



## Universidades Lusíada

Riacho, Verónica da Costa, 1995-

### **A relação entre os estilos parentais, bem-estar psicológico e autoeficácia nos adolescentes**

<http://hdl.handle.net/11067/5769>

#### **Metadados**

**Data de Publicação**

2020

**Resumo**

O presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre o bem-estar psicológico, estilos parentais e autoeficácia nos adolescentes. Neste estudo participaram 208 adolescentes (41.8% do género masculino e 58.2% do género feminino), 144 frequentam o 9ºano de escolaridade e 64 do 12ºano. Os dados foram recolhidos através de um protocolo constituído por, um questionário de caracterização sociodemográfico, Parental Rearing Style Questionnaire For Use With Adolescents, o Inventário de Saúde Ment...

The present study aimed to analyse the relationship between psychological well-being, parenting styles and self-efficacy in adolescents. In this study participated 208 adolescents (41.8% male and 58.2% female), 144 attended the 9th grade and 64 the 12th grade. The data were collected through a protocol consisting of a questionnaire for sociodemographic characterization, the Parental Rearing Style Questionnaire For Use With Adolescents, the Mental Health Inventory and the Multidimensional Scales ...

**Palavras Chave**

Jovens - Aspectos psicológicos, Bem-estar, Autoeficácia, Pais e adolescentes, Parentalidade

**Tipo**

masterThesis

**Revisão de Pares**

Não

**Coleções**

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-07-22T09:32:50Z com informação proveniente do Repositório



**UNIVERSIDADE LUSÍADA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**  
**Mestrado em Psicologia Clínica**

**A relação entre os estilos parentais, bem-estar psicológico e autoeficácia nos adolescentes**

**Realizado por:**  
Verónica da Costa Riacho

**Orientado por:**  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

**Constituição do Júri:**

Presidente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlia Rute Maia Cabrita  
Arguente: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Dissertação aprovada em: 8 de fevereiro de 2021

Lisboa

2020



**U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A**

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

# A relação entre os estilos parentais, bem-estar psicológico e autoeficácia nos adolescentes

Verónica da Costa Riacho

Lisboa

novembro 2020



Verónica da Costa Riacho

## A relação entre os estilos parentais, bem-estar psicológico e autoeficácia nos adolescentes

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Lisboa  
novembro 2020

## Ficha Técnica

**Autora** Verónica da Costa Riacho  
**Orientadora** Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita  
**Título** A relação entre os estilos parentais, bem-estar psicológico e autoeficácia nos adolescentes  
**Local** Lisboa  
**Ano** 2020

### Mediateca da Universidade Lusíada - Catalogação na Publicação

RIACHO, Verónica da Costa, 1995-

A relação entre os estilos parentais, bem-estar psicológico e autoeficácia nos adolescentes / Verónica da Costa Riacho ; orientado por Túlia Rute Maia Cabrita. - Lisboa : [s.n.], 2020. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - CABRITA, Túlia Rute Maia, 1972-

LCSH

1. Jovens - Aspectos psicológicos
2. Bem-estar
3. Autoeficácia
4. Pais e adolescentes
5. Parentalidade
6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
7. Teses - Portugal - Lisboa

1. Youth - Psychological aspects

2. Well-being
3. Self-efficacy
4. Parent and teenager
5. Parenting
6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
7. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. HQ799.15.R53 2020

## **Agradecimentos**

Ao longo da realização deste trabalho, foram vários os desafios pelos quais me deparei, muitos destes desafios foram possíveis de ultrapassar graças à ajuda de diversas pessoas e sem as quais não teria sido fácil de consegui-lo. A todas elas, gostaria de expressar a minha profunda gratidão.

Gostaria de agradecer a algumas delas pelo apoio especial que me prestaram ao longo deste trabalho, especialmente:

À minha orientadora Professora Doutora Túlia Cabrita, pelo apoio incondicional e disponibilidade, pelas sugestões e conselhos e pelo otimismo contagiante que sempre tranquilizava os meus anseios e que me dava motivação para continuar.

Aos Diretores, Subdiretores e professores, das escolas que participaram neste estudo por todo o tempo disponibilizado para que a recolha dos dados fosse possível.

Um especial agradecimento à Prof. Rosa Vasconcelos Nunes, pelo tempo disponibilizado não só para a recolha de dados, mas também para a devolução dos mesmos, apesar de todos os contratemplos.

Aos alunos, destas escolas que pacientemente responderam ao enorme questionário que lhes foi providenciado.





“The good life is a process, not a state of being...It is a direction, not a destination”

Carl Rogers, 1961



## Resumo

O presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre o bem-estar psicológico, estilos parentais e autoeficácia nos adolescentes. Neste estudo participaram 208 adolescentes (41.8% do género masculino e 58.2% do género feminino), 144 frequentam o 9ºano de escolaridade e 64 do 12ºano. Os dados foram recolhidos através de um protocolo constituído por, um questionário de caracterização sociodemográfico, *Parental Rearing Style Questionnaire For Use With Adolescents*, o Inventário de Saúde Mental e pela Escala Multidimensional da Autoeficácia Percebida. Os resultados obtidos sugerem que o suporte emocional de ambos os pais encontra-se associado a níveis mais elevados de bem-estar psicológico, e que a sobreproteção da mãe e a rejeição de ambos os pais, associados a piores níveis de bem-estar psicológico; verificou-se que os adolescentes que percecionam os seus pais como permissivos ou autoritativos apresentam níveis mais elevados bem-estar psicológico do que adolescentes cujo pais são percecionados como autoritários; verificou-se, ainda, que o bem-estar encontra-se associado a níveis mais elevados de autoeficácia; Por fim, foi possível verificar que o género, o estado civil dos pais, o suporte emocional dos pais e a sobreproteção da mãe são preditores de saúde mental, assim como, a autoeficácia para a obtenção de recursos sociais e a autoeficácia para ir ao encontro das expectativas dos outros. No geral, é possível sugerir que os estilos parentais e as práticas parentais assim como a autoeficácia encontram-se intimamente ligadas ao bem-estar psicológico dos adolescentes.

*Palavras-chave:* Adolescentes; Bem-estar psicológico; Estilos Parentais; Práticas Parentais; Autoeficácia



## **Abstract**

The present study aimed to analyse the relationship between psychological well-being, parenting styles and self-efficacy in adolescents. In this study participated 208 adolescents (41.8% male and 58.2% female), 144 attended the 9th grade and 64 the 12th grade. The data were collected through a protocol consisting of a questionnaire for sociodemographic characterization, the Parental Rearing Style Questionnaire For Use With Adolescents, the Mental Health Inventory and the Multidimensional Scales of Perceived Self-Efficacy. The results obtained suggest that the emotional support of both parents is associated with better levels of psychological well-being, and that the mother's overprotection and the both parents rejection, associated with worse levels of psychological well-being; it was found that adolescents who perceive their parents as permissive or authoritative have better levels of psychological well-being than adolescents whose parents are perceived as authoritarian; it was also found that well-being is associated with better levels of self-efficacy; Finally, it was possible to verify that sex, parents marital status, parents emotional support and mother's overprotection are predictors of mental health, as well as self-efficacy to obtain social resources and self-efficacy to meet others expectations. In general, it is possible to suggest that parenting styles and parenting practices as well as self-efficacy are closely linked to the psychological well-being of adolescents.

*Keywords:* Adolescents; Psychological well-being; Parenting Styles; Parenting Practices; Self-efficacy



## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Tabela de Frequências.....	25
Tabela 2 - Estatística descritiva das variáveis psicológicas em estudo.....	32
Tabela 3 - Comparação entre o género e as práticas parentais.....	32
Tabela 4 - Comparação entre o género e a saúde mental.....	33
Tabela 5 - Comparação entre o género e a autoeficácia.....	33
Tabela 6 - Comparação entre o Ano de Escolaridade e as práticas parentais.....	34
Tabela 7 - Comparação entre o Ano de Escolaridade e a saúde mental.....	34
Tabela 8 - Comparação entre o Ano de Escolaridade e a autoeficácia.....	35
Tabela 9 - Comparação entre a variável irmãos e os estilos parentais.....	35
Tabela 10 - Associações entre as variáveis sociodemográficas e a práticas parentais.....	36
Tabela 11 - Associações entre as variáveis sociodemográficas e a saúde mental.....	36
Tabela 12 - Associações entre as variáveis sociodemográficas e a autoeficácia.....	37
Tabela 13 - Associações entre as práticas parentais e a saúde mental.....	38
Tabela 14 - Associações entre as práticas parentais e a autoeficácia.....	39
Tabela 15 - Associações entre a saúde mental e autoeficácia.....	40
Tabela 16 - Comparações entre os diferentes estilos parentais (Mãe) e a saúde mental.....	43
Tabela 17 - Comparações entre os diferentes estilos parentais (Mãe) e a saúde mental.....	43
Tabela 18 - Comparações entre os diferentes estilos parentais (Pai) e a saúde mental.....	44
Tabela 19 - Comparações entre os diferentes estilos parentais (Pai) e a saúde mental.....	44
Tabela 20 - Comparações entre os estilos parentais (mãe) e a autoeficácia.....	45
Tabela 21 - Comparações entre os estilos parentais (mãe) e a autoeficácia.....	45
Tabela 22 - Comparações entre os estilos parentais (Pai) e a autoeficácia.....	45
Tabela 23 - Comparações entre os estilos parentais (Pai) e a autoeficácia.....	46
Tabela 24 - Regressão linear das variáveis sociodemográficas como preditores de saúde mental.....	46
Tabela 25 - Regressão linear das práticas parentais como preditores de saúde mental.....	47
Tabela 26 - Regressão linear da autoeficácia como preditor de saúde mental.....	47





## **Lista de Abreviaturas**

- EMAP - Escala Multidimensional Da Autoeficácia Percebida
- EMBU-A - Parental Rearing Style Questionnaire For Use With Adolescents
- ISM - Inventário de Saúde Mental
- MIME - Monitorização de inquéritos em meio escolar
- OMS - Organização Mundial de Saúde



## Sumário

Enquadramento Teórico .....	3
Adolescência.....	3
Adolescência e o bem-estar.....	6
Adolescência e o bem-estar psicológico.....	11
Adolescência e os Estilos Parentais.....	13
Adolescência e a Autoeficácia .....	19
Adolescência: Bem-estar psicológico, Estilos Parentais e Autoeficácia .....	23
Objetivos.....	24
Método .....	25
Participantes .....	25
Instrumentos.....	26
Questionário Sociodemográfico .....	26
EMBU-A .....	26
Inventário de Saúde Mental (ISM) .....	27
Escala Multidimensional da Autoeficácia Percebida (EMAP).....	28
Procedimento.....	31
Resultados.....	32
Análise descritiva das variáveis psicológicas em estudo.....	32
Estudo da perceção de práticas parentais, saúde mental e autoeficácia em função do género e ano de escolaridade.....	32
Estudo das associações entre variáveis sociodemográficas e variáveis psicológicas.....	36
Estudo das associações entre variáveis psicológicas.....	38
Estudo das diferenças entre grupos no que diz respeito à saúde mental .....	43
Estudo de preditores de saúde mental.....	46

Discussão .....	49
Referências .....	58
Anexos.....	77
Lista de anexos.....	79
Anexo A.....	81
Anexo B .....	85
Anexo C .....	89
Anexo D.....	93
Anexo E .....	97
Anexo F.....	102

## Introdução

A adolescência é uma fase do ciclo da vida, isto é, uma fase do desenvolvimento, de transição da infância para a idade adulta que é marcada por rápidas mudanças, no desenvolvimento físico, cognitivo, social e afetivo, tendo em conta o género, a etnia, área geográfica, o contexto socioeconómico e cultural (Almeida & Pinho, 2008; Ferreira & Nelas, 2006; Sawyer, Azzopardi, Wickremarathne & Patton, 2018).

É uma época em que os adolescentes, depois de vários momentos de maturação, exploram e consolidam a sua identidade individual e coletiva. É um momento em que os adolescentes questionam a autoridade de seus pais, sendo que, os conflitos e dilemas enfrentados pelos adolescentes podem interferir na sua capacidade de trabalhar e estudar de forma eficaz. Estes deparam-se ainda com várias escolhas que irão influenciar o seu futuro, sendo que, estas poderão definir e limitar as possibilidades no futuro, dentro destas tem-se a escolha profissional e o seu projeto de vida (Almeida & Pinho, 2008; Ferreira & Nelas, 2006).

O grande número de mudanças associadas à adolescência, sejam estas físicas ou psicológicas, podem influenciar a saúde dos indivíduos e que por sua vez podem afetar as várias fases da adolescência (Santrock 2019).

As experiências familiares apresentam-se como um fator de grande importância para o bem-estar (Greenfield & Mark, 2006). Alguns estudos sugerem que ter relações estáveis e seguras com os pais encontra-se intimamente ligada à saúde mental dos adolescentes (Raja, McGee & Stanton, 1992). Pode-se ainda considerar que a autoeficácia é um fator psicológico, que influencia o bem-estar psicológico, sendo que, as práticas parentais, como o suporte emocional, têm uma grande influência nos níveis da mesma (Baptista, Alves & Santos, 2008; Barlow, Cullen-Powell, Ventura & Noronha, 2014; Cheshire, 2006; Margolis & McCabe, 2006; Pajares, 2002).

Considerando os fatores e tarefas inerentes ao desenvolvimento dos adolescentes, e atendendo aos fatores psicológicos individuais predominantes da faixa etária em estudo, e respetivos instrumentos validados para a população portuguesa. Englobando variáveis de saúde mental, particularmente o bem-estar psicológico, e ainda as práticas parentais, e a autoeficácia.

Pretende-se assim compreender como é que as práticas parentais e a autoeficácia influenciam o bem-estar psicológico dos adolescentes.

A primeira parte do presente trabalho, consiste no enquadramento teórico, conceptualizando os conceitos de Adolescência, Bem-estar, Bem-estar Psicológico, Estilos Parentais e Autoeficácia.

A segunda parte, consiste na descrição da metodologia utilizada, com a descrição dos participantes, instrumentos e procedimentos adotados durante a investigação.

A terceira parte compreende a descrição das análises estatísticas efetuadas em relação às variáveis em estudo.

A quarta parte, é constituída pela discussão dos resultados obtidos, analisando-os em relação aos objetivos da investigação, e possíveis explicações para os mesmos.

Por fim, procede-se às conclusões e sugestões para estudos futuros, onde se apresenta ainda as limitações encontradas durante todo o processo de investigação.

## **Enquadramento Teórico**

### **Adolescência**

A adolescência é uma época em que os adolescentes, depois de vários momentos de maturação, exploram e consolidam a sua identidade individual e coletiva. É um momento em que os adolescentes questionam a autoridade de seus pais, sendo que, os conflitos e dilemas enfrentados pelos adolescentes podem interferir na sua capacidade de trabalhar e estudar de forma eficaz. Estes deparam-se ainda com várias escolhas que irão influenciar o seu futuro, sendo que, estas poderão definir e limitar as possibilidades no futuro, dentro destas tem-se a escolha profissional e o seu projeto de vida (Almeida & Pinho, 2008; Ferreira & Nelas, 2006).

A adolescência é definida como um período biopsicossocial, como inúmeras mudanças fisiológicas, psicológicas, ambientais e transição de papéis sociais, sendo que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), esta fase compreende-se entre os 10 e os 19 anos. Ocorre entre a infância e a idade adulta, que passa pela inserção na vida social adulta e de um grupo social com características socioculturais particulares, possibilitando o aparecimento de comportamentos de questionamento dos modelos e padrões infantis. No entanto, existe experiência de contradições, como querer ser autónomo, mas ao mesmo tempo procurar o auxílio dos pais para todo o tipo de tarefas (Ferreira & Nelas, 2006; Marcelli & Braconnier, 2007; WHO, 1989; Sawyer et al, 2018).

Na teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson, o desenvolvimento humano passa por 8 fases psicossociais, do nascimento à velhice, é um processo universal, considerando, as variações dos contextos culturais nas interações sociais, caracterizados por diversas tarefas de desenvolvimento impostas pelas exigências da sociedade e por uma crise psicossocial (ponto decisivo para o desenvolvimento) em cada fase, exigindo assim que este desenvolva novas capacidades, havendo sempre uma vertente positivo e negativa, sendo que, na teoria o autor

dá especial importância à adolescência, tendo em conta, a importante contribuição para a formação da personalidade do indivíduo (Erikson, 1968;1982;1973).

Segundo a Teoria do desenvolvimento Psicossocial de Erikson (1968;1982), o desenvolvimento da identidade, é a fase onde o adolescente integra todos os seus conhecimentos/aprendizagem adquiridas nas fases anteriores, centrando-se na aquisição de valores, pelos quais se vai reger nas suas decisões. Este deve ainda ser capaz de se definir quem será como pessoa, que imagem transmite aos outros e que direções pretende seguir. São estas algumas das condições para a construção da identidade e distinguir-se como pessoa única e distinta dos outros (Erikson, 1968;1973). Erikson refere um período denominado de moratória psicossocial, onde o adolescente explora as suas alternativas, em relação a si próprio e à realidade, sem se comprometer ou investir em nenhuma das opções. É neste momento que a sociedade começa a pressionar para a realização de decisões no contexto escolar e profissional. Resultando assim, durante este período de moratória, conhecimentos acerca de si mesmo. Em contrapartida, se o adolescente não conseguir estabelecer o que quer e o que não quer para o seu futuro, pode resultar numa confusão de papéis e de identidade (Erikson, 1963;1968).

Para o autor Marcia (1966), baseando-se na teoria de Erikson, apresenta a construção da identidade como duas dimensões fundamentais: exploração e comprometimento. Ao longo do percurso de vida do indivíduo, vão surgindo questões, as quais serão exploradas, podendo ou não se comprometer com as mesmas, podendo assim levar a conclusões diferentes, que por sua vez levaram a caminhos diferentes, os quais foram denominados pelo autor como fases de difusão da identidade, *foreclosure*, moratória e aquisição da identidade. Assim seja, o adolescente estará em determinada fase, dependendo da exploração das suas opções e a intensidade com a qual se compromete às mesmas. Em suma, cada fase representa um nível específico de exploração e comprometimento (Marcia, 1966; 1993).



Os dois estados iniciais da construção da identidade, podem ser caracterizados como, pela não exploração e comprometimento das opções que se vão apresentando (difusão), e comprometimento antes de explorar previamente as alternativas, sendo que, muitas vezes estas decisões são influenciadas por terceiros (*foreclosure*). Já a terceira fase é caracterizada pela exploração das várias alternativas. No entanto, existe pouco ou nenhum comprometimento (moratória), desta forma, permite integrar conhecimentos e experiências para mais tarde se comprometer. Por fim, na última fase, o individuo será capaz de estabelecer compromissos após um tempo de exploração (Marcia, 1996;1988).

A adolescência é uma fase de autodescoberta e avaliação, de aquisição de competências de modo a procurar e encontrar alternativas, ter em consideração as consequências, antecipar obstáculos e elaborar a forma como vai executar as suas escolhas, para assim assumir compromissos (Marcia, 1966;1993). É ainda possível que existam vários períodos de exploração e comprometimento (Stephen, Fraser & Marcia,1992).

Os adolescentes ao longo do seu percurso vão se apercebendo que existem diversas opções pelas quais podem optar. Começam a pensar e imaginar no que poderia acontecer, sem necessariamente terem de testar todos as opções, reconhecendo que a sua realidade é apenas uma de muitas possíveis. Reconhecem ainda que outras pessoas podem ter diferentes opiniões acerca de uma mesma situação, assim como diferentes valores a respeito da religião, moral, político ou social (Sprinthall & Collins, 1988).

No seu estudo Arnett (2001), realizado com adolescentes, jovens adultos e adultos, as tarefas de desenvolvimento identificadas como importantes para a passagem de adolescentes a adultos para os três grupos foram: os aspetos individuais como, a aceitação da responsabilidade pelas suas ações, o desenvolvimento de valores e crenças próprias, ter uma relação de igualdade com os pais, ter independência financeira, sendo que, os adolescentes ao contrário dos adultos, deram importância às mudanças biológicas. No estudo de Petrogiannis

(2011) com jovens adultos, os aspetos individuais foram considerados os mais importantes para a passagem de adolescente a adulto.

O modo como os adolescentes encaram estas tarefas, dependerá do suporte dado pelo grupo de pares e a família (Gouveia-Pereira, Pedro, Amaral, Alves-Martins & Peixoto, 2000).

### **Adolescência e o bem-estar**

As grandes e rápidas mudanças associadas à adolescência, como o rápido crescimento físico e as mudanças significativas físicas e psicológicas podem ter importantes efeitos sobre a saúde dos indivíduos e variações na saúde que podem afetar significativamente as transições na adolescência, sendo que, o seu bem-estar depende primariamente do comportamento dos mesmos (Santrock 2019).

O bem-estar pode ser considerado como algo intangível, difícil de definir e ainda mais difícil de medir, não obstante a falta de consenso em relação à sua definição, uma vez que ao longo dos anos emergiram duas abordagens, a hedónica e a eudaimónica, sendo que a primeira remete para a maximização da felicidade e prazer e a diminuição da dor, isto é, aumentar o afeto positivo e diminuir o afeto negativo, e satisfação com a vida (Bradburn, 1969; Thomas, 2009).

A última perspetiva destaca o funcionamento psicológico positivo e o desenvolvimento humano, sendo que Bradburn (1969) refere-se ao bem-estar psicológico como felicidade, e que um alto nível de bem-estar psicológico significa que existe uma proeminência de afeto positivo sobre o afeto negativo e vice-versa. Por outras palavras, esta abordagem destaca o desenvolvimento e a superação de desafios ao longo da vida, contemplando ainda várias dimensões do funcionamento psicológico e da sua saúde mental (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002).

Tendo em conta esta abordagem, o autor Ryff (1989a) identifica aspetos que constituem o bem-estar: o propósito de vida (até que ponto sentem que as suas vidas tem significado,

propósito e direção), autonomia (viver de acordo com as suas próprias convicções pessoais, não cedendo perante a pressão social), crescimento pessoal (necessidade de constante desenvolvimento, aberto a novas experiências, apercebendo-se do seu potencial e das mudanças em si e no seu comportamento ao longo do tempo), domínio do ambiente (utilizar todos os seus talentos e potenciais, de forma a criar e/ou aproveitar todas as oportunidades que surgem), relações positivas com os outros (tem relações de empatia, afeto e intimidade para com os outros e demonstra preocupação pelo bem-estar destes) e autoaceitação (conhecimento e a aceitação de si mesmo e consciência das suas limitações) (Ryff, 2014).

Dentro desta abordagem surge ainda o conceito de significado, isto é, estudos demonstram a importância da relação entre a satisfação com a vida e o propósito de vida, ou seja, para se viver de forma autêntica, pressupõe-se que a vida tenha significado (Cohen & Cairns, 2012; McMahan & Renken, 2011), associando-se negativamente com a depressão, a ansiedade e o abuso de substâncias (McMahan & Renken, 2011). No entanto, a felicidade e o significado apresentam-se como constructos distintos, uma vez que a ausência de significado impossibilita uma vida feliz, enquanto uma vida com mais significado resulta numa vida mais feliz (Rogers, 1961; Ryff, 1989a; 1989b).

Alguns autores criaram uma definição de bem-estar, estando esta associada à teoria do equilíbrio dinâmico do bem-estar de Headey e Wearing (1989), o efeito dos desafios da vida na homeostase de Cummins (2010) e o modelo de desenvolvimento da vida útil de Hendry e Kloep (2002). Posto isto, o bem-estar estável é quando os indivíduos têm os recursos psicológicos, sociais e físicos necessários para enfrentar um desafio específico, seja este psicológico, social e/ou físico. Assim sendo quando os indivíduos têm mais desafios do que recursos, vai causar desequilíbrio, onde o bem-estar vai diminuir e vice-versa (Dodge, Daly, Huyton & Sanders, 2012).

No que diz respeito à adolescência, os jovens crescem em uma rede complexa de influências que envolve a família, os colegas, a comunidade, a sociedade e a cultura, que afetam a saúde e o bem-estar. É necessário compreender os fatores de risco e de proteção que vão afetar a saúde dos indivíduos de forma a compreender e aumentar a saúde dos mesmos (WHO, 2008). A maioria dos adolescentes passa por este estágio sem sofrer traumas, e com um nível de bem-estar relativo (Offer & Schonert-Reichl, 1992).

O bem-estar dos adolescentes está relacionado com fatores individuais e contextuais, moldado pelos contextos diários em que os adolescentes crescem e se desenvolvem. Para adolescentes que vivem em países pobres, as principais ameaças à saúde são as devastadoras condições de vida diárias provocadas pela pobreza, enquanto os adolescentes nos países desenvolvidos sofrem de obesidade, distúrbios alimentares e um estilo de vida cada vez mais sedentário. Os fatores socioeconômicos parecem ser determinantes na saúde e bem-estar. Os relacionamentos com os pais e adultos significativos estão ligados ao bem-estar durante a adolescência. O comportamento dos pais, bem como a qualidade dos relacionamentos, demonstrou ser correlatos importantes de uma ampla gama de resultados adolescentes, incluindo o funcionamento e o bem-estar psicológico, social e acadêmico (Ben-Arieh, Casas, Frones & Korbin, 2014).

A saúde e os comportamentos que promovem a saúde estão fortemente ligados aos adolescentes até a vida adulta. A forma como os fatores sociais afetam a saúde dos adolescentes é crucial para a saúde de toda a população. Durante a adolescência, os efeitos do desenvolvimento relacionados com a puberdade e o desenvolvimento do cérebro levam ao surgimento de novos comportamentos e capacidades que permitem transições nos domínios da família, com os pais, na educação, e nos comportamentos que promovem a saúde. Estas transições modificam as trajetórias da infância para com a saúde e o bem-estar e são

modificados pela economia e fatores sociais em cada país (Viner, Ozer, Denny, Marmot, Resnick, Fatusi, Currie, 2012).

Os determinantes sociais de saúde são definidos pela OMS como “condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem”; essas condições ou circunstâncias são moldadas pelas famílias e comunidades e pela distribuição de dinheiro, poder e recursos a nível mundial, nacional e local, que são afetados pelas escolhas políticas em cada um destes níveis (WHO, 2008).

No estudo de Viner et al (2012), os determinantes mais importantes, a nível mundial, para a saúde dos adolescentes foram fatores estruturais como a riqueza nacional, a desigualdade nos rendimentos e o acesso à educação. Além disso, famílias, escolas e colegas que transmitem segurança e suporte são cruciais para ajudar com que os jovens desenvolvam todo o seu potencial e atinjam melhor saúde na transição para a vida adulta. Os autores concluíram ainda que para melhorar a saúde dos adolescentes em todo o mundo, é necessário melhorar a vida quotidiana dos jovens com as famílias e colegas nas escolas, abordando fatores de risco e de proteção no ambiente social a nível populacional. As intervenções mais eficazes são provavelmente mudanças ao nível estrutura, para melhorar o acesso à educação e ao emprego para os jovens, e assegurando a participação dos jovens no desenvolvimento de políticas e serviços.

O envolvimento parental contribuí, desde cedo, para o desenvolvimento das crianças (AAP, 2011).

A influência dos colegas na saúde e no bem-estar são maiores do que em outro momento da vida. (Resnick, Catalano, Sawyer, Viner, Patton, 2012; Steinberg & Monahan, 2007).

O bem-estar tem vindo a ser relacionado com as experiências familiares, isto é, como parte crucial na construção da saúde emocional de seus elementos, promover um ambiente

favorecedor de bem-estar, sendo que, crianças que reportaram problemas demonstraram ter o seu bem-estar comprometido (Greenfield & Mark, 2006).

Alguns estudos sugerem que ter relações estáveis e seguras com os pais encontra-se intimamente ligada à saúde mental dos adolescentes (Raja, McGee, & Stanton, 1992). No entanto, a ausência de conflitos familiares não é sinal de crescimento emocional e de bem-estar, mas sim a capacidade para encontrar soluções para problemas e resolvê-los ou diminuir o seu impacto. A expressão de emoções positivas e negativas, como a agressividade e o afeto, dentro do seio familiar favorece níveis mais elevados de saúde familiar (Féres-Carneiro, 1992; Wagner, Ribeiro, Arteché & Bornhold, 1999).

Quando existem transformações na constituição da família nuclear, sendo que, o processo de reestruturação familiar não tem de desencadear conflitos, podendo ser promotor de saúde. Por exemplo, um padrasto pode se tornar uma figura parental que vai compensar a ausência do pai biológico, existindo a necessidade de definir papéis e delimitações no papel de autoridade nas figuras parentais para que assim, possa haver um funcionamento familiar saudável e bem-estar dos seus membros (Féres-Carneiro, 1992; Wagner, Ribeiro, Arteché & Bornhold, 1999).

O diálogo na família torna-se um fator importante, no que diz respeito ao bem-estar dos adolescentes, pois só assim se evitam problemas de comunicação com os pais e falta de compreensão dos mesmos (Günther, 1996).

Em famílias reconstituídas, a comunicação é também um fator positivo no que diz respeito ao bem-estar dos adolescentes (Collins, Newman, & McKenry, 1995). A perceção que o adolescente tem do relacionamento parental, surge também associada ao bem-estar, pois quando estes percecionam o relacionamento como conflituoso, estes tendem a ter um nível de bem-estar mais baixo. Por fim, o suporte familiar, no que diz respeito às necessidades do adolescente, pode igualmente ter impacto no bem-estar destes (Grossman & Rowat, 1995).

No estudo de Bray e Harvey (1995) foram encontradas associações entre maior nível de bem-estar e famílias originais. Assim como no estudo de Love e Murdock (2004), onde um maior nível de bem-estar encontra-se associados a adolescentes provenientes de famílias originais (Appelqvist-Schmidlechner, Tamminen & Solin, 2019; Potter, 2010; Turunen, 2013).

Em alguns estudos foi possível verificar que quanto maior for o número de transições familiares pelas quais as crianças passam, pior será o seu nível de bem-estar (Cavanagh & Fomby, 2019; Hadfield, Amos, Ungar, Gosselin, & Ganong, 2018). Este padrão aplica-se a vários domínios de bem-estar, incluindo o comportamento problemático (Cooper, Osborne, Beck, & McLanahan, 2011; Fomby & Mollborn, 2017; Fomby & Sennott, 2013; Mitchel, McLanahan, Hobcraft, Brooks-Gunn, Garfinkel & Notterman, 2015), saúde (Bzostek & Beck, 2011; Smith, Crosnoe & Cavanagh, 2017), e o bem-estar emocional (e.g., Bzostek & Berger, 2017; Lee & McLanahan, 2015).

No geral, a maioria dos estudos não têm encontrado associação entre a constituição da família e o bem-estar dos adolescentes. Alguns associam níveis de bem-estar mais baixos a problemas comportamentais e conflitos a adolescentes provenientes de núcleos reconstruídos (Carter, Garcia-Petro & McGoldrick, 2014; Bray & Harvey, 1995; Wagner, Ribeiro, Arteché & Bornholdt, 1999).

### **Adolescência e o bem-estar psicológico**

O bem-estar psicológico começou por ser associado com efeitos positivos e negativos, e a felicidade seria o balanço entre os dois (Bradburn, 1969). De seguida, foi relacionado com a satisfação de vida, como indicador de bem-estar (Ryff & Keyes, 1995).

O bem-estar psicológico encontra-se relacionado com o bem-estar social (Howell, Dopko, Passmore, Buro, 2011). O bem-estar psicológico tem vindo a ser associado com 6 dimensões: a autoaceitação, as relações positivas com os outros, a autonomia, a capacidade de escolher

ou criar ambientes próprios para si, o propósito na vida, e finalmente, o crescimento pessoal (Ryff, 1989). O bem-estar pode ser visto como um constructo multidimensional (Michaelson, Abdallah, Steuer, Thompson, & Marks, 2009).

É um período em que os indivíduos estão particularmente vulneráveis aos efeitos negativos do stress e a sintomas depressivos. Contudo existem algumas diferenças no aparecimento em relação ao género, uma vez que, o género feminino demonstra ter um aumento drástico de sintomas depois dos 13 anos ou durante a puberdade (Hankin & Abramson, 2001). O stress tem vindo a estar associado com a agressividade, isto é, stressores relacionados com a intrusão e a irritabilidade parental que estão relacionados com mais sintomas de ansiedade/depressão e agressão, sendo que, os adolescentes que utilizam métodos de *coping*, como a distração e a reestruturação cognitiva, apresentam níveis baixos destes sintomas (Jaser, Langrock, Keller, Merchant, Benson, Reesdlund, Champion, & Compas, 2005).

O baixo nível de neuroticíssimo, altos níveis de senso de coerência e otimismo foram identificados como preditores de bem-estar psicológico, sendo que, senso de coerência foi identificado como um preditor de saúde geral (Ebert, Tucker, & Roth, 2002).

Um outro preditor de saúde mental é a satisfação com a vida, sendo que, encontra-se relacionada com os eventos stressantes e a internalização ou externalização de comportamentos (McKnight, Huebner & Suldo, 2002).

No estudo de Camacho e Matos (2007), verificou-se uma maior incidência da fobia social no género feminino, sendo que, existe uma menor predisposição para apresentar fobia social quando os pais dão autonomia e carinho. Pelo contrário, se houver proteção excessiva por parte dos pais, os jovens têm tendência a apresentar sintomas de fobia social (Camacho & Matos, 2007).



## **Adolescência e os Estilos Parentais**

Pode-se definir os estilos parentais como um conjunto de práticas e atitudes educativas, influenciadas em parte pelos valores dos pais, sendo que, estes pretendem transmiti-los através das suas práticas educativas (Darling & Steinberg, 1993; Laursen & Collins, 2009).

Os estilos parentais referem-se a comportamentos específicos dos pais (e.g. comportamentos de controle) e aos objetivos que os pais têm no processo de educar (Darling & Steinberg, 1993). Dito de outra forma, os estilos parentais sob os quais os jovens são educados vão influenciar os valores que são considerados como importantes pelos indivíduos, isto é, a importância dada a certos valores ou metas pelos pais em suas próprias vidas e também na educação dos filhos (Darling & Steinberg, 1993; Teixeira & Lopes, 2005).

O suporte parental (grau de aceitação e responsividade dos pais) e o controlo parental representam duas dimensões do comportamento dos pais, que influenciam o desenvolvimento das crianças, sendo estes verificados em quatro estilos parentais (Baumrind, 1971; 1991). Assim sendo, a responsividade parental está associada ao afeto e apoio transmitido pelos pais aos filhos (Johnson, Cohen, Chen, Kasen & Brook, 2006). Desta forma, podemos considerar que existe uma abordagem tipológica que permite diferenciar e inferir os estilos parentais, tendo em conta, os seus comportamentos nas práticas educativas, sendo estes, os estilos parentais, autoritário, autoritativo, permissivo e negligente (Baumrind, 1971; 1991; Ducharme, Cruz, Marinho, & Grande, 2006).

Os pais autoritários, são exigentes, pouco tolerantes e não são compreensivos. Caracterizam-se pela imposição da obediência e do respeito pela autoridade. O controlo excessivo pode prejudicar a internalização, fazendo com que o individuo fique dependente para estabelecer metas e objetivos. (e.g. pais que impõem boas notas, acreditam na importância e na desejabilidade deste comportamento. Contudo, se só existir uma imposição e não haver apoio emocional, o filho pode não tirar boas notas por que quer, mas sim pelo

controle excessivo por parte dos pais) (Baumrind, 1971; 1991; Darling & Steinberg, 1993; Teixeira & Lopes, 2005).

Os pais autoritativos são exigentes e compreensivos, uma vez que, estes providenciam suporte emocional e têm altos padrões de exigência. Os filhos reconhecem e respondem às imposições dos pais, já os pais devem considerar as opiniões e a perspectiva dos filhos. A autonomia é encorajada e a negociação e o compromisso são possíveis (e.g. os pais impõem boas notas, mas atendem às necessidades emocionais do filho, dando apoio e ajudando nas dificuldades) (Baumrind, 1971; 1991; Darling & Steinberg, 1993; Teixeira & Lopes, 2005).

Os pais permissivos são compreensivos, tolerantes, afetuosos, mas pouco exigentes, utilizam pouco a punição e evitam sempre que possível o exercício da autoridade ou a imposição de regras e restrições. Não conseguem estabelecer limites, permitindo comportamentos desadequados causadores de problemas. Por fim, os pais negligentes não são nem afetivos, nem exigentes, nem compreensivos. Buscam responder unicamente às necessidades básicas dos filhos (Baumrind, 1971; 1991).

Os estilos autoritativo e autoritário são os que se encontram mais associados com os valores que os pais pretendem transmitir (Teixeira & Lopes, 2005).

As relações entre pais-filhos têm um papel indireto na socialização dos adolescentes, no que diz respeito à monitorização e mediação do impacto das experiências dentro e fora da família (Laursen & Collins, 2009). Ao longo do desenvolvimento, existe a procura da autonomia, sendo que, a forma como os pais guiam esta procura terá efeitos sobre o funcionamento social das crianças (Bornstein & Bornstein, 2007). As experiências com os pais são, de todas as outras relações que vamos construir ao longo do tempo, as mais influentes e que vão influenciar as decisões dos adolescentes (Laursen & Collins, 2009).

Os comportamentos dos pais encontram-se associados ao desenvolvimento de comportamentos socio-emocionais das crianças, pois estes têm um papel muito importante no

desenvolvimento dos jovens, contribuindo para o bem-estar psicológico das crianças até à idade adulta (Metsäpelto & Juujärvi, 2006). De facto, a partir do contexto familiar, as crianças assimilam formas de tratar as pessoas e relacionamentos (Eisenberg & Valiente, 2002).

Desde o pré-escolar até à adolescência, baixos níveis de monitorização encontram-se associados a problemas de comportamento, ou seja, baixos níveis de supervisão associam-se a comportamentos disruptivos (Crouter & Head, 2002).

Verifica-se uma relação entre os estilos parentais e o rendimento escolar das crianças e jovens. Isto é, se os pais proporcionarem autonomia e carinho, estes têm tendência para ter um melhor rendimento académico (Camacho & Matos, 2007). Estes resultados foram corroborados no estudo de Cerezo, Casanova, Torre e Carpio (2011), que concluiu que os jovens, cujos pais revelaram estilos autoritativos ou permissivos apresentavam melhor rendimento académico em comparação com os jovens, cujos pais estavam classificados como autoritários e negligentes.

Muitos psicológicos apontam que crianças em idade escolar que são educadas por pais com estilos de educação autoritativo, tendem a obter melhores resultados do que os outros colegas com pais com outros estilos educativos, assim como, no que diz respeito a adolescentes em lares que utilizam o estilo educativo autoritativo, reportando ainda menos sintomas de depressão e ansiedade, apresentam maior capacidade de autoestima e autonomia e existe uma menor probabilidade de desenvolver comportamentos negativos, como a delinquência e o consumo de drogas (Steinberg, 2001).

De igual forma, Turley, Desmond e Bruch (2010), evidenciaram esta associação entre a relação pais-filhos e resultados positivos, e Turner, Chandler e Heffer (2009), num estudo com estudantes universitários, onde verificaram a relação entre o estilo autoritativo e o

desempenho acadêmico, no entanto, não encontrando nenhuma relação com os outros estilos parentais.

No que diz respeito à delinquência, no estudo de Okorodudu (2010), não encontram relação com o estilo parental autoritativo e autoritário. No entanto, pais que se demonstram passivos no que diz respeito à educação dos seus filhos, existe uma relação significativa com a delinquência. Já nos pais que usam uma abordagem positiva, os adolescentes demonstravam-se ser mais socialmente competentes e orientados para objetivos. E por fim, pais que exercem controlo e monitorização, demonstram ter efeitos positivos sobre o comportamento dos adolescentes.

Existem inúmeros estudos realizados com o objetivo de analisar o impacto das dimensões inerentes às famílias no desenvolvimento psicológico dos adolescentes, havendo modificações na qualidade das relações familiares e um decréscimo no suporte parental com a idade, visto que, importância do suporte para o seu ajustamento socialmente também desce (Meeus, Iedema, Maassen, Engels, 2005; Peixoto 2004).

Descobriu-se que filhos de pais autoritativos, em relação aos filhos de pais autoritários, permissivos e negligentes apresentavam, melhor ajustamento (Steinberg, Lamborn, Darling & Mounts, 1994), vinculação segura (Karavasilis, Doyle & Markiewicz, 2003), resiliência (Kritzas & Grobler, 2005), desempenho escolar (Boon, 2007) e comportamento pró-social, do qual as mães contribuem de forma mais significativa para estes comportamentos, do que os pais (Hastings, McShane, Parker & Ladha, 2007).

A capacidade de resposta dos pais está associada a resultados positivos no desenvolvimento das crianças, como maior autorregulação e menos comportamentos de externalização (Eiden, Edwards & Leonard, 2007), maior nível de autoestima (Rohner, 1990) e um melhor ajustamento psicológico (Khaleque, Rohner e Riaz, 2007).

As práticas parentais como controlo psicológico, disciplina inconsistente e punitiva e expressão de sentimentos negativos para com a criança (Barnett, Deng, Mills-Koonce, Willoughby & Cox, 2008; Barry, Frick, Adler & Grafeman, 2007), correlacionam-se com problemas de internalização e externalização, um nível de bem-estar emocional menor, perturbações de personalidade (Johnson et al, 2006; Lengua, 2006; Wang, Pomerantz & Chen, 2007).

Num estudo com adolescentes provenientes de famílias emigrantes, a proporção de adolescentes com pais permissivos aumentou com a geração. A taxa de jovens com problemas comportamentais aumentou com a geração, sendo que, a autoestima melhorou com a geração (Driscoll, Russell & Crockett, 2008).

No que diz respeito ao estudo da perceção do estilo parental consoante o género e a fase do desenvolvimento em que os jovens se encontram, existem resultados contrários dependendo do estudo.

No estudo de Soares e Almeida (2011), foi analisada a perceção dos adolescentes portugueses em relação às práticas educativas dos pais, do qual, segundo os resultados, não existem diferenças na categorização dos estilos educativos parentais entre rapazes e raparigas. No entanto, a perceção dos estilos parentais pode variar em função da fase de desenvolvimento dos adolescentes. No caso deste estudo, os adolescentes na fase intermédia da adolescência percecionam os seus pais como menos apoiantes, contudo, menos controladores. Já no estudo de Ducharme et. al (2006), foram encontradas diferenças entre raparigas e rapazes, onde as raparigas percecionavam os seus pais como mais autoritativos, enquanto os rapazes como permissivos e negligentes, bem como, existe tendência para que os adolescentes mais velhos percecionem os pais como menos controladores, assim como no estudo de Canavarro e Pereira (2007), foram encontradas diferenças em função da idade e género da criança. As raparigas percebem menos rejeição por parte dos pais e menos controlo

por parte do pai, sendo que, percebem mais suporte emocional por parte da mãe comparativamente com os rapazes. Além disso, as crianças mais novas percebem mais suporte emocional, maior rejeição e maior tentativa de controlo.

No estudo, Goede, Branje e Meeus (2009), no decorrer da adolescência, a relação pais-filhos torna-se mais igualitária, percebendo-se um menor controlo e autoridade por parte dos pais, posto que, também a percepção de suporte parental por parte dos jovens parece sofrer a influência da idade.

Os comportamentos de controlo parental para as crianças, são vistos como suporte emocional enquanto, os adolescentes, percebem estes comportamentos como intrusivos (Soares & Almeida, 2011).

A parentalidade e práticas parentais encontram-se intimamente ligadas ao bem-estar de crianças e adolescentes (Driscoll, Russell & Crockett, 2008; Wolfradt, Hempte, & Miles, 2003; Hutz & Bardagi 2006).

As pesquisas consistentemente mostram que práticas e estilos parentais estão ligados ao desenvolvimento comportamental e emocional dos adolescentes (Driscoll, Russell & Crockett, 2008).

Os níveis de apoio e carinho que os pais demonstram em relação aos filhos influenciam o bem-estar emocional dos jovens. Além disso, a supervisão dos pais está ligada ao comportamento do adolescente. Os pais que controlam os seus filhos por meio de supervisão, restringem as suas oportunidades de se envolverem em comportamentos de risco (Harris, 2000).

A percepção dos estilos parentais, bem como a qualidade da amizade tem impacto no bem-estar dos adolescentes, enquanto os efeitos da interação na amizade, adolescentes de mães autoritativas e permissivas relataram uma maior autoestima e satisfação com a vida, do que adolescentes com mães autoritárias. Além disso, adolescentes que possuem mães

autoritativas, reportam ser mais felizes do que aqueles que possuem mães autoritárias. Os adolescentes que consideraram os seus pais autoritativos ou permissivos mostraram resultados mais elevados em todos os indicadores de bem-estar, do que adolescentes cujos pais eram percebidos como autoritários (Raboteg-Saric & Sakic, 2014).

Da mesma forma, adolescentes que relatam sintomas depressivos, reportam ter um relacionamento com os seus pais de menor qualidade (Brange, Hale, Frijns & Meeus, 2010).

No estudo de Love e Murdock (2004), o suporte parental da mãe e do pai encontram-se associados a maior nível de bem-estar, e que o suporte emocional dos pais é preditor de bem-estar. Estes resultados podem ainda ser verificados no estudo de Lokes, Gingras, Philippe, Koestner e Fang (2010),

No estudo de Duineveld, Parker, Ryan, Ciarrochi e Salmela-Aro (2017), é possível verificar que a percepção de suporte parental estava negativamente associada a sintomas depressivos, já no estudo de Baker e Hoerger (2012), a rejeição encontrava-se positivamente associada a maior nível de ansiedade.

O suporte emocional tem vindo a estar relacionado com o bem-estar dos adolescentes (Barber, Stolz & Olsen, 2005).

### **Adolescência e a Autoeficácia**

A autoeficácia pode vista como a capacidade para a qual os indivíduos têm como perceber as suas capacidades/competências ou crenças em relação às mesmas, de forma a se organizarem e atingirem os seus objetivos (Bandura, 1977; 1993). Sendo que, fatores como a motivação, estados afetivos e as ações, influenciam as crenças de autoeficácia. A forma como estes percebem a sua autoeficácia, ajuda a determinar como os indivíduos utilizam o seu conhecimento e capacidades, ou seja, as crenças que os indivíduos têm das suas capacidades, vão influenciar a forma como estes agem, e não necessariamente no que na realidade conseguem fazer (Bandura, 1997a).

As crenças de autoeficácia atrás mencionadas, assim como as habilidades cognitivas e a tomada de decisão, vão influenciar o funcionamento humano, na medida que, estas influenciarão a forma como o individuo pressiona as suas habilidades, seja esta de forma positiva ou negativa, influência ainda a forma como estes se motivam e persistem, perante a adversidade, na qualidade da sua vida emocional e na sua vulnerabilidade em relação ao stress e à depressão, na resiliência perante adversidades e nas escolhas que fazem em momentos decisivos na sua vida. Ou seja, as crenças que estes têm das suas capacidades, vão exercer controlo diante os promotores de stress e promover resiliência em relação a estes (Benight & Bandura, 2004). Estas crenças podem ainda influenciar o início, a manutenção ou o abandono de uma ação (Lent & Maddux, 1997).

A autoeficácia pode ser compreendida como a perceção que um individuo tem das suas competências, para realizar uma determinada tarefa (Barros & Santos, 2010).

Pode-se ainda definir autoeficácia como, a capacidade de organizar e efetuar as ações necessárias para enfrentar situações, de forma eficaz, alcançando assim os objetivos desejados (Costa, 2003). Por outro lado, pode-se ver a autoeficácia como uma autoavaliação das próprias capacidades/competências (Martinez & Salanova, 2006). Uma pessoa que não acredita nas suas competências não irá definir objetivos, nem planear nenhuma atividade (Ponton, Edmister, Ukeiley & Seiner, 2001).

Este construto tem vindo a ser utilizado em diversos contextos, começando por se focar no estudo da ansiedade e no seu controlo, alargando a sua investigação em diversos domínios, como no contexto escolar, no aconselhamento e psicoterapias, na saúde promoção e manutenção da mesma, assim como no contexto organizacional (Lent & Maddux, 1997; Schwarzer & Fuchs, 1996). O autor Costa (2003), realça também a possibilidade que ao trabalhar a autoeficácia, pode-se trabalhar os comportamentos de saúde e a prevenção de sintomas de ansiedade stress e do *burnout*.



Pode-se verificar que a autoeficácia se modifica em função das situações e da exigência necessária, tendo ainda em conta os contextos em que a tarefa é executada (Bandura, 1993; 1997a).

A incapacidade do indivíduo para realizar a atividade ou objetivos desejados pode influenciar a saúde psicológica, isto é, indivíduos que têm tendência para humor depressivo, tendem a impor objetivos fora do seu alcance, e perante a incapacidade da execução do objetivo imposto e pela autocrítica excessiva, culpam-se pela sua incapacidade ou pela sua incompetência, podendo assim levar à depressão (Kavanagh, 1992).

Se os níveis de autoeficácia forem baixos, poderá ter impacto no que diz respeito à saúde mental, causando depressão, que por sua vez, vai diminuir a Autoeficácia (Bandura, 1997a).

A autoeficácia tem como fontes principais: o domínio de experiências, isto é, superar situações onde é necessário superar obstáculo e adversidades através da perseverança; a experiência *vicarious*, encontra-se relacionada com o modelo social, ou seja, se o indivíduo percebe que outras pessoas similares a si mesmo, são capazes de superar adversidades, então eles também possuem capacidades para terem sucesso; a persuasão social, se o indivíduo for persuadido por outros, em como tem capacidades para superar adversidades, este vai mobilizar um esforço maior e mantê-lo se surgirem dúvidas acerca das suas capacidades quando surgem problemas; e por último na sua condição fisiológica e emocional, no julgamento das suas capacidades, por exemplo, estes interpretam as suas reações ao stress e tensão como sinais de vulnerabilidade e de baixa desempenho, sendo que, o humor também pode afetar a percepção dos indivíduos na sua eficácia pessoal. Assim, o humor positivo aumenta a eficácia percebida e o humor negativo diminui a mesma. Por outro lado, a execução de atividades que exigem força e resistência, os indivíduos julgam o seu cansaço e dores como sinais de debilidade física. Desta forma, para modificar as crenças de eficácia do

indivíduo, é necessário reduzir as reações ao stress, alterar/diminuir a tendência para o humor negativo e interpretações erróneas do seu estado físico (Bandura, 1994).

A autoeficácia influencia na regulação das emoções negativas, quando o indivíduo é capaz de regular as suas emoções negativas e não se deixar dominar por estas. Por outro lado, níveis altos de Autoeficácia encontram-se relacionados com a manifestação de emoções positivas (Caprara, Giunta, Eisenberg, Gernino, Pastoreli & Tramontano, 2008).

Os fatores como a idade, o género e a situação económica restringe os modelos aos quais o indivíduo tem acesso (Bandura, 1977b).

A autoeficácia nas alterações fisiológicas, apresenta um papel muito importante na tensão arterial, no ritmo cardíaco e no stress (Bandura, Reese & Adams, 1982). Pode ainda, no que diz respeito ao *coping*, ajudar a responder de forma adequada a stressores, operacionalizando como mediador cognitivo do stress. (Wiedenfeld, O'Leary, Bandura, Brown, Levine & Raska, 1990).

Num estudo com várias escolas, os adolescentes que afirmam estar muito felizes, tendem a demonstrar níveis mais baixo de stress e maior perceção de autoeficácia (Natvig, Albrektsen & Qvarnstrom, 2003).

No que diz respeito às baixas crenças de autoeficácia, nas crianças que possuem crenças de falhanço e de desamparo, consegue-se ver ao longo do tempo, uma propensa diminuição do bem-estar psicológico (Margolis & McCabe, 2006).

Existem ainda fatores psicológicos que influenciam a autoeficácia, sendo estes, o bem-estar físico e emocional, o humor (como reações emocionais fortes positivas e negativas), o medo, a ansiedade, a depressão, o stress (Pajares, 2002). Esta pode ainda ter efeito na saúde, no que diz respeito, aos comportamentos que interferem diretamente na saúde e na resposta ao stress, isto é, os sujeitos com níveis elevados de autoeficácia tendem a aderir com mais facilidade a comportamentos que promovem a saúde, modificando condutas prejudiciais á

mesma (O’Leary, 1992). No estudo de Barlow, Cullen-Powell e Cheshire (2006), foi possível verificar a relação positiva da autoeficácia sobre o bem-estar psicológico.

No que diz respeito à forma como os estilos parentais influenciam a autoeficácia, quanto maior for a percepção de suporte, maior serão os níveis de autoeficácia. (Baptista, Alves & Santos, 2008; Ventura & Noronha, 2014).

A família, os pares e a escolas constituem-se como fontes de percepção de eficácia (Bandura, Barbaranelli, Caprara, & Pastorelli, 1996; Bandura, 1997b)

Deste modo, pode-se considerar que a autoeficácia é um fator psicológico importante, que influencia o bem-estar psicológico, sendo que, as práticas parentais, como o suporte emocional, têm uma grande influência nos níveis da mesma.

### **Adolescência: Bem-estar psicológico, Estilos Parentais e Autoeficácia**

Foi possível verificar ao longo do enquadramento teórico, como o bem-estar psicológico dos adolescentes, ao longo do seu desenvolvimento, é influenciado por diversas variáveis (Santrock 2019).

O seu bem-estar é influenciado por fatores individuais, e diversos contextos como o familiar, o comunitário, a sociedade e a cultura evolvente, e ainda pelos seus pares (Ben-Arieh et al., 2014; WHO, 2008).

Alguns estudos sugerem que relações estáveis e seguras com os pais, promovem um melhor nível de saúde mental (Raja, McGee, & Stanton, 1992).

Outro fator que tem vindo a se relacionar com o bem-estar psicológico é a Autoeficácia. Segundo várias investigações, a Autoeficácia tende a influenciar o bem-estar físico e emocional, o humor, o medo, a ansiedade, a depressão e o stress (Pajares, 2002; Bandura, Reese & Adams, 1982).

Nesse sentido, é pertinente estudar a influência que estas variáveis têm no bem-estar psicológico dos adolescentes.

## Objetivos

Tendo por base o enquadramento teórico, este estudo tem como objetivo geral compreender e caracterizar a relação entre o bem-estar psicológico e os estilos parentais e a Autoeficácia. Pretende-se ainda como objetivos específicos:

1. Analisar as diferenças entre género e idade no que diz respeito ao bem-estar psicológico, a perceção das práticas parentais e a Autoeficácia;
2. Verificar se existem diferenças entre os alunos de 9º ano e do 12ºano no que diz respeito ao bem-estar psicológico, à perceção das práticas parentais e a Autoeficácia;
3. Verificar se existem relação entre os praticas/estilos parentais e a Autoeficácia;
4. Verificar se existem relações entre as variáveis sociodemográficas e as escalas utilizadas;
5. Determinar quais os preditores de Saúde Mental.

## Método

### Participantes

Neste estudo participaram 208 adolescentes, 121 (58.2%) do género feminino e 87 (41.8%) do género masculino, com idades entre 14 e os 20 anos ( $M= 15.6$ ;  $DP= 1.6$ ), pertencentes a 4 escolas públicas do concelho da Moita. Na Tabela 1 encontra-se a caracterização dos participantes de forma mais detalhada.

Tabela 1

*Tabela de Frequências*

n=208		n	%
Ano de escolaridade	9ºano	144	69.2
	Feminino	73	50.7
	Masculino	71	49.3
	12ºano	64	30.8
Estado Civil dos Pais	Feminino	48	75
	Masculino	16	25
	Casados	130	62.5
	Separados/divorciados	69	33.2
Escolaridade da mãe	Viúvo/a	6	2.9
	Sem resposta	3	1.4
	Sem escolaridade	1	.5
	Lê e escreve contudo não tem escolaridade	2	1
	1ºCiclo	5	2.4
	2ºCiclo	12	5.8
	3ºCiclo	36	17.3
	Ensino Secundário	95	45.7
	Cursos Superior	50	24
	Sem resposta	7	3.4
Escolaridade do Pai	Sem escolaridade	1	.5
	Lê e escreve contudo não tem escolaridade	1	.5
	1ºCiclo	14	6.7
	2ºCiclo	6	2.9
	3ºCiclo	60	28.8
	Ensino Secundário	73	35.1
	Cursos Superior	43	20.7
	Sem resposta	10	4.8
	Sim	171	82.2
	Não	37	17.8
Estilo parental Mãe	Autoritário	36	17.3
	Autoritativo	64	30.8
	Permissivo	69	33.2
	Negligente	39	18.8
Estilo parental Pai	Autoritário	33	15.9
	Autoritativo	80	38.5
	Permissivo	57	27.4
	Negligente	38	18.3

## **Instrumentos**

O protocolo é constituído por um questionário sociodemográfico e por três escalas, a EMBU-A (*A Parental Rearing Style Questionnaire for use with Adolescents*), o ISM (Inventário de Saúde Mental) e a EMAP (Escala Multidimensional da Autoeficácia Percebida).

### **Questionário Sociodemográfico**

O questionário sociodemográfico é constituído pelas seguintes perguntas: variáveis sociodemográficas como a idade, género, ano de escolaridade; contexto familiar, onde se pretendia saber o estado civil, escolaridade e profissão dos pais, por último era perguntado se os participantes tinham irmãos.

### **EMBU-A**

O EMBU-A (*A Parental Rearing Style Questionnaire for use with Adolescents*) foi elaborada pelos autores Gerlsman, Arrindell, Van der Veen & Emmelkamp (1991), esta versão contempla 56 itens e 4 dimensões. A consistência interna para o Suporte Emocional foi de  $\alpha = .86$  e para a Rejeição foi de  $\alpha = .88$  para a versão do pai e da mãe, no que diz respeito ao fator sobreproteção os resultados foram,  $\alpha = .62$  para a versão pai e  $\alpha = .60$  para a versão mãe, e por último, no Sujeito Favorito obtiveram um  $\alpha = .57$  para a versão pai e  $\alpha = .58$  para a versão mãe, estes valores podem ser explicados pelo número reduzido de itens no fator Sujeito Favorito (Gerlsman et al, 1991).

A adaptação à população portuguesa foi realizada por Lacerda (2005), esta versão é constituída por 46 itens e contempla 3 fatores, sendo estes, o suporte emocional, sobreproteção e a rejeição. O fator suporte emocional refere-se às práticas parentais que encorajam as crianças a se sentirem valorizadas e aceites na presença dos pais, através da aprovação, encorajamento, ajuda, compensação, expressão verbal e física de amor e carinho; O fator sobreproteção pode ser descrito como práticas parentais de proteção excessiva no que

diz respeito a experiências indutoras de stress e adversidade (e.g. comportamentos parentais intrusivos, comportamentos que tendem a desencorajar a independência, demonstram ter elevadas expectativas (contexto escolar) e existência de regras rígidas; Por último o fator rejeição que refere-se a práticas parentais que pretendem modificar o comportamento dos filhos (e.g. punições físicas, suspensão de privilégios ou objetos) (Lacerda, 2005 citado por Conceição, 2012).

No estudo de Conceição (2012) obteve um alfa de .944 no fator Suporte emocional, um alfa de .713 no fator sobreproteção e no fator rejeição obteve um alfa de .530 na versão pai e na versão mãe obteve um alfa de .923 no fator Suporte emocional, um alfa de .718 no fator sobreproteção e no fator rejeição obteve um alfa de .799.

No presente estudo, decidiu-se adotar a estrutura dos fatores da escala utilizada por Conceição (2012), obtendo assim para versão do pai no fator Suporte Emocional um alfa de .919, no fator sobreproteção obteve-se um alfa de .647 e por último no fator Rejeição obteve-se um alfa de .446. No que diz respeito à versão da mãe no fator Suporte Emocional um alfa de .920, no fator sobreproteção obteve-se um alfa de .723 e por último no fator Rejeição obteve-se um alfa de .820.

### **Inventário de Saúde Mental (ISM)**

O ISM foi criado em 1975, e tem como objetivo avaliar a saúde mental (Veit, & Ware, 1983).

Esta escala tem 38 itens, constituído por duas grandes subescalas, o *Distress* Psicológico e Bem-Estar Psicológico, tendo estas subescalas, 5 dimensões, Ansiedade com 10 itens (3, 11, 13, 15, 22, 25, 29, 32, 33, 35), Depressão com 5 itens (9, 19, 30, 36, 38), Laços Emocionais, com 3 itens (2, 10, 23), Afeto Positivo, com 11 itens (1, 4, 5, 6, 7, 12, 17, 26, 31, 34, 37), e Perda de Controlo Emocional/ Comportamental, com 9 itens (8, 14, 16, 18, 20, 21, 24, 27, 28). A soma do *Distress* Psicológico é obtida a partir da soma dos resultados das dimensões

Ansiedade, Depressão e Perda de Controlo Emocional/Comportamental, sendo que, o Bem-Estar Psicológico é obtido pela soma das dimensões, Afeto Positivo e Laços Emocionais.

O total da escala é obtido a partir da soma dos itens que constituem a escala. Os itens 2, 3, 9, 11, 13, 15, 16, 19, 20, 21, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 35, 36, 38 devem ser cotados de modo invertido, sendo que valores mais elevados correspondem a mais saúde mental.

Na versão original e na versão portuguesa, o valor do coeficiente alfa da escala total foi de  $\alpha = .96$ , para o fator Ansiedade  $\alpha = .91$ , para a depressão  $\alpha = .85$ , para a Perda de controlo emocional/comportamental  $\alpha = .87$ , para o Afeto Positivo  $\alpha = .91$ , Laços emocionais  $\alpha = .72$ , *Distress* Psicológico  $\alpha = .72$  e para Bem-estar Positivo  $\alpha = .91$ . No presente estudo a escala apresenta um alfa da escala total de  $\alpha = .97$ , para o fator Ansiedade  $\alpha = .92$ , para a depressão  $\alpha = .85$ , para a Perda de controlo emocional/comportamental  $\alpha = .90$ , para o Afeto Positivo  $\alpha = .92$ , Laços emocionais  $\alpha = .46$ , *Distress* Psicológico  $\alpha = .96$  e para Bem-estar Positivo  $\alpha = .91$ .

### **Escala Multidimensional da Autoeficácia Percebida (EMAP)**

A Escala Multidimensional da Autoeficácia Percebida (EMAP), foi desenvolvida por Bandura em 1990, a versão portuguesa tem vindo a ser validada desde 2005, em amostras de estudantes dos ensinos básico, secundário e superior.

Tem como objetivo avaliar as crenças de Autoeficácia, em relação, à forma como os alunos se percecionam a nível social e académico (Teixeira, 2009).

Esta escala tem 57 itens, divididos por 9 escalas, Autoeficácia para a Obtenção de Recursos Sociais, mede a Autoeficácia para conseguir os recursos sociais necessários (e. g., Com que facilidade és capaz de obter a ajuda dos teus professores quando tens dificuldades nas tarefas escolares?); Autoeficácia para o Sucesso Académico, avalia as crenças dos jovens nas suas capacidades para obter sucesso em várias matérias escolares (e. g., Com que facilidade és capaz de aprender matemática?); Autoeficácia para a Aprendizagem



Autorregulada, avalia as crenças de eficácia dos estudantes para estruturarem, organizarem ou planearem as atividades académicas (e. g., Com que facilidade és capaz de acabar os trabalhos escolares nas datas previstas?); Autoeficácia para os Tempos Livres e Atividades Extra Curriculares, analisa as crenças dos alunos de serem capazes de participarem em atividades desportivas e recreativas ou de grupos de estudantes (e. g., Com que facilidade és capaz de aprender desportos?); Eficácia Autorregulatória, avalia as crenças dos jovens para resistirem à pressão dos pares face aos comportamentos de risco, envolvendo o álcool, as drogas, o género não protegido e a conduta transgressiva (e. g., Com que facilidade és capaz de resistir à pressão dos teus amigos para fazeres coisas na escola que te podem trazer problemas?); Autoeficácia para Ir ao Encontro das Expectativas dos Outros, avalia as crenças dos jovens sobre a sua capacidade para ir ao encontro das expectativas dos pais, dos professores e dos pares sobre eles e para alcançar o que os jovens esperam de si próprios (e. g., Com que facilidade és capaz de viver de acordo com aquilo que os teus pais esperam de ti?); Autoeficácia Social, avalia as crenças dos jovens acerca da sua capacidade para estabelecer e manter relações sociais e para gerir diferentes tipos de conflitos interpessoais (e. g., Com que facilidade és capaz de fazer e manter amizade com pessoas do género oposto?); Eficácia Auto Assertiva, avalia a capacidade que os jovens acreditam ter para dar voz às suas opiniões, para reagir aos maus tratos e para recusarem pedidos inconvenientes (e. g., Com que facilidade és capaz de expressar as tuas opiniões quando os teus colegas não concordam contigo?); Autoeficácia para Obter o Apoio Parental e Comunitário, avalia as crenças que os jovens creem ter para envolver e obter apoio dos pais e da comunidade nas atividades escolares (e. g., Com que facilidade és capaz de conseguir que os teus pais tomem parte das atividades escolares?) (Teixeira, s.d.).

As respostas aos itens são dadas numa escala *Likert* de 1 a 5, sendo que, o 1 significa “Nada Fácil” e 5 “Muito Fácil”. O resultado total é dado pelo somatório de todas as escalas. Os coeficientes de alfa de *Cronbach* têm uma amplitude entre .60 e .85 (Teixeira, 2009).

No presente estudo os fatores apresentam uma amplitude entre .67 e .88, isto é, o alfa para a Autoeficácia para a Obtenção de Recursos Sociais é de .80, Autoeficácia para o Sucesso Académico é de .75, Autoeficácia para a Aprendizagem Autorregulada é de .88, Autoeficácia para os Tempos Livres e Atividades Extra Curriculares .81, Autoeficácia Autorregulatória é de .67, Autoeficácia para Ir ao Encontro das Expectativas dos Outros é de .83, Autoeficácia Social é de .87, Eficácia Auto Assertiva é de .84, Autoeficácia para Obter o Apoio Parental e Comunitário é de .76.

## **Procedimento**

Este estudo foi realizado com carácter transversal, administrado a estudantes do ensino básico e secundário em vários momentos.

Começou-se por realizar um pedido na plataforma MIME (Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar), de forma a obter autorização para realizar a investigação, recebendo resposta positiva ao pedido iniciou-se o processo de solicitação de autorização para administração do protocolo, junto às direções das escolas, de modo a expor os objetivos da investigação e assim como apresentação do protocolo a ser aplicado.

De seguida foi entregue às escolas o consentimento informado (Anexo H), para que este fosse distribuído pelos encarregados de educação de forma conseguir a autorização para que os seus educandos pudessem participar na investigação, sendo que, este processo foi agilizado pelas escolas. Posteriormente foram entregues os questionários e consentimentos informados para os alunos, as escolas procederam à distribuição dos mesmos pelos diretores de turma.

Numa escola, foi permitido realizar a aplicação dos questionários presencialmente nas turmas, a aplicação foi concretizada num só dia, anteriormente acordado com o Adjunto do Diretor, a recolha foi realizada no mês de janeiro de 2020.

Com o decreto do encerramento das escolas pelo Governo, foi impossibilitado iniciar a aplicação dos questionários numa outra escola, visto que, esta estava marcada para o final do mês de março de 2020. Com a abertura parcial das Escolas Secundárias, foi possível marcar um dia para devolução dos questionários que ainda não tinham sido devolvidos.

Por último, procedeu à introdução dos dados recolhidos no *IBM SPSS Statistics 25* e análise estatística descritiva e inferencial dos mesmos.

## Resultados

### Análise descritiva das variáveis psicológicas em estudo

Tabela 2

*Análise descritiva das variáveis psicológicas em estudo*

Variáveis	M	DP	Assimetria	Curtose	Mínimo	Máximo
Práticas Parentais						
Suporte Emocional Mãe	65.53	9.86	-1.38	1.57	27	76
Suporte Emocional Pai	59.48	13.27	-1.15	1.73	18	105
Rejeição Mãe	15.51	4.71	1.51	2.06	11	35
Rejeição Pai	10.43	2.35	1.13	3.31	5	22
Sobreproteção Mãe	26.26	5.30	.20	-.35	15	40
Sobreproteção Pai	17.97	3.84	-.16	.36	7	28
Saúde Mental						
Saúde Mental Total	148.14	32.98	-.22	-.31	58	222
Afeto Positivo	39.67	10.08	.25	-.44	17	64
Laços Emocionais	11.30	3.16	.18	-.51	5	18
Perda de controlo emocional	37.87	9.41	-.41	-.51	12	53
Ansiedade	38.68	9.78	-.28	-.19	12	60
Depressão	20.35	4.94	-.61	-.19	5	29
Bem-estar positivo	50.97	12.13	.20	-.45	25	82
<i>Distress</i>	96.88	22.80	-.40	-.29	31	142
Autoeficácia						
Recursos sociais	13.78	3.47	-.17	-.14	4	20
Sucesso Académico	28.89	5.67	.09	.59	9	45
Aprendizagem	34.78	8.25	.22	.03	11	55
Autorregulada						
Tempos Livres/Extracurriculares	24.89	6.51	-.02	-.54	8	40
Autorregulatória	38.01	7.33	.77	13.93	9	91
Expectativas dos outros	12.94	3.72	-.08	-.33	4	20
Social	14.85	3.85	-.43	-.53	5	20
Auto assertiva	14.53	3.75	-.18	-.77	4	20
Apoio parental/Comunitário	12.72	3.87	-.01	-.64	4	20
Autoeficácia Total	195.38	32.87	.08	.50	89	301

### Estudo da perceção de práticas parentais, saúde mental e autoeficácia em função do

#### género e ano de escolaridade

Para estudar a relação entre o género e as práticas parentais recorreu-se à *Anova*.

Tabela 3

*Comparação entre o género e as práticas parentais*

	Género				p
	Feminino		Masculino		
	M	DP	M	DP	
Suporte Emocional Mãe	65.38	10.12	67.38	9.13	.13
Suporte Emocional Pai	58.55	14.45	60.79	11.36	.23
Rejeição Mãe	15.59	4.88	15.39	4.48	.77
Rejeição Pai	10.36	2.35	10.51	2.36	.66
Sobreproteção Mãe	26.21	5.10	26.33	5.60	.87
Sobreproteção Pai	17.93	3.90	18.01	3.80	.88

Através da Tabela 3, pode-se verificar que não existem diferenças significativas ao nível de significância de  $p=0.05$ , tanto na versão da mãe como na versão do pai.

Tabela 4

*Comparação entre o género e a saúde mental*

	Género				p
	Feminino		Masculino		
	M	DP	M	DP	
Afeto Positivo	37.78	9.96	42.30	9.69	.00
Laços Emocionais	11.05	3.06	11.64	3.29	.19
Perda de controlo emocional	35.96	7.83	40.62	7.83	.00
Ansiedade	36.04	9.78	42.54	9.46	.00
Depressão	19.12	5.08	22.16	4.12	.00
Bem-estar positivo	48.83	11.99	53.97	11.74	.00
Distress	91.16	23.61	105.26	18.73	.00
Saúde Mental Total	140.16	34.00	159.83	27.73	.00

No que diz respeito à saúde mental, verifica-se a existência de diferenças significativas ao nível de significância de  $p=0.05$ , como é possível observar no Tabela 4.

Verifica-se que os adolescentes do género masculino, se percebem como tendo níveis mais elevados de bem-estar do que as adolescentes do género feminino.

Por outro lado, é possível verificar que as adolescentes do género feminino apresentam níveis mais elevados, no que diz respeito à perda de controlo emocional, ansiedade, depressão e *distress*, no entanto, apresentaram níveis mais baixos no afeto positivo e bem-estar positivo.

Tabela 5

*Comparação entre o género e a autoeficácia*

	Género				p
	Feminino		Masculino		
	M	DP	M	DP	
Recursos Sociais	13.65	3.42	13.96	3.56	.53
Sucesso Académico	28.23	5.39	29.80	5.96	.05
Aprendizagem autorregulada	34.36	8.02	35.35	8.57	.40
Tempos Livres/ Extracurriculares	24.00	6.44	26.13	6.45	.02
Autorregulatória	37.69	5.97	38.45	8.90	.47
Expectativas dos outros	12.16	3.70	14.01	3.50	.00
Social	14.14	3.78	15.83	3.74	.00
Auto assertiva	13.88	3.77	15.44	3.54	.00
Apoio parental e comunitário	12.32	3.98	13.27	3.65	.08
Autoeficácia total	190.45	31.614	202.24	33.535	.01

De seguida realizou-se outra *Anova*, de forma a analisar o género se encontra associado aos níveis de autoeficácia, sendo que, podemos verificar que existem diferenças significativas

ao nível de significância de  $p=0.05$  nas subescalas, tempos livres/extra curriculares ( $p= .02$ ), expectativas dos outros ( $p= .00$ ), social ( $p= .00$ ), auto assertiva ( $p= .00$ ) e no total da autoeficácia ( $p= .01$ ), como é possível verificar na Tabela 5.

Os resultados sugerem que os adolescentes do género masculino demonstram níveis mais elevados de autoeficácia global, apresentam ainda níveis mais elevados de autoeficácia para os tempos livres e atividades extracurriculares e na autoeficácia para ir encontro das expectativas dos outros, por último, têm níveis mais elevados de autoeficácia social do que as adolescentes do género feminino.

As adolescentes do género feminino apresentam níveis mais elevados no que diz respeito à autoeficácia auto assertiva.

Tabela 6  
*Comparação entre o Ano de Escolaridade e as práticas parentais*

	Ano de Escolaridade				p
	9ºano		12ºano		
	M	DP	M	DP	
Suporte Emocional Mãe	64.98	10.328	66.77	8.231	.23
Suporte Emocional Pai	59.59	13.088	59.25	13.758	.86
Rejeição Mãe	16.04	5.131	14.31	3.311	.01
Rejeição Pai	10.80	2.446	9.58	1.874	.00
Sobreproteção Mãe	27.39	5.243	23.73	4.530	.00
Sobreproteção Pai	18.58	3.668	16.59	3.897	.00

Para estudar a relação entre o ano de escolaridade e variáveis psicológicas recorreu-se à *Anova*. É possível averiguar, ao analisarmos a tabela 6, que existem diferenças significativas, ao nível de significância de  $p = 0.05$ , na rejeição ( $p= 0.01$ ) e na sobreproteção da mãe ( $p= 0.00$ ) e ainda na rejeição ( $p= 0.00$ ) e na sobreproteção do pai ( $p= 0.00$ ), ou seja, é possível verificar que os alunos do 9ºano percebem mais rejeição e sobreproteção de ambos os pais em relação aos seus pares do 12ºano.

Tabela 7  
*Comparação entre o Ano de Escolaridade e a saúde mental*

	Ano de Escolaridade				p
	9ºano		12ºano		
	M	DP	M	DP	
Laços Emocionais	10.87	3.09	12.25	3.14	.00
Perda de controlo emocional	36.81	9.83	40.21	7.99	.02

No que diz respeito ao ano de escolaridade e a saúde mental, ao analisar-se a tabela 7, é possível verificar que só foram encontradas diferenças significativas, nos laços emocionais ( $p=.00$ ) e perda de controlo emocional ( $p= .02$ ), ou seja, os alunos do 12º ano percecionam-se níveis mais elevados, no que diz respeito, aos laços emocionais e na perda de controlo emocional em relação aos adolescentes do 9º ano.

Tabela 8  
*Comparação entre o Ano de Escolaridade e a autoeficácia*

	Ano de Escolaridade				p
	9ºAno		12ºano		
	M	DP	M	DP	
Recursos Sociais	13.23	3.49	15.02	3.13	.00
Sucesso Académico	29.43	6.00	27.67	4.68	.04

No que diz respeito à Autoeficácia, ao analisarmos a tabela 8, é possível verificar que foram encontradas diferenças significativas, apenas nos recursos sociais ( $p=.00$ ) e no sucesso académico ( $p= .02$ ), por outras palavras, os alunos do 12º ano percecionam-se com níveis mais elevados em relação à autoeficácia em obter recursos sociais.

Por outro lado, os alunos do 9º ano apresentam-se como níveis mais elevados de autoeficácia nas suas capacidades para obter sucesso no contexto escolar em relação aos adolescentes do 12ºano.

Tabela 9  
*Comparação entre a variável irmãos e os estilos parentais*

	Irmãos				p
	Sim		Não		
	M	DP	M	DP	
Suporte Emocional Pai	58.51	13.45	63.97	11.51	.02

Por último, para estudar a relação entre a variável irmãos e os fatores de todas as escalas utilizadas, efetuou-se uma *Anova*. Onde foi possível encontrar uma única diferença significativa no que diz respeito às práticas parentais, como podemos observar na tabela 9.

Sendo assim, é possível observar que existem diferenças significativas no suporte emocional do pai ( $p=.02$ ), por outras palavras, os adolescentes que não tem irmãos pressionam maior suporte emocional por parte do pai.

**Estudo das associações entre variáveis sociodemográficas e variáveis psicológicas**

Tabela 10

*Associações entre as variáveis sociodemográficas e a práticas parentais*

	Correlações de Pearson					
	Idade	A. E.	E. C.	E. M.	E. P	I
Suporte Emocional Mãe	-.02	.08	-.20**	.23**	.01	.10
Suporte Emocional Pai	-.10	-.01	-.27**	.19**	.15*	.16*
Rejeição Mãe	-.08	-.17*	.17*	-.20**	-.03	-.04
Rejeição Pai	-.26**	-.24**	-.05	.11	.09	.00
Sobreproteção Mãe	-.35**	-.32**	-.01	-.05	.01	.01
Sobreproteção Pai	-.28**	-.24**	-.27**	.12	.15*	-.07

A. E. – Ano de escolaridade; E. C. – Estado Civil; E. M. – Escolaridade Mãe; E. P. - Escolaridade Pai; I- Irmãos

Através da análise da Tabela 10, verificaram-se correlações positivas, ao nível de  $p=0.01$ , entre o suporte emocional da mãe e a escolaridade da mãe ( $r=0.22^{**}$ ), suporte emocional do pai e a escolaridade da mãe ( $r=0.19^{**}$ ), e uma correlação positiva, ao nível de  $p=0.05$ , entre a rejeição da mãe e o estado civil ( $r=0.17^*$ ), escolaridade do pai e o suporte emocional do pai ( $r=0.15^*$ ) e sobreproteção do pai ( $r=0.15^*$ ) e entre ter irmãos e o suporte emocional da mãe ( $r=0.16^*$ ), sendo estas correlações muito fracas ou fracas.

Encontraram-se ainda correlações negativas, ao nível de  $p=0.01$ , entre a idade e a rejeição do pai ( $r=-0.26^{**}$ ), sobreproteção da mãe ( $r=-0.35^{**}$ ) e sobreproteção do pai ( $r=-0.28^{**}$ ); entre o ano de escolaridade e rejeição do pai ( $r=-0.24^{**}$ ), sobreproteção da mãe ( $r=-0.32^{**}$ ) e sobreproteção do pai ( $r=-0.24^{**}$ ); entre o estado civil e o suporte emocional da mãe ( $r=-0.20^{**}$ ), suporte emocional do pai ( $r=-0.27^{**}$ ) e sobreproteção do pai ( $r=-0.27^{**}$ ) e por último entre a escolaridade mãe e a rejeição da mãe ( $r=-0.20^{**}$ ), sendo estas correlações muito fracas ou fracas.

Tabela 11

*Associações entre as variáveis sociodemográficas e a saúde mental*

	Correlações de Pearson		
	Ano de escolaridade	Escolaridade da mãe	Estado Civil
Afeto positivo	-.02	.07	-.16*
Laços Emocionais	.20**	.14*	-.23**
Perda controlo emocional	.17*	.03	-.22**
Ansiedade	.01	-.01	-.20**
Depressão	.06	.05	-.25**
Bem-estar positivo	.04	.09	-.20**
<i>Distress</i>	.09	.03	-.23**
Saúde Mental total	.08	.04	-.23**



Verificam-se correlações positivas, ao analisar a tabela 11, ao nível de  $p=0.05$ , entre laços emocionais e a escolaridade da mãe ( $r=0.14^*$ ) e perda de controlo emocional e o ano de escolaridade ( $r=0.17^*$ ), e uma correlação negativa entre o estado civil e o afeto positivo ( $r=-0.16^*$ ), sendo estas correlações muito fracas.

Verificaram-se ainda, ao nível de  $p=0.01$ , correlações positivas entre os laços emocionais e o ano de escolaridade ( $r=0.20^{**}$ ), e correlações positivas entre o estado civil e laços emocionais ( $r=0.23^{**}$ ), perda de controlo emocional ( $r=0.22^{**}$ ), ansiedade ( $r=-0.20^{**}$ ), depressão ( $r=-0.25^{**}$ ), bem-estar positivo ( $r=-0.20^{**}$ ), *distress* ( $r=-0.23^{**}$ ) e saúde mental total ( $r=-0.23^{**}$ ), sendo estas correlações fracas.

Tabela 12

*Associações entre as variáveis sociodemográficas e a autoeficácia*

	Correlações de Pearson				
	Idade	E. M.	E. P.	A. E	E. C
Recursos Sociais	.10	.16*	.14	.24**	-.21**
Sucesso académico	-.25**	.17*	.12	-.14*	-.16*
Aprendizagem autorregulada	-.07	.11	.11	.03	-.23**
Tempos Livres/Extracurriculares	-.17*	.10	.16*	-.12	-.15*
Autorregulatória	-.01	.15*	.11	.10	-.10
Expetativas dos outros	-.07	.16*	.13	.01	-.21**
Social	-.01	.04	.21**	.02	-.18*
Auto assertiva	.02	-.01	.13	.01	-.09
Apoio Parental e comunitário	-.03	.05	.13	.02	-.24**
Autoeficácia Total	-.10	.15*	.19**	.01	-.24**

A. E. – Ano de escolaridade; E. C. – Estado Civil; E. M. – Escolaridade Mãe; E. P. - Escolaridade Pai;

Ao analisar a Tabela 12, verificaram-se correlações positivas, ao nível de  $p=0.05$ , entre a escolaridade da mãe e a autoeficácia para a obtenção de recurso sociais ( $r=0.16^*$ ), autoeficácia para o sucesso académico ( $r=0.17^*$ ), eficácia autorregulatória ( $r=0.15^*$ ), autoeficácia para ir de encontro das expetativas dos outros ( $r=0.16^*$ ) e autoeficácia total ( $r=0.15^*$ ); entre a escolaridade do pai e autoeficácia para os tempos livres e extracurriculares ( $r=0.16^{**}$ ). Verificaram-se ainda correlações negativas, ao nível de  $p=0.05$ , entre a idade e autoeficácia para os tempos livres e extracurriculares ( $r=-.17^*$ ), autoeficácia para o sucesso académico e o ano de escolaridade ( $r=-0.14^*$ ) e autoeficácia para o sucesso académico e o

estado civil dos pais ( $r=-0.16^*$ ), autoeficácia para os tempos livres e extracurriculares ( $r=-0.15^*$ ) e entre autoeficácia social e o estado civil dos pais ( $r=-0.18^*$ ), sendo estas correlações muito fracas.

Verificaram-se correlações positivas, ao nível de  $p=0.01$ , entre ano de escolaridade e autoeficácia para a obtenção de recursos sociais ( $r=0.24^{**}$ ), verificam-se ainda correlações negativas, entre a idade e o autoeficácia para o sucesso académico ( $r=-0.25^{**}$ ), o estado civil e autoeficácia para a obtenção de recursos sociais ( $r=-0.21^{**}$ ), autoeficácia para a aprendizagem autorregulada ( $r=-0.23^{**}$ ), autoeficácia para ir ao encontro das expectativas dos outros ( $r=-0.21^{**}$ ), autoeficácia para obter o apoio parental e comunitário ( $r=-0.24^{**}$ ) e na autoeficácia total ( $r=-0.24^{**}$ ), sendo estas correlações fracas.

### Estudo das associações entre variáveis psicológicas

Tabela 13

*Associações entre as práticas parentais e a saúde mental*

	Correlações de Pearson					
	SEM	SEP	RM	RP	SPM	SPP
Afeto Positivo	.36**	.33**	-.30**	-.06	-.20**	-.01
Laços Emocionais	.40**	.37**	-.33**	-.00	-.19**	-.01
Perda controlo Emocional	.34**	.31**	-.33**	-.22**	-.26**	-.10
Ansiedade	.25**	.28**	-.23**	-.16*	-.25**	-.10
Depressão	.27**	.32**	-.28**	-.16*	-.23**	-.08
Bem-estar positivo	.40**	.38**	-.33**	-.05	-.22**	-.01
Distress	.30**	.32**	-.31**	-.19**	-.27**	-.10
Saúde mental total	.36**	.36**	-.33**	-.16*	-.26**	-.07

SEM/SEP -Suporte emocional Mãe/Pai RM/RP - Rejeição Mãe/Pai SPM/SPP -Sobreproteção Mãe/Pai

Através da análise da tabela 13, verificaram-se correlações positivas, ao nível de  $p=0.01$ , entre as subescalas da saúde mental e o suporte emocional da mãe e o suporte emocional do pai, sendo que estas variam entre correlações fracas a moderadas.

Verificaram-se ainda correlações negativas, ao nível de  $p=0.01$ , entre rejeição do pai e perda de controlo emocional ( $r=-0.22^{**}$ ) e *distress* ( $r=-0.19^{**}$ ) e ao nível de  $p=0.05$ , existem correlações negativas entre rejeição pai e ansiedade ( $r=-0.16^*$ ), depressão ( $r=-0.16^*$ ) e saúde mental total ( $r=-0.16^*$ ). encontraram ainda correlações negativas, ao nível de  $p=0.01$ , entre

todas a subescalas da saúde mental e rejeição da mãe e a sobreproteção da mãe, sendo estas correlações muito fracas ou fracas.

Tabela 14

*Associações entre as práticas parentais e a autoeficácia*

	Correlações de Pearson					
	SEM	SEP	RM	RP	SPM	SPP
Recursos Sociais	.34**	.34**	-.25**	-.12	-.14*	.03
Sucesso Académico	.24**	.13	-.20**	.00	.01	.03
Aprendizagem Autorregulada	.33**	.20**	-.29**	-.02	-.04	.09
Tempos Livres/ Extracurriculares	.18**	.22**	-.14*	-.03	-.05	.10
Autorregulatória	.15*	.10	-.23**	-.00	-.10	.01
Expetativas dos Outros	.35**	.35**	-.26**	-.01	-.09	.08
Social	.27**	.34**	-.14*	.07	.01	.15*
Auto Assertiva	.28**	.32**	-.19**	.07	-.03	.09
Apoio Parental e Comunitário	.42**	.43**	-.26**	-.03	.01	.04
Autoeficácia Total	.38**	.34**	-.31**	-.01	-.07	.09

SEM/SEP -Suporte emocional Mãe/Pai RM/RP - Rejeição Mãe/Pai SPM/SPP -Sobreproteção Mãe/Pai

Através da análise da tabela 14, verificaram-se correlações positivas, ao nível de  $p=0.01$ , entre suporte emocional da mãe e autoeficácia para a obtenção de recursos sociais ( $r=0.34^{**}$ ), autoeficácia para o sucesso académico ( $r=0.24^{**}$ ), autoeficácia para a aprendizagem autorregulada ( $r=0.33^{**}$ ), autoeficácia para os tempos livres/extracurriculares ( $r=0.18^{**}$ ), autoeficácia para ir ao encontro das expetativas dos outros ( $r=0.35^{**}$ ), autoeficácia social ( $r=0.27^{**}$ ), eficácia auto assertiva ( $r=0.28^{**}$ ), autoeficácia para obter o apoio parental e comunitário ( $r=0.42^{**}$ ) e autoeficácia total ( $r=0.38^{**}$ ). Foi possível encontrar ainda correlações entre o suporte emocional do pai e autoeficácia para a obtenção recursos sociais ( $r=0.34^{**}$ ), autoeficácia para a aprendizagem autorregulada ( $r=0.20^{**}$ ), autoeficácia para os tempos livres/extracurriculares ( $r=0.22^{**}$ ), autoeficácia para ao encontro das expetativas dos outros ( $r=0.35^{**}$ ), autoeficácia social ( $r=0.34^{**}$ ), eficácia auto assertiva ( $r=0.32^{**}$ ), autoeficácia para obter o apoio parental e comunitário ( $r=0.43^{**}$ ) e autoeficácia total ( $r=0.34^{**}$ ). Por último, encontraram-se correlações positivas, ao nível de  $p=0.05$ , o

suporte emocional da mãe e autoeficácia autorregulatória ( $r=0.15^*$ ) e entre sobreproteção do pai e autoeficácia social ( $r=0.15^*$ ). As correlações variam entre muito fracas a moderadas.

Verificaram-se correlações negativas, ao nível de  $p=0.05$ , entre rejeição da mãe e tempos autoeficácia para os tempos livres e extracurriculares ( $r=-0.14^*$ ) e autoeficácia social ( $r=-0.14^*$ ), e entre sobreproteção da mãe e autoeficácia para obtenção de recursos sociais ( $r=-0.14^*$ ). Ao nível de  $p=0.01$ , verificaram-se correlações negativas entre rejeição mãe e autoeficácia para obtenção de recursos sociais ( $r=-0.25^{**}$ ), autoeficácia para o sucesso académico ( $r=-0.20^{**}$ ), autoeficácia para a aprendizagem autorregulada ( $r=-0.29^{**}$ ), autoeficácia para os tempos livres e extracurriculares ( $r=-0.23^{**}$ ), autoeficácia para ir ao encontro das expetativas dos outros ( $r=-0.26^{**}$ ), eficácia auto assertiva ( $r=-0.19^{**}$ ), autoeficácia para obter o apoio parental e comunitário ( $r=-0.26^{**}$ ) e autoeficácia total ( $r=-0.31^{**}$ ), sendo as correlações muito fracas e fracas.

Tabela 15

*Associações entre a saúde mental e autoeficácia*

	Correlações de Pearson							
	AP	LE	PCE	A	D	BEP	Dis	ISM T
Recursos Sociais	.46**	.36**	.45**	.37**	.38**	.48**	.44**	.48**
Sucesso Académico	.31**	.25**	.13	.14*	.06	.32**	.14	.20**
Aprendizagem autorregulada	.44**	.35**	.27**	.23**	.19**	.46**	.26**	.34**
Tempos Livres/ Extracurricular	.39**	.28**	.23**	.27**	.23**	.40**	.27**	.33**
Autorregulatória	.24**	.15**	.28**	.26**	.26**	.24**	.30**	.28**
Expetativas dos Outros	.59**	.42**	.49**	.43**	.45**	.60**	.49**	.56**
Social	.43**	.37**	.41**	.32**	.38**	.46**	.39**	.45**
Auto Assertiva	.47**	.37**	.43**	.36**	.36**	.49**	.41**	.46**
Apoio Parental e Comunitário	.43**	.38**	.39**	.33**	.36**	.46**	.38**	.43**
Autoeficácia total	.56**	.44**	.44**	.40**	.38**	.58**	.45**	.52**

AP= Afeto Positivo, LE= Laços Emocionais, PCE= Perda controlo Emocional, A= Ansiedade, D= Depressão, BEP= Bem-estar positivo, Dis= Distress, ISMT= Saúde mental total

Ao analisar a Tabela 15, ao nível de  $p=0.01$ , é possível verificar correlações positivas entre afeto positivo e autoeficácia para a obtenção de recursos sociais ( $r=0.46^{**}$ ), autoeficácia

para o sucesso académico ( $r=0.31^{**}$ ), autoeficácia para a aprendizagem autorregulada ( $r=0.44^{**}$ ), autoeficácia para os tempos livres e extracurriculares ( $r=0.39^{**}$ ), autoeficácia autorregulatória ( $r=0.24^{**}$ ), autoeficácia para ir ao encontro das expectativas dos outros ( $r=0.59^{**}$ ), autoeficácia social ( $r=0.43^{**}$ ), eficácia auto assertiva ( $r=0.47^{**}$ ), autoeficácia para obter o apoio parental e comunitário ( $r=0.43^{**}$ ) e autoeficácia total ( $r=0.56^{**}$ ); Laços emocionais e autoeficácia para a obtenção de recursos sociais ( $r=0.36^{**}$ ), autoeficácia o sucesso académico ( $r=0.25^{**}$ ), autoeficácia para a aprendizagem autorregulada ( $r=0.35^{**}$ ), autoeficácia para os tempos livres/extracurriculares ( $r=0.28^{**}$ ), autoeficácia autorregulatória ( $r=0.15^{**}$ ), autoeficácia para ir ao encontro das expectativas dos outros ( $r=0.42^{**}$ ), autoeficácia social ( $r=0.37^{**}$ ), eficácia auto assertiva ( $r=0.37^{**}$ ), autoeficácia para obter o apoio parental e comunitário ( $r=0.38^{**}$ ) e autoeficácia total ( $r=0.44^{**}$ ); Perda de controlo emocional e autoeficácia para a obtenção de recursos sociais ( $r=0.45^{**}$ ), autoeficácia para a aprendizagem autorregulada ( $r=0.27^{**}$ ), autoeficácia para os tempos livres e extracurriculares ( $r=0.23^{**}$ ), autoeficácia autorregulatória ( $r=0.28^{**}$ ), autoeficácia para ir ao encontro das expectativas dos outros ( $r=0.49^{**}$ ), autoeficácia social ( $r=0.41^{**}$ ), eficácia auto assertiva ( $r=0.43^{**}$ ), autoeficácia para obter o apoio parental e comunitário ( $r=0.39^{**}$ ) e autoeficácia total ( $r=0.44^{**}$ ); Ansiedade e autoeficácia para a obtenção recursos sociais ( $r=0.37^{**}$ ), autoeficácia para a aprendizagem autorregulada ( $r=0.23^{**}$ ), autoeficácia para os tempos livres e extracurriculares ( $r=0.27^{**}$ ), autoeficácia autorregulatória ( $r=0.26^{**}$ ), autoeficácia para ir ao encontro das expectativas dos outros ( $r=0.43^{**}$ ), autoeficácia social ( $r=0.32^{**}$ ), eficácia auto assertiva ( $r=0.36^{**}$ ), autoeficácia para obter o apoio parental e comunitário ( $r=0.33^{**}$ ) e autoeficácia total ( $r=0.40^{**}$ ); Depressão e autoeficácia para a obtenção recursos sociais ( $r=0.38^{**}$ ), autoeficácia para a aprendizagem autorregulada ( $r=0.19^{**}$ ), autoeficácia para os tempos livres e extracurriculares ( $r=0.23^{**}$ ), autoeficácia autorregulatória ( $r=0.26^{**}$ ), autoeficácia para ir ao encontro das expectativas dos outros

( $r=0.45^{**}$ ), autoeficácia social ( $r=0.38^{**}$ ), eficácia auto assertiva ( $r=0.36^{**}$ ), autoeficácia para obter o apoio parental e comunitário ( $r=0.36^{**}$ ) e autoeficácia total ( $r=0.38^{**}$ ); Bem estar positivo e autoeficácia para a obtenção recursos sociais ( $r=0.48^{**}$ ), autoeficácia para o sucesso académico ( $r=0.32^{**}$ ), autoeficácia para a aprendizagem autorregulada ( $r=0.46^{**}$ ), autoeficácia para os tempos livres e extracurriculares ( $r=0.40^{**}$ ), autoeficácia autorregulatória ( $r=0.26^{**}$ ), autoeficácia para ir ao encontro das expetativas dos outros ( $r=0.60^{**}$ ), autoeficácia social ( $r=0.46^{**}$ ), eficácia auto assertiva ( $r=0.49^{**}$ ), autoeficácia para obter apoio parental e comunitário ( $r=0.46^{**}$ ) e autoeficácia total ( $r=0.58^{**}$ ); *Distress* e autoeficácia para a obtenção recursos sociais ( $r=0.44^{**}$ ), autoeficácia para a aprendizagem autorregulada ( $r=0.26^{**}$ ), autoeficácia para os tempos livres e extracurriculares ( $r=0.28^{**}$ ), autoeficácia autorregulatória ( $r=0.30^{**}$ ), autoeficácia ir ao encontro das expetativas dos outros ( $r=0.49^{**}$ ), autoeficácia social ( $r=0.39^{**}$ ), eficácia auto assertiva ( $r=0.41^{**}$ ), autoeficácia para obter o apoio parental e comunitário ( $r=0.38^{**}$ ) e autoeficácia total ( $r=0.45^{**}$ ); Saúde mental total e autoeficácia para a obtenção recursos sociais ( $r=0.48^{**}$ ), autoeficácia para o sucesso académico ( $r=0.20^{**}$ ), autoeficácia para a aprendizagem autorregulada ( $r=0.34^{**}$ ), autoeficácia para os tempos livres e extracurriculares ( $r=0.33^{**}$ ), autoeficácia autorregulatória ( $r=0.28^{**}$ ), autoeficácia para ir ao encontro das expetativas dos outros ( $r=0.56^{**}$ ), autoeficácia social ( $r=0.45^{**}$ ), eficácia auto assertiva ( $r=0.46^{**}$ ), autoeficácia para obter o apoio parental e comunitário ( $r=0.43^{**}$ ) e autoeficácia total ( $r=0.52^{**}$ ). As correlações variam entre muito fracas a moderadas.

Verifica-se ainda uma correlação positiva, ao nível de  $p=0.05$ , entre a ansiedade e a autoeficácia para o sucesso académico ( $r=0.14^*$ ).

**Estudo das diferenças entre grupos no que diz respeito à saúde mental**

De forma a criar grupos que representassem os estilos parentais utilizou-se a média das variáveis, do suporte emocional e sobreproteção da escala EMBU-A, para ambos os pais, criando assim quatro grupo (Conceição, 2012).

De seguida, realizou-se várias *Anovas de forma a* testar diferenças entre os grupos no que diz respeito à saúde mental.

Tabela 16

*Comparações entre os diferentes estilos parentais (Mãe) e a saúde mental*

	M	DP	Anova		
			df	Z	p
Autoritário	125.00	27.10	3	12.12	.00
Autoritativo	150.00	33.21			.
Permissivo	162.18	29.60			
Negligente	140.71	30.56			

Analisando a tabela 16, podemos verificar que existem diferenças significativas ao nível de significância de  $p=0.05$ , havendo assim necessidade de utilizar teste *post-hoc* para verificar onde existem as diferenças entre os grupos.

Tabela 17

*Comparações entre os diferentes estilos parentais (Mãe) e a saúde mental*

		Teste post-hoc	
		Diferença média	p.
Autoritário	Autoritativo	-25.001	.00
	Permissivo	-37.176	.00
	Negligente	-15.711	.13
Autoritativo	Autoritário	25.001	.00
	Permissivo	-12.176	.11
	Negligente	9.290	.45
Permissivo	Autoritário	37.76	.00
	Autoritativo	12.176	.11
	Negligente	21.466	.00
Negligente	Autoritário	15.711	.13
	Autoritativo	-9.290	.45
	Permissivo	-21.466	.00

Ao analisarmos a tabela 17, pode-se verificar as diferenças entre os estilos parentais (autoritário, autoritativo, permissivo e negligente) relativamente à saúde mental, sendo que, os grupos foram comparados entre si, utilizando-se o teste *post-hoc* de *Tukey*.

Os resultados sugerem que existem diferenças significativas entre o estilo parental autoritário e autoritativo, isto é, os adolescentes que percebem a sua mãe como autoritativa e permissiva tendem a ter níveis mais elevados de bem-estar. Pode-se ainda verificar que existem diferenças significativas entre o estilo parental permissivo e o negligente.

Tabela 18

*Comparações entre os diferentes estilos parentais (Pai) e a Saúde Mental*

	M	DP	Anova		
			df	Z	p
Autoritário	124.31	30.40	3	11.40	.00
Autoritativo	156.97	29.41			.
Permissivo	156.53	29.53			
Negligente	137.66	35.01			

Analisando a tabela 18, podemos verificar que existem diferenças significativas ao nível de significância de  $p=0.05$ , havendo assim necessidade de utilizar teste *post-hoc* para verificar onde existem as diferenças entre os grupos.

Tabela 19

*Comparações entre os diferentes estilos parentais (Pai) e a Saúde Mental*

		Teste post-hoc	
		Diferença média	Sig.
Autoritário	Autoritativo	-32.658	.00
	Permissivo	-32.216	.00
	Negligente	-13.346	.28
Autoritativo	Autoritário	32.658	.00
	Permissivo	.443	1.00
	Negligente	19.312	.01
Permissivo	Autoritário	32.216	.00
	Autoritativo	-.443	1.00
	Negligente	18.870	.02
Negligente	Autoritário	13.346	.28
	Autoritativo	-19.312	.01
	Permissivo	-18.870	.02

Assim como na versão mãe, é possível verificar na Tabela 19, foi possível verificar a existência de significância ao nível de  $p=0.05$  nos resultados da *Anova*, o sendo necessário realizar o teste *post-hoc* de *Turkey* para encontrar as diferenças entre os grupos.

Na versão pai os estilos parentais que inferem níveis mais elevados de bem-estar são o autoritativo e o permissivo em relação ao estilo parental autoritário. Foi ainda possível observar, à semelhança da versão mãe que o estilo parental permissivo possibilita níveis mais elevados de bem-estar do que o estilo parental negligente.



### Estudo das diferenças entre grupos no que diz respeito á Autoeficácia

Tabela 20

*Comparações entre os estilos parentais (mãe) e a Autoeficácia*

	M	DP	Anova		
			df	Z	p
Autoritário	181.72	27.99	3	7.04	.00
Autoritativo	200.88	33.60			.
Permissivo	204.65	32.68			
Negligente	182.57	28.82			

Ao analisar a Tabela 20, foi possível verificar a existência de significância ao nível de  $p=0.05$  nos resultados da *Anova*, o sendo necessário realizar o teste *post-hoc* de *Turkey* para encontrar as diferenças entre os grupos.

Tabela 21

*Comparações entre os estilos parentais (mãe) e a Autoeficácia*

		Teste post-hoc	
		Diferença média	Sig.
Autoritário	Autoritativo	-19.159*	.02
	Permissivo	-22.922*	.00
	Negligente	-.841	1.00
Autoritativo	Autoritário	19.159*	.02
	Permissivo	-3.763	.90
	Negligente	18.318*	.02
Permissivo	Autoritário	22.922*	.00
	Autoritativo	3.763	.90
	Negligente	22.081*	.00
Negligente	Autoritário	.841	.00
	Autoritativo	-18.318*	.02
	Permissivo	-22.081*	.00

Ao analisar a Tabela 21, foi possível verificar a existência de significância ao nível de  $p=0.05$  nos resultados da *Anova*. No que diz respeito às diferenças entre grupos, verificou-se, que o estilo parental que mais influência a autoeficácia é o permissivo seguido do estilo parental autoritativo.

Pode-se verificar ainda que, o estilo parental permissivo possibilita níveis mais elevados de autoeficácia em relação ao estilo parental negligente.

Tabela 22

*Comparações entre os estilos parentais (Pai) e a autoeficácia*

	M	DP	Anova		
			df	Z	p
Autoritário	174.09	25.89	3	11.40	.00
Autoritativo	207.40	31.21			.
Permissivo	198.51	32.25			
Negligente	183.87	30.73			

Ao analisar a Tabela 22, foi possível verificar a existência de significância ao nível de  $p=0.05$  nos resultados da *Anova*, o sendo necessário realizar o teste *post-hoc* de *Turkey* para encontrar as diferenças entre os grupos.

Tabela 23

*Comparações entre os estilos parentais (Pai) e a autoeficácia*

		Teste post-hoc	
		Diferença média	Sig.
Autoritário	Autoritativo	-33.316	.00
	Permissivo	-24.428	.00
	Negligente	-9.787	.54
Autoritativo	Autoritário	33.316	.00
	Permissivo	8.889	.34
	Negligente	23.529	.00
Permissivo	Autoritário	24.428	.00
	Autoritativo	-8.889	.34
	Negligente	14.640	.11
Negligente	Autoritário	9.787	.54
	Autoritativo	-23.529	.00
	Permissivo	-14.640	.11

Na versão do pai, foi possível verificar, ao analisar a tabela 23, que em relação ao estilo parental autoritário o estilo parental autoritativo e o permissivo têm níveis mais elevados de autoeficácia, assim como, o estilo autoritativo é o que mais influência o nível de autoeficácia, seguido do estilo parental permissivo. Foi ainda possível analisar que o nível de autoeficácia é maior na relação entre o estilo parental autoritativo e o estilo parental negligente.

### Estudo de preditores de saúde mental

De forma perceber quais os preditores de saúde mental, efetuou-se várias análises de regressão linear.

Tabela 24

*Regressão linear das variáveis sociodemográficas como preditores de saúde mental*

	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	Beta	t	p
Género	.152	.118	.299	4.178	.00
Estado Civil			-.209	-2.929	.00
Idade			-.141	-.962	.34

	Beta	t	p
Ano de escolaridade	.246	1.668	.10
Escolaridade da mãe	-.067	-.864	.39
Escolaridade do Pai	.038	.499	.62
Irmão	.013	.187	.85

Como podemos verificar na Tabela 24, começou-se por realizar uma regressão linear com as variáveis sociodemográficas, onde as únicas identificadas como preditores de saúde mental foram o género ( $B=.299$ ;  $p=.00$ ) e o estado civil ( $B=-.209$ ;  $p=.00$ ). Ou seja, as duas variáveis explicam 11% da variância de saúde mental, sendo que o género se revela o melhor preditor.

Tabela 25

*Regressão linear das práticas parentais como preditores de saúde mental*

	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	Beta	t	p
Suporte Emocional mãe	.250	.227	.188	2.023	.04
Suporte Emocional pai			.232	2.594	.01
Sobreproteção mãe			-.235	-2.504	.01
Sobreproteção pai			.014	.144	.89
Rejeição mãe			-.098	-1.237	.22
Rejeição pai			-.048	-.670	.50

Realizou-se de seguida, uma regressão linear com as práticas parentais, como podemos verificar na Tabela 25, o suporte emocional da mãe ( $B=.188$ ;  $p=.04$ ), suporte emocional do pai ( $B=.232$ ;  $p=.01$ ) e sobreproteção da mãe ( $B=-.235$ ;  $p=.01$ ), são preditores de saúde mental. Ou seja, as três subescalas explicam 23% da variância de saúde mental, sendo que a subescala sobreproteção da mãe se revela o melhor preditor.

Tabela 26

*Regressão linear da autoeficácia como preditor de saúde mental*

	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	Beta	t	p
Recursos sociais	.378	.349	.174	2.211	.03
Sucesso académico			-.041	-.530	.60
Aprendizagem autorregulada			-.100	-1.098	.27
Tempos livres/ Extracurriculares			.057	.765	.45
Autorregulatória			.016	.250	.80
Expectativas dos outros			.345	3.894	.00
Social			.030	.346	.73
Auto assertiva			.142	1.595	.11
Apoio parental/comunitário			.101	1.308	.19

Ao analisarmos a Tabela 26, podemos verificar que a autoeficácia para obtenção de recursos sociais ( $B=.174$ ;  $p=.03$ ) e autoeficácia para ir ao encontro das expectativas dos

outros ( $B=.345$ ;  $p=.00$ ) são preditores de saúde mental. Ou seja, as duas subescalas explicam 35% da variância de saúde mental, sendo que a autoeficácia para ir ao encontro das expectativas dos outros se revela o melhor preditor.

## Discussão

No que diz respeito ao nosso principal objetivo, constatou-se que o suporte emocional de ambos os pais, apresenta ser importante para níveis mais elevados de bem-estar psicológico dos adolescentes, em contrapartida, a rejeição e a sobreproteção da mãe vão afetar de forma negativa o bem-estar destes, assim como, a rejeição do pai. O que se encontra, de acordo com o que encontramos na revisão de literatura, pois em diversos estudos, o suporte parental da mãe e do pai encontram-se associados a um maior bem-estar (Barber, Stolz & Olsen, 2005; Lokes, Gingras, Philippe, Koestner & Fang, 2010; Love & Murdock, 2004).

Os nossos dados sugerem que o suporte emocional da mãe e do pai estão associados a níveis mais elevados de perda de controlo emocional, ansiedade e depressão, o que por sua vez, conduz a um nível elevado de *distress*, por outro lado, a rejeição de ambos os pais e a sobreproteção da mãe estão associados a níveis baixos destas variáveis, o que parecem não ir ao encontro do que a literatura diz (Baker & Hoerger, 2012; Duineveld, Parker, Ryan, Ciarrochi & Salmela-Aro, 2017). Podemos explicar estes resultados pela existência de características específicas da amostra em estudo podem justificar estas diferenças, como o nível socioeconómico.

A teoria de Erikson poderá também contribuir para explicar estes resultados, na medida que, os adolescentes ao longo desta fase de desenvolvimento vão desenvolvendo capacidades, a partir da exploração de alternativas, vai ainda permitir adquirir conhecimentos acerca de si próprio, este processo vai ser influenciado pela forma como os outros o percebem e como os seus comportamentos são avaliados pelos outros, assim sendo, as práticas parentais vão influenciar diretamente neste processo de autodescoberta, sendo que os adolescentes vão reagir de diferentes formas dependendo das capacidades adquiridas ao longo desta fase (Erikson, 1963;1968).

Considerando os estilos parentais, adolescentes que consideram os seus pais permissivos ou autoritativos mostraram resultados mais elevados de bem-estar psicológico do que adolescentes cujo pais eram percecionados como autoritários, à semelhança deste estudo Raboteg-Saric e Sakic (2014) encontraram os mesmos resultados.

Podemos concluir a partir destes resultados que a parentalidade e práticas parentais encontram-se intimamente ligadas ao bem-estar dos adolescentes (Driscoll, Russell & Crockett, 2008; Wolfradt, Hemple, & Miles, 2003; Hutz e Bardagi 2006).

No que diz respeito à Autoeficácia obtivemos resultados que sugerem que o bem-estar psicológico estava associado a um maior nível de autoeficácia, o que vai em encontra ao encontramos na revisão de literatura (Bandura, 1997a; Barlow, Cullen-Powell & Cheshire, 2006; Margolis & McCabe, 2006; Natvig, Albrektsen & Qvarnstrom, 2003).

Assim como nas práticas parentais, encontrámos resultados que parecem não ir ao encontro do que a literatura diz, quanto maior a autoeficácia e das dimensões maiores serão os níveis da perda de controlo emocional, ansiedade e depressão, e que por sua vez leva a um maior *distress*, no entanto, a autoeficácia para o sucesso académico parece ter só impacto na ansiedade, ainda esta correlação seja fraca.

Podemos explicar estes resultados pela existência de características específicas do individuo, como as suas vivências e experiências, algo muito importante no que diz respeito à construção da autoeficácia.

Estes resultados podem ser ainda explicados pelo facto da autoeficácia se modificar em função das situações em que os indivíduos se encontram e da exigência necessária para realizar a tarefa, ou seja, mesmo que sintomas de ansiedade e depressão estejam presente e aumentem à medida que o seu nível de autoeficácia também aumenta, nos vários contextos, o individuo é capaz de completar as suas tarefas com sucesso (Bandura, 1993; 1997a).

Devemos ter ainda ter em consideração, as crenças de autoeficácia, como por exemplo a

tomada de decisão, pois apesar da persistência de sintoma de ansiedade e depressão estes são capazes de se motivarem e persistirem perante a adversidade. Ou seja, as crenças que estes têm das suas capacidades, vão exercer controlo diante os promotores destes sintomas e promover resiliência em relação aos mesmos (Benight & Bandura, 2004).

Relativamente aos objetivos específicos, tivemos como primeiro objetivo analisar as diferenças entre género e idade no que diz respeito ao bem-estar psicológico, a perceção das práticas parentais e a autoeficácia.

Não foi possível encontrar diferenças significativas entre o género e as práticas parentais, como se verificou no estudo de Soares e Almeida (2011), no entanto, à semelhança destes autores encontramos diferenças significativas no que diz respeito à fase de desenvolvimento, pois verificamos que ao longo do tempo os pais tornam-se menos controladores. Pelo contrário Ducharme et al (2006), encontrou diferenças significativas entre géneros, no entanto, como no presente estudo, foram encontradas diferenças no que diz respeito à idade, onde os adolescentes mais velhos percecionaram os seus pais como menos controladores.

Estes resultados podem ser explicados pelo facto de que ao longo da adolescência, a relação pais-filhos torna-se mais igualitária, havendo uma menor perceção de controlo por parte dos jovens (Goede, Branje & Meeus, 2009).

No que concerne às diferenças entre género e o bem-estar psicológico, foi possível verificar a existência de diferenças significativas entre os dois géneros, sendo que, os rapazes apresentam-se, no geral, com valores mais elevados de bem-estar, no entanto, as raparigas apresentam-se com níveis mais baixos de perda de controlo emocional, ansiedade e depressão, e por sua vez *distress*. Foi possível encontrar estudos que corroborassem em parte os resultados, isto é, no estudo de Moksnes e Espnes (2013) e de Lokes et al, 2010, os rapazes apresentavam-se com valores mais elevados de bem-estar psicológico. Em relação, à idade e ao bem-estar psicológico, não foram encontradas diferenças significativas.

No que se refere, às diferenças entre género e à autoeficácia, podemos verificar que os rapazes se apresentam, no geral, com níveis mais elevados de autoeficácia, e nas dimensões da escala autoeficácia para o sucesso académico, tempos livres/curriculares, expectativas dos outros e social. Enquanto as raparigas apresentam-se com maiores níveis na autoeficácia auto assertiva. No que diz respeito à idade foi possível verificar que os adolescentes mais velhos apresentam níveis mais baixos de Autoeficácia para o sucesso académico e para tempos livres/extracurriculares.

Podemos ainda, explicar todos estes resultados tendo em consideração as características individuais de cada indivíduo, como a sua resiliência face a adversidades ou a sua socialização, e das suas famílias, como o estado socioeconómico e contexto onde se encontram inseridos.

Passando ao segundo objetivo específico onde tinha-se como objetivo verificar se existem diferenças entre os alunos de 9º ano e do 12ºano no que diz respeito ao bem-estar psicológico, à perceção das práticas parentais e a autoeficácia, foi possível encontrar diferenças, relação à rejeição e sobreproteção por parte dos pais, onde os alunos de 9ºano apresentam valores mais elevados, foi ainda possível encontrar diferenças significativas no que diz respeito aos laços emocionais e perda de controlo emocional, sendo que, o 12ºano apresenta valores mais elevados. Relativamente à autoeficácia, só foi possível encontrar diferenças significativas no que diz respeito à autoeficácia para obtenção de recursos sociais e para o sucesso académico.

Em relação ao terceiro objetivo, onde queria-se verificar se existe relação entre os praticas/estilos parentais e a autoeficácia, no geral, foi possível perceber que quanto maior for o suporte emocional dos pais maior será os níveis de autoeficácia dos adolescentes, sendo que, no que diz respeito ao suporte emocional do pai este não aparece correlacionado com a autoeficácia para o sucesso académico e na autorregulatória. Pelo contrário, quanto maior for a rejeição da mãe maior menor será os níveis de autoeficácia. Encontrámos ainda correlação



negativa entre a sobreproteção da mãe e o autoeficácia para a obtenção de recursos sociais e a correlação positiva entre a sobreproteção do pai e a autoeficácia social

Estes resultados vão de encontro ao que verificamos na literatura, no sentido que, quanto maior for a perceção de suporte, maior será os níveis de Autoeficácia (Baptista, Alves & Santos, 2008; Ventura & Noronha, 2014).

No que diz respeito à autoeficácia e estilos parentais, foi possível verificar que os adolescentes que consideram os seus pais autoritários mostraram níveis mais elevados de autoeficácia do que adolescentes cujo pais eram percecionados como autoritários.

Relativamente ao quarto objetivo, onde pretendia-se verificar se existem relações entre as variáveis sociodemográficas e as escalas utilizadas, foi possível verificar no que diz respeito ao bem-estar psicológico e ao Estado Civil dos pais, os adolescentes que têm os pais casados apresentam-se com níveis mais elevados de bem-estar psicológico, no entanto, também apresentam maior níveis de ansiedade e de depressão e de perda de controlo emocional, isto é, maior *distress*.

Os estudos não se tendem a forçar nesta variável sociodemográfica, no entanto, podemos verificar que no estudo de Bray e Harvey (1995) foram encontradas associações entre maior nível de bem-estar psicológico e famílias originais, o que foi possível verificar no presente estudo. Assim como no estudo de Love e Murdock (2004), onde um maior nível de bem-estar psicológico encontra-se associados a adolescentes provenientes de famílias originais (Appelqvist-Schmidlechner, Tamminen & Solin, 2019; Potter, 2010; Turunen, 2013). Em alguns estudos foi possível verificar que quanto maior for o número de transições familiares pelas quais as crianças passam, pior será o seu nível de bem-estar psicológico (Cavanagh & Fomby, 2019; Hadfield, Amos, Ungar, Gosselin, & Ganong, 2018). Assim podemos concluir, que de facto o estado civil tem influência no bem-estar psicológico dos adolescentes.

Esta variável aparece ainda correlacionada de forma negativa com a autoeficácia, o que sugere que, adolescentes que têm os pais casados apresentam-se com níveis mais elevados de autoeficácia. Por último, adolescentes que têm os pais divorciados percebem menos suporte emocional dos pais e menos sobreproteção do pai, por outro lado, os adolescentes com pais casados percebem menos rejeição da mãe.

Relativamente à escolaridade da mãe esta aparece correlacionada de forma positiva com o suporte emocional de ambos os pais e de forma negativa com a rejeição da mãe, o que sugere que quanto maior for a escolaridade da mãe maior será o suporte emocional percebido pelos adolescentes, estes percebem ainda menos rejeição por parte desta.

A escolaridade da mãe encontra-se ainda associadas de forma positiva aos laços emocionais e a níveis mais elevados de autoeficácia, o que sugere quanto maior for a escolaridade da mãe maiores são os laços emocionais e a autoeficácia dos adolescentes.

Em relação à escolaridade do pai esta aparece correlacionada de forma positiva com o suporte emocional e sobreproteção do pai, o que sugere quanto maior for a escolaridade do pai maior será o suporte emocional e sobreproteção percebida pelos adolescentes. Um maior nível de escolaridade do pai encontra-se ainda associado a níveis mais elevados de autoeficácia.

No que se refere à variável irmão, existe uma única correlação com o suporte emocional do pai, ou seja, os adolescentes que não têm irmãos sentem mais suporte emocional por parte do pai.

Em relação ao último objetivo, pretendeu-se verificar quais os preditores de Saúde Mental, a partir de diversas análises de regressão linear foi possível verificar que as variáveis, género e o estado civil são preditores de Saúde Mental, sendo que a variável género se revela o melhor preditor.

Em relação às escalas utilizadas, no que diz respeito às práticas parentais, foi possível verificar que o suporte emocional dos pais e a sobreproteção da mãe, são preditores de saúde mental, dos quais a sobreproteção da mãe revela-se o melhor preditor. Já na escala da autoeficácia, o total da autoeficácia e a autoeficácia para a obtenção de recursos sociais e na autoeficácia para ir ao encontro das expectativas dos outros demonstraram ser preditores de saúde mental, das quais a autoeficácia para ir ao encontro das expectativas dos outros revelou-se ser o melhor preditor.

Em vários estudos o suporte emocional tem vindo a ser visto como preditor de saúde mental, assim como a sobreproteção (Barker, Stolz & Olsen, 2005; Lokes et al, 2009; Love & Murdock, 2004).

Esta investigação pretendeu compreender como é que as práticas parentais e a autoeficácia se relacionavam com o bem-estar psicológico em adolescentes de 9º ano e do 12º ano.

Esta investigação revelou-se pertinente na medida que, as práticas parentais e a autoeficácia demonstram ser variáveis importantes no que diz respeito ao bem-estar psicológico dos adolescentes (Bandura, Reese & Adams, 1982; Pajares, 2002; Raboteg-Saric & Sakic (2014).

Esta relação íntima entre estas variáveis foi possível de verificar nos resultados deste estudo, onde observou-se que a rejeição e a sobreproteção da mãe e a rejeição do pai vão afetar de forma negativa o bem-estar psicológico dos adolescentes (Barber, Stolz & Olsen, 2005; Lokes, Gingras, Philippe, Koestner & Fang, 2010; Love & Murdock, 2004). Por outro lado, verificou-se resultados atípicos, pois o suporte emocional da mãe e do pai revelaram estar associados a maiores níveis de perda de controlo emocional, ansiedade e depressão, no entanto, a sobreproteção da mãe revelou estar associada a menores níveis destes sintomas (Duineveld, Parker, Ryan, Ciarrochi & Salmela-Aro, 2017; Baker & Hoerger, 2012).

No que diz respeito aos estilos parentais, constatou-se que os adolescentes que percebem os seus pais como permissivos e autoritativos revelavam níveis mais elevados de bem-estar psicológico (Raboteg-Saric & Sakic, 2014).

Tendo em conta estes resultados, é possível concluir que as práticas parentais e os estilos parentais influenciam diretamente no bem-estar dos adolescentes (Driscoll, Russell & Crockett, 2008; Hutz & Bardagi 2006; Wolfradt, Hemple, & Miles, 2003).

Em relação aos resultados da relação entre a autoeficácia e o bem-estar psicológicos dos adolescentes, constatou-se mais uma vez resultados atípicos e que parecem não ir de encontro ao que a literatura diz, onde se verificou que quanto maior for a Autoeficácia dos adolescentes maior será a sua perda de controlo emocional, ansiedade e depressão.

Nesta investigação pretendeu ainda encontrar preditores do bem-estar psicológico, sendo que as variáveis que se revelaram preditores de bem-estar psicológico foram: a variável género, a sobreproteção da mãe, a Autoeficácia para a obtenção de recursos sociais e Autoeficácia para ir ao encontro das expectativas dos outros, sendo que esta última revelou-se o melhor preditor de bem-estar psicológico.

Para investigações futuras, sugerimos a realização de estudos focados na comparação entre a estruturas familiares e as transformações pelas quais estas passaram, de forma a perceber como estas variáveis podem influenciar o bem-estar psicológico dos adolescentes, utilizando uma metodologia não só quantitativa, mas também qualitativa. Seria ainda importante estudar características psicológicas como a resiliência e estratégias de *coping* e o seu impacto no bem-estar psicológico dos adolescentes. Através deste estudo, psicólogos clínicos na prática profissional, que trabalhem com esta faixa etária podem intervir em contexto escolar, de forma a criar programas de intervenção que trabalhem a autoeficácia e ainda exercitar a importância do bem-estar psicológico nos mesmos. O mesmo poderá ser aplicado ao contexto clínico, intervindo não só autoeficácia, mas também na dinâmica familiar, tendo em conta a

importância que as práticas parentais revelaram ter neste estudo. Será ainda pertinente criar workshops/sessões psicoeducativos para pais, que trabalhassem as práticas parentais associadas ao estilo parental autoritativo, uma vez que os resultados do estudo sugerem que o estilo autoritativo estava associado a níveis mais elevados de bem-estar psicológico.

A principal limitação desta investigação foi relativa à amostra, concluímos que deveria ter sido utilizada uma maior amostra, com maior número de participantes, principalmente dos alunos de 12ºano, o que também se deveu ao encerramento das escolas a meio da recolha dos dados.

### Referências

- American Academy of Pediatrics (2011). Policy statement. 'media use by children younger than 2 years. Council on communications and media.' *Pediatrics*, *128*, 1040–1045.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, *55* (5), 469–480. DOI: 10.1037//0003-066X.55.5.469.
- Arnett, J. J. (2001). Conceptions of the transition to adulthood: perspectives from adolescence through midlife. *Journal of Adult Development*, *8* (2), 133-143.
- Appelqvist-Schmidlechner, K., Tamminen, N., & Solin, P. (2019). Association between positive mental health and family background among young people in finland. *European Journal of Public Health*, *29* (Supplement\_4). doi:10.1093/eurpub/ckz187.044
- Almeida, M. E. G. G. & Pinho, L. V. (2008). Adolescência, família e escolhas: implicações na orientação vocacional. *Psicologia Clínica*, *20* (2), 173 – 184.
- Albion, M. J., & Fogarty, G. J. (2002). Career decision making difficulties of adolescent boys and girls. *Australian Journal of Career Development*, *9*, 14–19.
- Aquilino, W. S., Supple, A. J. (2001). Long-term effects of parenting practices during adolescence on well-being outcomes in young adulthood. *J. Fam. Issues*, *22*, 289–308.
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, *84* (2), 191-215.
- Bandura, A. (1977b). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, *28*, 117-148.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (pp.71-81). New York: Academic Press. Retirado de:  
<http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanEncy.html>

- Bandura, A. (1997a). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (1997b). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 1-45). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G. V., & Pastorelli, C. (1996). Multifaceted impact of self-efficacy beliefs on academic functioning. *Child Development, 67* (3), 1206-1222.
- Bandura, A., Reese, L. and Adams, N.E. (1982) Micro-analysis of action and fear arousal as a function of differential levels of perceived self-efficacy. *Journal of Personality and Social Psychology, 43*, 5–21.
- Ben-Arieh, A., Casas, F., Frones, I., & Korbin, J. (2014). *Handbook of child well-being. Theories, methods and policies in global perspective*. Springer Reference: New York.
- Barber, B. K., Stolz, H. E., Olsen, J. A. (2005). Parental support, psychological control, and behavioral control: assessing relevance across time, culture, and method. *Monogr. Soc. Res. Child Dev., 70*, 1–137.
- Benight, C. C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 1129-1148.
- Baker, C. N., & Hoerger, M. (2012). Parental child-rearing strategies influence self-regulation, socio-emotional adjustment, and psychopathology in early adulthood: Evidence from a retrospective cohort study. *Personality and Individual Differences, 52* (7), 800–805. doi:10.1016/j.paid.2011.12.034
- Barry, C. T., Frick, P. J., Adler, K. K., & Grafeman, S. J. (2007). The predictive utility of narcissism among children and adolescents: evidence for a distinction between adaptive and maladaptive narcissism. *Journal of Child and Family Studies, 16*, 508-521.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology, 4*(1, 2), 1–103. doi:10.1037/h0030372.

Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The Journal of Early Adolescence*, 11 (1), 56–95.

doi:10.1177/02724316911111004.

Boon, H. J. (2007). Low- and high-achieving australian secondary school students: Their parenting, motivations and academic achievement. *Australian Psychologist*, 42 (3), 212-225.

<https://doi.org/10.1080/00050060701405584>

Barlow, J. H., Cullen-Powell, L.A., & Cheshire, A. (2006). Psychological well-being among mothers of children with cerebral palsy. *Early Child Development and Care*, 176 (3-4), 421–428.

Bray, J. H. & Harvey, D. M. (1995). Adolescents in stepfamilies: developmental family interventions. *Psychotherapy*, 32, 121-128

Bornstein, L. & Bornstein, M. (2007). Parenting styles and child social development. In R. Tremblay, M. Boivin, R. Peters (Eds.), *Encyclopedia on Early Childhood Development*. (pp. 1-4). Montreal: Centre of Excellence for Early Childhood Development and Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development

doi: 10.1007/s10826-006-9102-5

Barros, M., & Santos, A. C. B. (2010). Por dentro da Autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. *Revista Espaço Acadêmico* 112, 1-8.

Barnett, M. A., Deng, M., Mills-Koonce, W. R., Willoughby, M., & Cox, M. (2008). Interdependence of parenting of mothers and fathers of infants. *Journal of Family Psychology*, 22 (4), 561-573.

<https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.3.561>



- Baptista, M. N., Alves, G. A. P. S., & Santos, T. M. M. (2008). Suporte familiar, Autoeficácia e locus de controle: evidências de validade entre os construtos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(2), 260-271.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Bzostek, S. H., & Beck, A. N. (2011). Familial instability and young children's physical health. *Social Science & Medicine*, 73 (2), 282–292.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.04.014>
- Bzostek, S. H., & Berger, L. M. (2017). Family structure experiences and child socioemotional development during the first nine years of life: Examining heterogeneity by family structure at birth. *Demography*, 54 (2), 513–540.
- Brange, S., Hale, W., Frijns, T. & Meeus, W. (2010). Longitudinal associations between perceived parent-child relationship quality and depressive symptoms in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 751-763.  
<https://doi.org/10.1007/s13524-017-0563-5>
- Crouter, A. C. & Head, M. R. (2002). *Parental monitoring and knowledge of children*. In M. Bornstein (Eds.), *Handbook on parenting*. (pp.461-483). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Costa, A. E. B. (2003). Autoeficácia e burnout. *Revista Eletrônica Interação Psy*, 1 (1), 34-67.
- Carter, B., Garcia-Petro, N. & McGoldrick, M. (2014). *The expanded family life cycle: individual, family, and social perspectives*. Edinburgh: Pearson Education Limited.
- Cooper, C. E., Osborne, C. A., Beck, A. N., & McLanahan, S. S. (2011). Partnership instability, school readiness, and gender disparities. *Sociology of Education*, 84 (3), 246–259.  
<https://doi.org/10.1177/0038040711402361>

- Caprara, G., Giunta, L., Eisenberg, N., Gerbino, M., Pastorelli, C., & Tramontano, C. (2008). Assessing regulatory emotional self – efficacy in three countries. *Psychological Assessment, 20* (3), 227-237.
- Camacho, Í. & Matos, M. G. (2007). Práticas educativas parentais, fobia social e rendimento académico em adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 3* (3), 25-33.  
doi: 10.5935/1808-5687.20070011.
- Cohen, K., & Chairns, D. (2012). Is searching for meaning in life associated with reduced subjective well-being? Confirmation and possible moderators. *Journal of Happiness Studies, 13* (2), 313-331.
- Conceição, L. S. L. (2012). *Estilos educativos parentais (EMBU-A), sintomatologia depressiva/ansiosa, stress e autoestima, numa amostra de adolescentes* (Dissertação de Mestrado). Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.
- Canavarro, M. C., & Pereira, A. I. (2007). A percepção dos filhos sobre os estilos educativos parentais: a versão portuguesa do EMBU-C. *Ridep, 2* (24), 193-210.
- Cerezo, M. T., Casanova, P. F., Tore, M. J., & Carpio, M. V. (2011). Estilos educativos paternos y estrategias de aprendizaje en alumnos de Educación Secundaria. *European Journal of Education and Psychology, 4* (1), 51-61.  
doi: 10.1989/ejep.v4i1.76.
- Creed, P. A., Muller, J., & Patton, W. (2003). Leaving high school: the influence and consequences for psychological well-being and career-related confidence. *Journal of Adolescence, 26*, 295–311.
- Cummins, R. (2010). Subjective wellbeing, homeostatically protected mood and depression: A Synthesis. *Journal of Happiness Studies, 11*, 1–17.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s10902-009-9167-0>.

Cavanagh, S. E., & Fomby, P. (2019). Family instability in the lives of american children.

*Annual Review of Sociology*, 45 (1), 493–513.

<https://doi.org/10.1146/annurev-soc-073018-022633>

Collins, W. E., Newman, B. M. & McKenry, P. C. (1995). Intrapyschic and interpersonal factors related to adolescents psychological well-being in stepmother and stepfather families. *Journal of Family Psychology*, 9, 433-445.

Driscoll, A., Russell, S., & Crockett, L. J., (2008). Parenting styles and youth well-being across immigrant generations. *Journal of Family Issues* 29 (2), 185-209

doi: 10.1177/0192 513X07307843

Duineveld, J. J., Parker, P. D., Ryan, R. M., Ciarrochi, J., & Salmela-Aro, K. (2017). The link between perceived maternal and paternal autonomy support and adolescent well-being across three major educational transitions. *Developmental Psychology*, 53 (10), 1978–1994.

<https://doi.org/10.1037/dev0000364>

Ducharne, M. A., Cruz, O., Marinho, S. & Grande, C. (2006). Questionário de estilos educativos parentais (qEEP). *Psicologia e Educação*, 5 (1), 63-75.

Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model.

*Psychological Bulletin*, 113, 487 - 496.

Dodge, R., Daly, A., Huyton, J., & Sanders, L. (2012). The challenge of defining wellbeing.

*International Journal of Wellbeing*, 2 (3), 222-235.

doi:10.5502/ijw.v2i3.4.

Erikson, E. (1963). *Childhood and society*. London: Norton.

Erikson, E. (1968). *Identity, youth, and crisis*. London: Norton.

Erikson, E. (1982). *The life cycle completed: a review*. New York: Norton.

- Erikson, E. (1988). Growth and Crises. In T. Millon, *Theories of psychopathology and personality; essays and critiques* (pp. 136-157). Philadelphia: Saunders.
- Eisenberg, N. & Valiente, C. (2002). Parenting and children's prosocial and moral development. In M. Bornstein, (Ed.), *Handbook of parenting: practical issues in parenting*. (pp. 111-142). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Eiden, R. D., Edwards, E. P., & Leonard, K. E. (2007). A conceptual model for the development of externalizing behavior problems among kindergarten children of alcoholic families: Role of parenting and children's self-regulation. *Developmental Psychology*, *43*(5), 1187-1201.  
doi: 10.1037/0012-1649.43.5.1187
- Ebert, S. A, Tucker, D. C., & Roth, D. L. (2002) Psychological resistance factors as predictors of general health status and physical symptom reporting. *Psychology, Health & Medicine*, *7* (3), 363-375.
- Ferreira, M., & Nelas, P. B. (2006). Adolescentes...Adolescentes. *Revista Millenium*, *32*, 141-162.
- Fouad, N. A., Cotter, E. W., Fitzpatrick, M. E., Kantamneni, N., Carter, L., & Bernfeld, S. (2010). Development and validation of the family influence scale. *Journal of Career Assessment*, *18* (3), 276–291.  
doi:10.1177/1069072710364793.
- Fomby, P., & Mollborn, S. (2017). Ecological instability and children's classroom behavior in kindergarten. *Demography*, *54* (5), 1627–1651.  
<https://doi.org/10.1007/s13524-017-0602-2>
- Fomby, P., & Sennott, C. A. (2013). Family structure instability and mobility: The consequences for adolescents' problem behavior. *Social Science Research*, *42* (1), 186–201.

<https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2012.08.016>

Féres-Carneiro, T. (1992). Família e saúde mental. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 8, 485-493.

Ferry, T. R., Fouad, N. A., & Smith, P. L. (2000). The role of family context in a social cognitive model for career-related choice behavior: a math and science perspective. *Journal of Vocational Behavior*, 57 (3), 348–364.

doi:10.1006/jvbe.1999.1743.

Gerlsma, C., Arrindell, W. A., Veen, N. V. D., & Emmelkamp, P. M. G. (1991). A parental rearing style questionnaire for use with adolescents: psychometric evaluation of the embu-a. *Person. Individ. Diff*, 12 (12), 1245-1253.

Günther, I. A. (1996). Preocupações de adolescentes ou os jovens têm na cabeça mais do que bonés. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 12, 61-69.

Goede, I., Branje, S., & Meeus, W. (2009). Developmental changes in adolescents' perceptions of relationships with their parents. *Journal Youth Adolescence*, 38, 75-88.

Gati, I., & Saka, N. (2001). High school students' career-related decision-making difficulties. *Journal of Counseling & Development*, 79 (3), 331–340.

doi:10.1002/j.1556-6676.2001.tb01978.x

Gouveia-Pereira, M., Pedro, I., Amaral, V., Alves-Martins, M., & Peixoto, F. (2000).

Dinâmicas grupais na adolescência. *Análise Psicológica*, 2 (18), 191-201.

Grossman, M., & Rowat, K. M. (1995). Parental relationships, coping strategies, received support, and well-being in adolescents of separated or divorced and married parents.

*Research in Nursing & Health*, 18, 249-261.

Howell, A. J., Dopko, R. L., Passmore, H.-A., & Buro, K. (2011). Nature connectedness:

Associations with well-being and mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 51 (2), 166–171.

doi:10.1016/j.paid.2011.03.037.

- Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, *127*, 773-796.
- Headey, B. W., & Wearing, A. J. (1989). Personality, life events and subjective well-being: toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*, 731-739.  
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.57.4.731>
- Hutz, C. S., & Bardagi, M. P. (2006). Indecisão profissional, ansiedade e depressão na adolescência: a influência dos estilos parentais. *Psico USF*, *11* (1), 65-73.
- Hadfield, K., Amos, M., Ungar, M., Gosselin, J., & Ganong, L. (2018). Do changes to family structure affect child and family outcomes? A systematic review of the instability hypothesis: Review of the instability hypothesis. *Journal of Family Theory & Review*, *10* (1), 87-110.  
<https://doi.org/10.1111/jftr.12243>
- Harris, K. M. (2000). The health status and risk behaviors of adolescents in immigrant families. In D. J. Hernandez (Ed.), *Children of immigrants: Health, adjustment, and public assistance* (pp. 286-347). Washington, DC: National Academy Press.
- Hendry, L. B., & Kloep, M. (2002). *Lifespan development: Resources, challenges and risks*. London: Thomson Learning.
- Hill, N. E., & Taylor, L. C. (2004). Parental school involvement and children's academic achievement. *Current Directions in Psychological Science*, *13* (4), 161-164.  
[doi:10.1111/j.0963-7214.2004.00298.x](https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2004.00298.x)
- Hastings, P. D., McShane, K. E., Parker, R. & Ladha, F. (2007). Ready to make nice: Parental socialization of young sons' and daughters' prosocial behaviors with peers. *Journal of Genetic Psychology*, *168* (2), 177-200.

Johnson, J. G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 63 (5), 579-587.

doi:10.1001/archpsyc.63.5.579

Jaser, S. S., Adela M. L., Keller, G., Merchant, M. J., Benson, M. A., Reeslund, K., Champion, J. E., & Compas, B. E. (2005). Coping with the stress of parental depression ii: adolescent and parent reports of coping and adjustment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34 (1), 193-205.

Khaleque, A., Rohner, R. P., Riaz, M., & Laukkala, H. (2007). Perceived parental acceptance-rejection and psychological adjustment of children: a cross-cultural study in finland, pakistan, and the united states. *Psychological Studies*, 52, 114-119.

Keller, B. K., & Whiston, S. C. (2008). The role of parental influences on young adolescents' career development. *Journal of Career Assessment*, 16 (2), 198–217.  
doi:10.1177/1069072707313206.

Keyes, C., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (6), 1007-1022.

Kavanagh, D. J. (1992). Self efficacy and depression. In R. Schwarzer (1992), *Self-efficacy: thought control of action* (pp.177-193). New York: Routledge

Kunnen, E. S., Sappa, V., van Geert, P. L., & Bonica, L. (2008). The shapes of commitment development in emerging adulthood. *Journal of Adult Development*, 15, 113–131.

Koumoundourou, G., Tsaousis, I., & Kounenou, K. (2011). Parental influences on greek adolescents' career decision-making difficulties: the mediating role of core self-evaluations. *Journal of Career Assessment*, 19, 165–182.

- Karavasilis, L., Doyle, A. B., & Markiewicz, D. (2003). Associations between parenting style and attachment to mother in middle childhood and adolescence. *International Journal of Behavioral Development, 27* (2), 153-164.  
<https://doi.org/10.1080/0165025024400015>
- Kritzas, N., & Grobler, A. A. (2005). The relationship between perceived parenting styles and resilience during adolescence. *Journal of Child and Adolescent Mental Health, 17*, 1-12
- Laursen, B., & Collins, W.A. (2009). Parent-child relationships during adolescence. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 3-42). New York: John Wiley
- Li, C., & Kerpelman, J. (2007). Parental influences on young women's certainty about their career aspirations. *Sex Roles, 56* (1-2), 105–115.  
[doi:10.1007/s11199-006-9151-7](https://doi.org/10.1007/s11199-006-9151-7).
- Lee, D., & McLanahan, S. (2015). Family structure transitions and child development: Instability, selection, and population heterogeneity. *American Sociological Review, 80* (4), 738–763.  
<https://doi.org/10.1177/0003122415592129>
- Love, K. M. & Murdock, T. B. (2004). Attachment to parents and psychological wellbeing: an examination of young adult college students in intact families and stepfamilies. *Journal of Family Psychology, 18* (4), 600–608.  
[doi: 10.1037/0893-3200.18.4.600](https://doi.org/10.1037/0893-3200.18.4.600)
- Lengua, L. J. (2006). Growth in temperament and parenting as predictors of adjustment during children's transition to adolescence. *Developmental Psychology, 42* (5), 819-832.  
[doi:10.1037/0012-1649.42.5.819](https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.5.819).



- Lekes, N., Gingras, I., Philippe, F. L., Koestner, R., & Fang, J. (2009). Parental autonomy-support, intrinsic life goals, and well-being among adolescents in china and north america. *Journal of Youth and Adolescence*, *39* (8), 858–869.  
doi:10.1007/s10964-009-9451-7
- Lent, R. W., & Maddux, J. E. (1997). Self-efficacy: building a sociocognitive bridge between social and counselling psychology. *The Counselling Psychologist*, *25* (2), 240-255.
- Lease, S. H., & Dahlbeck, D. T. (2009). Parental influences, career decision-making attributions, and self-efficacy: Differences for men and women. *Journal of Career Development*, *36*, 95–113.
- McKnight, C. G., Huebner, E. S., & Suldo, S. (2002). Relationships among stressful life events, temperament, problem behavior, and global life satisfaction in adolescents. *Psychology in the Schools*, *39* (6), 677-687.
- Mitchell, C., McLanahan, S., Hobcraft, J., Brooks-Gunn, J., Garfinkel, I., & Notterman, D. (2015). Family structure instability, genetic sensitivity, and child well-being. *American Journal of Sociology*, *120* (4), 1195–1225.  
<https://doi.org/10.1086/680681>
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2007). *Adolescência e Psicopatologia*. Porto Alegre: Artmed
- McMahan, E., & Renken, M. (2011). Eudaimonic conceptions of well-being, meaning in life, and self-reported well-being: Initial test of a meditational model. *Personality and Individual Differences*, *51*, 589-594.
- Margolis, H., McCabe, P.P. (2006). Improving self-efficacy and motivation: what to do, what to say. *Intervention in School and Clinic*, *41* (4), 218-227.
- Martínez, I. M. M., Soria, M. S. (2006). Autoeficácia en el trabajo: el poder de creer que tú puedes. *Estudios financieros*, *279*, 175-202.

- Michaelson, J., Abdallah, S., Steuer, N., Thompson, S., & Marks, N. (2009). *National accounts of well-being: Bringing real wealth onto the balance sheet*. London: New Economics Foundation.
- Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 551-558.
- Marcia, J. E. (1988). Common processes underlying ego identity, cognitive/moral development, and individuation. In D. K. Lapsley, & F. C. Power, (pp. 211-225). *Self, ego, and identity*.  
doi:10.1007/978-1-4615-7834-5
- Marcia, J. E. & Archer, S. L. (1993). Identity status in late adolescents: scoring criteria. In J. E. Marcia, A. S. Waterman, D. R. Matteson, S. L. Archer, & J. L. Orlofsky, (pp. 205-240). *Ego identity: a handbook for psychosocial research*. New York: Springer.
- Metsäpelto, R. & Juujärvi, P. (2006). Parental knowledge and family atmosphere in relation to children's socioemotional behavior. In L. Pulkkinen, J. Kaprio & R. Rose, *Socioemotional development and health from adolescence to adulthood*. New York: Cambridge University Press
- Meeus, W., Iedema, J., Maassen, G., & Engels, R. (2005). Separation-individuation revisited: on the interplay of parent adolescent relations, identity and emotional adjustment in adolescence. *Journal of Adolescence*, 28, 89-106.
- Natvig, G. K., Albrektsen, G., & Qvarnstrøm, U. (2003). Associations between psychosocial factors and happiness among school adolescents. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 166-175
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.

- Ryff, C. D. (1989a). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 1069-1081.
- Ryff, C. D. (1989b). Beyond ponce de leon and life satisfaction: new directions in quest of successful ageing. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35–55.  
<http://dx.doi.org/10.1177/016502548901200102>
- Ryff, C. D., & Keyes, L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719-727
- Ribeiro, J. L. P. (2011). *Inventário de saúde mental*. Lisboa: Placebo.
- Resnick, M. D., Catalano, R. F., Sawyer, S. M., Viner, R., & Patton, G. C. (2012). Seizing the opportunities of adolescent health. *Lancet*, 379 (9826), 1564–1567.
- Raboteg-Saric, Z., & Sakic, M. (2014). Relations of parenting styles and friendship quality to self-esteem, life satisfaction and happiness in adolescents. *Applied Research in Quality of Life*, 9 (3), 749-765
- O'Leary, A. (1992). Self-efficacy and health: behavioral and stress-physiological mediation. *Cogn Ther Res* 16, 229–245.  
<https://doi.org/10.1007/BF01173490>
- Offer, D., & Schonert-Reichl, K. A. (1992). Debunking the myths of adolescence: findings from recent research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31 (6), 1003–1013.
- Okorodudu, G. N. (2010). Influence of parenting styles on adolescent delinquency in delta central senatorial district. *Edo Journal of Counselling*, 3 (1), 58-86.
- Potter, D. (2010). Psychosocial well-being and the relationship between divorce and children's academic achievement. *Journal of marriage and family*, 72 (4), 933–946.  
<https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00740.x>

- Pajares, F. (2002). Overview of social cognitive theory and of self-efficacy. Retirado a 26 de Julho, 2020, em <http://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/eff.html>.
- Peixoto, F. (2004). Qualidade das relações familiares, auto-estima, autoconceito e rendimento académico. *Análise Psicológica*, 1 (22), 235-244.
- Petrogiannis, K. (2011). Conceptions of the transition to adulthood in a sample of greek higher education students. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11 (1), 121-137.
- Ponton, M. K., Edmister, J. H., Ukeiley, L. S., & Seiner, J. M. (2001). Understanding the role of self-efficacy in engineering education. *Journal of Engineering Education*, 90 (2), 247-251.
- Smith, C., Crosnoe, R., & Cavanagh, S. E. (2017). Family instability and children's health. *Family Relations*, 66 (4), 601–613.  
<https://doi.org/10.1111/fare.12272>
- Soares, D. L., & Almeida, L. S. (2011). Percepção dos estilos educativos parentais: sua variação ao longo da adolescência. *Libro de actas do XI congreso internacional galego-portugués de psicopedagogía*. Corunã: Universidade da Coruña
- Stephen, J., Fraser, E., & Marcia, J. E. (1992). Moratorium-achievement (Mama) cycles in lifespan identity development: value orientations and reasoning system correlates. *Journal of Adolescence*, 15 (3), 283–300.  
[doi:10.1016/0140-1971\(92\)90031-y](https://doi.org/10.1016/0140-1971(92)90031-y)
- Santrock, J. W. (2019). *Life-span development* (17th ed.). Boston: McGraw Hill Higher Education.
- Sovet, L., & Metz, A. J. (2014). Parenting styles and career decision-making among french and korean adolescents. *Journal of Vocational Behavior*, 84 (3), 345 -355.  
[doi:10.1016/j.jvb.2014.02.002](https://doi.org/10.1016/j.jvb.2014.02.002)

- Steinberg, L., Monahan, K. C. (2007). Age differences in resistance to peer influence. *Developmental Psychology*, 43 (6), 1531–1543.  
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.6.1531>
- Steinberg, L., Lamborn, S. D., Darling, N., Mounts, N. S., & Dornbusch, S. M. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 65 (3), 754-770.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1994.tb00781.x>
- Sprinthall, N. A. & Collins, A. W. (1988). Adolescent psychology: a developmental view. New York: Random House
- Skopp, N. A., McDonald, R., Jouriles, E. N., & Rosenfield, D. (2007). Partner aggression and children's externalizing problems: maternal and partner warmth as protective factors. *J. Fam. Psychol*, 21, 459–467.  
doi: 10.1037/0893-3200.21.3.459
- Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1996). *Self-efficacy and health behaviours*. In M. Conner & P. Norman (Eds.), Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models (pp. 163–196). Buckingham: Open University Press.
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child Adolescent Health*, 2 (3), 223-228  
[http://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
- Skorikov, V. (2007). Continuity in adolescent career preparation and its effects on adjustment. *Journal of Vocational Behavior*, 70 (1), 8–24.  
doi:10.1016/j.jvb.2006.04.007.
- Turner, E., Chandler, M. & Heffer, R. (2009). The influence of parenting styles, achievement motivation, and self-efficacy on academic performance in college students. *Journal of College Student Development*, 50 (3), 337-346.

- Thomas, J. (2009). *Working paper: current measures and the challenges of measuring children's wellbeing*. Newport: Office for National Statistics.
- Turunen, J. (2013). Family structure, gender, and adolescent emotional well-being. *Journal of Divorce & Remarriage*, 54 (6), 476–504.  
doi: 10.1080/10502556.2013.810982
- Teixeira, M. A. P., & Lopes, F. M. M. (2005). Relações entre estilos parentais e valores humanos: um estudo exploratório com estudantes universitários. *Aletheia*, 22, 51-62.
- Teixeira, M. O. (2009). Uma medida de Autoeficácia percebida em contextos sociais e académicos. *Psychologica*, 51, 47-55.
- Turley, R., Desmond, M. & Bruch, S. (2010). Unanticipated educational consequences of a positive parent-child relationship. *Journal of Marriage and Family*, 72, 1377-1390.  
doi:10.1111/j.1741-3737.2010.00771.x
- Ventura, C. D. & Noronha, A.P.P. (2014). Autoeficácia para escolha profissional, suporte familiar e estilos parentais em adolescentes. *Avaliação Psicológica*, 13 (3), 317-324
- Veit, C., & Ware, J. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (5), 730-742.
- Vignoli, E., Croity-Belz, S., Chapeland, V., de Fillipis, A., & Garcia, M. (2005). Career exploration in adolescents: the role of anxiety, attachment, and parenting style. *Journal of Vocational Behavior*, 67 (2), 153–168.  
doi:10.1016/j.jvb.2004.08.006.
- Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *Lancet*, 379, 1641–1652  
doi:10.1016/S0140-6736(12)60149-4
- World Health Organization (1989). *The health of youth*. Geneva.

World Health Organization & Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*.

Geneva.

Wagner, A., Ribeiro, L. S., Arteche, A. X., & Bornholdt, E. A. (1999). Configuração familiar e o bem-estar psicológico dos adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12 (1), 1-9.

Retirado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=188/18812110>

Wang, Q., Pomerantz, E. M., & Chen, H. (2007). The role of parents' control in early adolescents' psychological functioning: A longitudinal investigation in the United States and China. *Child Development*, 78 (5), 1592-1610.

<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01085.x>

Wiedenfeld, S. A., O'Leary, A., Bandura, A., Brown, S., Levine, S. & Raska, K. (1990).

Impact of perceived self-efficacy in coping with stressors on immune function. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1082-94.

Wolfradt, U., Hemple, S., & Miles, J. M. V. (2003). Perceived parenting styles, depersonalisation, anxiety and coping behaviour in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 34, 521-532.





**ANEXOS**

---



## **LISTA DE ANEXOS**

- Anexo A** - Autorização para utilização do ISM
- Anexo B** - Autorização para utilização da EMAP
- Anexo C** - Autorização para utilização do EMBU-A
- Anexo D** - Questionário Sociodemográfico
- Anexo E** - Consentimento Informado
- Anexo F** - Autorização da plataforma MIME



**ANEXO A**

---

Autorização para utilização do ISM



**Verónica Riacho** <vcrriacho@gmail.com>  
para jlpr ▾

segunda, 16/09/2019, 23:21 ☆ ↩

Excelentíssimo Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro

O meu nome é Verónica da Costa Riacho e encontro-me neste momento a realizar a minha tese de Mestrado em Psicologia Clínica, que visa estudar a relação entre os estilos parentais, bem-estar psicológico e autoeficácia em adolescentes, na Universidade Lusíada de Lisboa, sob a orientação da Prof. Doutora Túlia Cabrita e a direcção da Prof. Doutora Tânia Gaspar.  
Envio-lhe o presente e-mail para solicitar a sua permissão para utilizar a versão traduzida da MHI, que o Doutor validou.  
Desde já agradeço a sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Verónica C. Riacho

**José Luís Pais Ribeiro**  
para mim ▾

terça, 17/09/2019, 09:20 ☆ ↩

Cara colega

Autorizamos o uso da versão da MHI que traduzimos e estudámos para uso com a população portuguesa.  
No meu site, na secção "books" encontra o manual da escala.

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro





**ANEXO B**

---

Autorização para utilização do EMAP



**Verónica Riacho** <vcrriacho@gmail.com>

quinta, 24/10/2019, 16:17 ☆ ↩ ⋮

para

Excelentíssima Prof. Doutora Maria Odília Teixeira

O meu nome é Verónica da Costa Riacho e encontro-me neste momento a realizar a minha tese de Mestrado em Psicologia Clínica, que visa estudar a relação entre os estilos parentais, bem-estar psicológico e autoeficácia em adolescentes, na Universidade Lusíada de Lisboa, sob a orientação da Prof. Doutora Túlia Cabrita e a direcção da Prof. Doutora Tânia Gaspar. Envio-lhe o presente e-mail para solicitar a sua permissão para utilizar a versão traduzida da EMAP, que a Doutora ajudou a validar. Desde já agradeço a sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Verónica C. Riacho

**Maria Odília Teixeira**

24/10/2019, 18:13 ☆ ↩

para mim ▾

Verónica,

Parabéns!!! Um tema muito interessante. Amanhã enviarei a Escala, e envio também uma escala de estilos parentais, com que trabalhei, a par com bem-estar!

Ficarei na expectativa dos seus resultados!

abraço  
Maria Odília



**ANEXO C**

---

Autorização para utilização do Embu\_A



**Verónica Riacho** <vcriacho@gmail.com>

quarta, 6/11/2019, 21:03 ☆ ↶ ⋮

para

Excelentíssima Prof. Doutora Isabel de Sá

O meu nome é Verónica da Costa Riacho e encontro-me neste momento a realizar a minha tese de Mestrado em Psicologia Clínica, que visa estudar a relação entre os estilos parentais, bem-estar psicológico e autoeficácia em adolescentes, na Universidade Lusiana de Lisboa, sob a orientação da Prof. Doutora Túlia Cabrita e a direcção da Prof. Doutora Tânia Gaspar.

Envio-lhe o presente e-mail para solicitar a sua permissão para utilizar a versão traduzida da EMBU-A, adaptado e validado na dissertação de mestrado: "Lacerda, M.I.M. C. (2005). A percepção das práticas parentais pelos adolescentes: implicações na percepção de controlo e nas estratégias de coping. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Lisboa, Portugal". "

xxx

---

**Isabel Sá**

quinta, 7/11/2019, 11:36 ☆ ↶ ⋮

para mim ↘

Cara Verónica Riacho,

Tem a minha permissão para utilizar a versão do EMBU-A no seu trabalho. Para mais informações sobre a escala pode contactar directamente a Dr.ª Isabel Lacerda.

Votos de sucesso no seu trabalho.

Isabel Sá





---

**ANEXO D**

Questionário Sociodemográfico



**A relação entre os Estilos Parentais, Bem-Estar Psicológico e Autoeficácia nos adolescentes**

Peço a sua colaboração nesta investigação, que decorre no âmbito da dissertação de mestrado, do Mestrado de Psicologia Clínica da Universidade Lusíada de Lisboa, sob a orientação da Prof. Doutora Túlia Cabrita.

A tua participação é voluntária e as suas respostas são confidenciais, sendo os resultados tratados estatisticamente e sem elementos que permitam identificar os participantes do estudo. Em nenhum momento terá de identificar o seu nome.

O preenchimento do questionário tem um tempo aproximado de resposta de 15 minutos. Não existem respostas certas ou erradas, responde a todas as questões apresentadas com a máxima sinceridade possível.

Sempre que lhe surgirem dúvidas, poderá esclarecê-las junto da pessoa que está a aplicar os questionários. Muito obrigada pela sua colaboração.

**Questionário sociodemográfico**

Idade _____	Género	Feminino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	Ano de escolaridade	9ºano <input type="checkbox"/>	12ºano <input type="checkbox"/>
Estado civil dos teus pais:	Casados/vivem juntos			<input type="checkbox"/>		
	Separados/divorciados/viúvos			<input type="checkbox"/>		
	Nunca viveram juntos			<input type="checkbox"/>		
<b>Escolaridade e Profissão do pai e da mãe</b>				Mãe	Pai	
Sem escolaridade			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Profissão da mãe? _____	
Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Profissão do pai? _____	
1.º ciclo do ensino básico (4.ª classe)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.º ciclo do ensino básico (5.º/6.º ano)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.º ciclo do ensino básico (7.º ao 9.º ano);			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ensino secundário (10.º ao 12.º ano)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Curso superior (bacharelato, licenciatura, mestrado ou doutoramento)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tens irmãos? _____	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Se sim, quantos? _____			



---

**ANEXO E**

Consentimento Informado





### Consentimento Informado

Vamos pedir-lhe que leia este pequeno texto. Antes de autorizar o seu filho a participar neste estudo coloque as questões que entender.

Esta investigação decorre no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Lusiana de Lisboa e tem como objetivo estudar a relação entre os Estilos Parentais, Bem-Estar Psicológico e Autoeficácia nos adolescentes.

Para concretizarmos este objetivo, necessitamos que o seu filho responda a algumas perguntas de resposta breve e preencha três questionários, também de resposta rápida.

A participação do seu filho é muito importante. No entanto, ela é voluntária. Todos os dados recolhidos têm garantia de confidencialidade e servem somente para investigação científica. O investigador está disponível para qualquer esclarecimento acerca do estudo.

Aceito/ Não Aceito que o meu/minha filho/a \_\_\_\_\_  
aluno/a da turma \_\_\_\_\_, participe neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ /20\_\_\_\_

Qualquer questão adicional pode contactar:

Verónica Riacho: [vrriacho@gmail.com](mailto:vrriacho@gmail.com)



### Consentimento Informado

Vamos pedir-te que leias este pequeno texto. Antes de autorizares a tua participação neste estudo coloca as questões que entenderes.

Esta investigação decorre no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Lusitana de Lisboa e tem como objetivo estudar a relação entre os Estilos Parentais, Bem-Estar Psicológico e Autoeficácia nos adolescentes. Para concretizarmos este objetivo, necessitamos que respondas a algumas perguntas de resposta breve e preenchas três questionários, também de resposta rápida.

A tua participação é muito importante. No entanto, ela é voluntária. Todos os dados recolhidos têm garantia de confidencialidade e servem somente para investigação científica. O investigador está disponível para qualquer esclarecimento acerca do estudo.

Eu, \_\_\_\_\_ li a informação acima e aceito participar neste estudo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_





**ANEXO F**

---

Autorização da plataforma MIME





**mime-noreply@gepe.min-edu.pt**  
para mim =

quinta, 5/12/2019, 09:49 ☆ ↶ ⋮

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0714400001, com a designação *A relação entre os Estilos Parentais, Bem - Estar Psicológico e Autoeficácia nos adolescente*, registado em 15-11-2019, foi aprovado.