam-se respeitando as normas acima mencionadas.

Neste âmbito, pedimos o vosso consentimento para que os alunos da instituição que dirige possam ser contactados para, após obtido o consentimento dos seus encarregados de educação, participar nesta investigação, respondendo a alguns questionários (em papel ou on-line).

Desde já disponibilizamo-nos para responder a qualquer questão sobre o estudo,

Agradecendo antecipadamente toda a atenção dispensada, ficamos na expectativa da vossa melhor colaboração e autorização,

Coimbra, 16 de abril de 2021.

Com os melhores cumprimentos,

Maria da Luz Vale-Dias (valedias@fpce.uc.pt)

Mariana Maia de Carvalho (marianaportocarrero@hotmail.com)

Cláudio Monteiro (claudio10jorge@hotmail.com)

Joana Neves (jojo.9.9@hotmail.com)

Márcia Teixeira (maracate_98@hotmail.com)

Anexo G – Consentimento Informado aos Pais



Caro(a) Encarregado(a) de Educação,

Vimos contactá-lo no âmbito de um projeto de investigação que se encontra em curso na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC). Tal projeto dedica-se ao estudo do “Desenvolvimento Humano e Saúde Mental”. Nele se inserem investigações de tese de Mestrado Integrado e de Doutoramento em Psicologia, orientados pela responsável do supramencionado projeto abrangente, a Professora Doutora Maria da Luz Vale-Dias (FPCE-UC). Neste campo de investigação insere-se, particularmente, o projeto de doutoramento intitulado “Mind the Mind: a complete mental health intervention for adolescents young adults and adults”. Este projeto é desenvolvido pela doutoranda Mariana Maia de Carvalho, Mestre em Psicologia, com a orientação da já referida Professora Doutora Maria da Luz Vale-Dias (FPCE-UC), do Professor Corey Keyes (Emory University) e do Professor Ernst Bohlmeijer (Twente University), na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Inserem-se ainda neste campo de investigação as pesquisas realizadas no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia da FPCE-UC pelos mestrandos Cláudio Monteiro, Joana Neves e Márcia Teixeira, sob orientação da Professora anteriormente mencionada.

Nesta etapa pretende-se avaliar algumas opiniões, crenças e estratégias utilizadas pelas pessoas relativamente aos temas da saúde mental e bem-estar, pelo que os participantes irão responder a um inquérito.

Este estudo rege-se pelos princípios éticos e deontológicos da investigação em Psicologia segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses e a Associação Americana de Psicologia.

Respeita ainda as regras da Comissão Nacional de Proteção de Dados. Assim:

- Todas as respostas recolhidas são tratadas de forma confidencial e anónima – será gerado um código numérico associado ao protocolo de cada sujeito e os seus dados de identificação só lhe serão associados para efeitos de acesso ao consentimento informado dado ou para cruzar com dados do mesmo sujeito recolhidos em momentos diferentes.
- Os resultados avaliados globalmente tendo em conta as respostas de todos os sujeitos e nunca individualmente.
- Em qualquer momento do estudo o sujeito pode desistir e deixar de participar.
- Pode, ainda, colocar perguntas sobre o estudo à investigadora que o desenvolve.

- Uma vez recolhidos os dados o sujeito tem direito ao seu acesso, retificação, atualização ou apagamento.
- Os dados serão utilizados exclusivamente para fins de investigação científica e serão conservados apenas pela equipa de investigação.

Independentemente de o sujeito ser contactado para integrar uma ou várias etapas da investigação, os dados tratam-se respeitando as normas acima mencionadas.

Neste âmbito, pedimos o seu consentimento para que o/a seu/sua filho/filha possa participar nesta investigação, respondendo a alguns questionários (em papel ou on-line).

Desde já disponibilizamo-nos para responder a qualquer questão sobre o estudo,

Agradecendo antecipadamente toda a atenção dispensada, ficamos na expectativa da sua melhor colaboração,

Coimbra, 16 de abril de 2021.

Com os melhores cumprimentos,

Maria da Luz Vale-Dias (valedias@fpce.uc.pt)

Mariana Maia de Carvalho (marianaportocarrero@hotmail.com)

Cláudio Monteiro (claudio10jorge@hotmail.com)

Márcia Teixeira (maracate_98@hotmail.com)

Joana Neves (jojo.9.9@hotmail.com)

Declaro que tomei conhecimento das informações relativas ao estudo e que autorizo,

(nome do encarregado de educação)

Declaro que tomei conhecimento das informações relativas ao estudo e que participo,

(nome do aluno)

Anexo H – Consistência Interna

Tabela H1. Valores do *Alpha de Cronbach* da EEEP.

Fatores da EEEP	(Barros de Oliveira, 1994)	<i>Alpha de Cronbach</i>
Autonomia	.87	.93
Amor	.90	.91

Tabela H2. Valores do *Alpha de Cronbach* do *Brief Cope*.

Fatores do <i>Brief Cope</i>	(Maia de Carvalho et al., 2018)	<i>Alpha de Cronbach</i>
Negação	.72	.66
Humor	.83	.65
Religião	.80	.73
<i>Coping</i> Ativo	.65	.72
Aceitação	.55	.69
Utilizar Suporte Instrumental	.81	.53
Utilizar Suporte Social e Emocional	.79	.73
Reinterpretação Positiva	.75	.78
Planear	.70	.51
Autodistração	.67	.61
Autoculpabilização	.62	.70
Desinvestimento Comportamental	.78	.82
Uso de Substâncias	.81	.82
Expressão de Sentimentos	.84	.69

Tabela H3. Valores do *Alpha de Cronbach* do MHC - SF.

Fatores do MHC - SF	(Matos et al., 2010)	<i>Alpha de Cronbach</i>
Bem-Estar Emocional	.84	.88
Bem-Estar Social	.80	.82
Bem-Estar Psicológico	.78	.84

Tabela H4. Valores do *Alpha de Cronbach* do BSI.

Fatores do BSI	(Canavarro, 1995)	<i>Alpha de Cronbach</i>
Somatização	.80	.90
Obsessivo-Compulsivo	.77	.84
Sensibilidade Interpessoal	.76	.85
Depressão	.73	.91
Ansiedade	.77	.88
Hostilidade	.76	.85
Ansiedade Fóbica	.62	.83
Ideação Paranóide	.72	.77
Psicoticismo	.62	.82