

Ana Carolina Amaral Mesquita

**Atitudes parentais, Perturbação Depressiva Major e Comportamentos
Suicidários na Adolescência**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2024

Ana Carolina Amaral Mesquita

**Atitudes parentais, Perturbação Depressiva Major e Comportamentos
Suicídários na Adolescência**

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Cristina Nunes



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2024

Atitudes parentais, Perturbação Depressiva Major e Comportamentos Suicidários na Adolescência

Declaração de autoria de trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Assinatura

(Ana Carolina Amaral Mesquita)

Copyright em nome de Ana Carolina Amaral Mesquita

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos

“One day, in retrospect, the years of struggle will strike you as the most beautiful,”

Sigmund Freud

Agradecimentos

Não é possível elaborar uma dissertação sem contar com o apoio de todo um conjunto de pessoas que, de alguma forma, estiveram presentes neste caminho particularmente longo e difícil.

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Cristina Nunes, por toda a orientação e especial paciência, dado o tempo que a deixei em espera.

À minha família, em especial à minha mãe que sempre esteve aqui para me dar a mão, que esteve no seu papel de avó a 100% para que eu tivesse disponibilidade de escrever esta dissertação. E também ao meu pai e à minha irmã que sempre cá estiveram para me dar um empurrão de motivação apesar de todas as dificuldades.

Aos meus amigos que viram de perto todos os altos e baixo e que nunca deixaram de me dar força para seguir em frente mesmo quando achava que não iria ser capaz.

Ao meu namorado, que tantas vezes me deu o abraço que precisava para não desistir. Pelos sorrisos, pelo amor, por se orgulhar das minhas vitórias e nunca duvidar das minhas capacidades mesmo quando eu própria o fazia.

Ao meu amor mais pequenino, o meu bebé que nasceu no meio de todo este processo, que me obrigou a olhar para dentro e me fez aprender a ter calma. Que mesmo sem saber me deu a força que me faltava através de um amor sem medida.

Por fim, aos meus pequenos de quatro patas, que tinham sempre uma lambidela de amor pronta para dar.

Muito obrigada!

Resumo

A adolescência é uma fase crítica do desenvolvimento, marcada pela formação da identidade e por uma maior vulnerabilidade para perturbações mentais, como a depressão e comportamentos suicidários. As atitudes parentais parecem poder potenciar ou inibir o desenvolvimento das mesmas, uma vez que os pais são as nossas primeiras figuras de referência, com quem criamos um padrão relacional. Este estudo investigou a relação entre as atitudes parentais, a perturbação depressiva major e os comportamentos suicidários em adolescentes, utilizando escalas validadas para avaliar estas variáveis. A amostra foi composta por 622 adolescentes de escolas públicas da região do Algarve, com idades entre 12 e 19 anos ($M = 15,01$; $DP = 2,076$). Foram aplicados três questionários permitindo conhecer as variáveis sociodemográficas, avaliar a perceção das atitudes parentais (IPA) e medir a sintomatologia depressiva e os comportamentos suicidários (APS-SF). Os resultados indicaram que os adolescentes que percecionam elevados níveis de afeto parental apresentam menor risco de desenvolver perturbação depressiva e ideação suicida, enquanto aqueles que percecionam altos níveis de hostilidade tendem a exibir maior vulnerabilidade para psicopatologia. Fatores como a estrutura familiar e o nível socioeconómico também se revelaram determinantes, com maior vulnerabilidade observada em adolescentes de famílias monoparentais e de baixo nível socioeconómico. As separações familiares significativas, como o divórcio ou a morte de um progenitor, emergiram como fatores de risco adicionais. Estes resultados sublinham a importância das atitudes parentais e sugerem a necessidade de intervenções focadas no suporte familiar.

Palavras-chave: adolescência, amor, atitudes parentais, comportamentos suicidários, hostilidade, perturbação, perturbação depressiva major

Abstract

Adolescence is a critical phase of development, marked by identity formation and increased vulnerability to mental disorders such as depression and suicidal behaviors. Parental attitudes can either enhance or inhibit the development of these issues, as parents are our first reference figures with whom we establish a relational pattern. This study investigated the relationship between parental attitudes, major depressive disorder, and suicidal behaviors in adolescents, using validated scales to assess these variables. The sample consisted of 622 adolescents from public schools in the Algarve region, aged between 12 and 19 years ($M = 15.01$; $SD = 2.076$). Three questionnaires were administered to collect sociodemographic data, assess the perception of parental attitudes (IPA), and measure depressive symptoms and suicidal behaviors (APS-SF). The results indicated that adolescents who perceive high levels of parental affection are at a lower risk of developing depressive disorder and suicidal ideation, while those who perceive high levels of hostility tend to exhibit greater vulnerability to psychopathology. Factors such as family structure and socioeconomic status were also found to be significant, with greater vulnerability observed in adolescents from single-parent and low-income families. Significant family separations, such as divorce or the death of a parent, emerged as additional risk factors. These findings highlight the importance of parental attitudes and suggest the need for interventions focused on family support.

Keywords: adolescence, affection, disorder, hostility, parental attitudes, major depressive disorder, suicidal behaviors

ÍNDICE

1. Introdução	1
2. Atitudes parentais	3
3. Perturbação depressiva major na adolescência	6
3.1. Modelos explicativos	7
3.1.1. Modelo Cognitivo de Beck.....	8
3.1.2. Teoria de Autocontrolo	9
3.1.3. Terapia racional emotiva comportamental de Ellis	10
4. Comportamentos suicidários na adolescência	11
4.1. Modelos explicativos	15
4.1.1. Modelo Etiológico da Conduta Suicida.....	15
4.1.2. Modelo Cognitivo da Conduta Suicida	16
4.1.3. Modelo diátese-stress	17
5. Objetivos	18
5.1. Objetivos específicos	18
6. Metodologia	19
6.1. Desenho do estudo	19
6.2. Amostra.....	19
6.3. Instrumentos	21
6.3.1. Questionário de dados sociodemográficos e familiares.....	21
6.3.2. Inventário de Perceções Adolescentes (IPA).....	22
6.3.3. Escala de psicopatologia do adolescente (APS-SF)	22
6.4. Procedimento	23
6.4.1. Recolha de dados.....	23
6.4.2. Análise e tratamento de dados	23
7. Resultados	23
7.1. Resultados do inventário de Perceções Adolescentes (IPA).....	23
7.1.1. Distribuição dos sujeitos em função dos Níveis de Intensidade da Perceção das Atitudes Parentais nos adolescentes	23
7.1.2. Diferenças entre grupos em função das variáveis individuais.....	24
7.1.3. Diferenças entre grupos em função dos dados sociodemográficos	26
7.2. Resultados na Escala de Psicopatologia do Adolescente (APS-SF)	28
7.2.1. Diferenças entre grupos em função das variáveis individuais	28
7.2.2. Diferenças entre grupos em função dos dados sociodemográficos	30
7.3. Relações entre as atitudes parentais e a perturbação depressiva major e os comportamentos suicidários	31

7.4. Regressão hierárquica múltipla.....	33
8. Discussão.....	34
9. Conclusão.....	37
Referências.....	39

Índice de Figuras

Figura 3.1. Modelo Cognitivo de Beck	9
Figura 3.2. Teoria do Autocontrolo	10
Figura 3.3. Modelo ABC	11
Figura 4.1. Modelo Etiológico da Conduta Suicida	16
Figura 4.2. Modelo Cognitivo da Conduta Suicida	17
Figura 4.3. Modelo Diátese-stress	18

Índice de Tabelas

Tabela 6.1. Distribuição dos adolescentes de acordo com o sexo e idade	19
Tabela 6.2. Caracterização sociodemográfica dos participantes (n = 622)	20
Tabela 7.1. Distribuição percentual dos sujeitos em função dos Níveis de Intensidade da Perceção das Atitudes Parentais	24
Tabela 7.2. Médias, desvios-padrão das escalas IPA, teste t de Student e magnitude de efeito em função do sexo	24
Tabela 7.3. Médias, desvios-padrão das escalas IPA, teste t de Student e magnitude de efeito em função da idade	25
Tabela 7.4. Médias, desvios-padrão das escalas IPA, teste t de Student e magnitude de efeito em função da estrutura familiar	26
Tabela 7.5. Médias, desvios-padrão das escalas IPA, teste t de Student e magnitude de efeito em função do nível socioeconómico	27
Tabela 7.6. Médias, desvios-padrão das escalas IPA, teste t de Student e magnitude de efeito em função das separações significativas na infância	28
Tabela 7.7. Médias, desvios-padrão das escalas APS-SF, teste t de Student e magnitude de efeito em função do sexo	29
Tabela 7.8. Médias, desvios-padrão das escalas APS-SF, teste t de Student e magnitude de efeito em função da idade	29
Tabela 7.9. Médias, desvios-padrão das escalas APS-SF, teste t de Student e magnitude de efeito em função da estrutura familiar	30
Tabela 7.10. Médias, desvios-padrão das escalas APS-SF, teste t de Student e magnitude de efeito em função do nível socioeconómico	30
Tabela 7.11. Médias, desvios-padrão das escalas APS-SF, teste t de Student e magnitude de efeito em função das separações significativas na infância	31
Tabela 7.12. Correlação entre a perceção das atitudes parentais, a perturbação depressiva major e os comportamentos suicidários	32
Tabela 7.13. Regressão hierárquica múltipla para verificação de variáveis preditoras de perturbação depressiva major	33
Tabela 7.14. Regressão hierárquica múltipla para verificação de variáveis preditoras de comportamentos suicidários	34

Lista de Abreviaturas

APA – American Psychiatric Association

APS-SF - Adolescent Psychopathology Scale – Short Form

DEP – Escala de Depressão Major

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

IPA – Inventário de Perceções Adolescentes

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SUI – Escala de Suicídio

1. Introdução

A adolescência é uma fase marcada pela formação da identidade, mudanças corporais, oscilação entre independência e dependência e distanciamento das figuras parentais. Embora geralmente considerada um período de saúde, muitas perturbações mentais têm o seu pico durante esta fase (Piccin et al., 2019). A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) aponta que metade das doenças mentais tem o seu início, em média, aos 14 anos embora a maioria dos casos não seja detetado antes da idade adulta podendo levar a graves consequências por falta de tratamento adequado.

Dentro destas, a perturbação depressiva major merece principal destaque, concernindo uma preocupação de saúde pública devido à sua alta taxa de incidência e reincidência e consequências duradouras (Melo et al., 2017). O diagnóstico tardio, a falta de cuidados apropriados, a escassez de profissionais qualificados no serviço público e o estigma social são barreiras que tornam esta perturbação subdiagnosticada (Dreher et al., 2019).

Estima-se que afete mais de 264 milhões de pessoas mundialmente, manifestando-se em todas as idades, classes sociais e gêneros. Denominada o “mal do século XXI” (OMS, 2020), a depressão caracteriza-se por humor deprimido, irritabilidade e desânimo, associado a alterações cognitivas e somáticas que impactam significativamente o funcionamento do indivíduo (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Em casos mais graves a perturbação depressiva major pode levar a comportamentos suicidários, estimando-se que para cada suicídio consumado existam cerca de 10 a 20 tentativas (OMS, 2013), considerando que o suicídio não se trata de uma decisão repentina e sim de um processo constituído por ideação suicida, comportamentos autolesivos e suicídio consumado. Consequentemente, verificam-se quase 800 mil mortes anualmente e é considerada a segunda principal causa de morte entre jovens dos 15 aos 29 anos (OMS, 2020), com uma taxa de ocorrência 20 vezes maior entre pacientes deprimidos (Dreher et al., 2019).

Vários modelos teóricos procuram explicar a sua etiologia, sendo os mais difundidos aqueles que consideram a interação entre fatores psicológicos, biológicos e ambientais (Abreu & Oliveira, 2008).

Nesse sentido, as interações estabelecidas entre pais e filhos são reconhecidas como um dos principais fatores que influenciam o desenvolvimento global do adolescente, especialmente no que tange ao desenvolvimento psicológico (Weber, 2013). Assim sendo, a investigação sobre as atitudes e práticas parentais tem se intensificado significativamente nos últimos anos, uma vez que pode, de facto, ser um fator mediador, aumentando o risco ou, pelo contrário, sendo protetor no que diz respeito ao desenvolvimento de perturbação. Neste enquadramento, as práticas educativas parentais são entendidas como as estratégias utilizadas pelos pais para promover ou inibir comportamentos, enquanto as atitudes parentais se referem ao conjunto de atitudes dos pais em relação à criança, definindo o clima emocional no qual essas práticas se expressam (Darling & Steinberg, 1993).

Diversas pesquisas indicam que práticas parentais não coercitivas estão associadas a comportamentos funcionais e adaptativos nas crianças. Por sua vez, práticas coercitivas são ineficazes na sua educação, criando padrões de medo e hostilidade, podendo ter efeitos nefastos no seu desenvolvimento. Assim, a qualidade da interação familiar deve ser analisada para compreender as relações entre um desenvolvimento saudável/ não saudável e as práticas parentais (Weber et al., 2009, cit. in Weber, 2013).

O presente estudo pretende analisar a questão das possíveis relações entre as atitudes parentais, a perturbação depressiva major e os comportamentos suicidários na adolescência.

Apresentamos primeiro uma revisão da literatura onde abordaremos em maior profundidade as atitudes parentais, a perturbação depressiva major na adolescência e os comportamentos suicidários na adolescência, explicitando em cada um deles modelos teóricos que os expliquem. Seguidamente, serão definidos os objetivos e desenho do estudo, a caracterização da amostra, instrumentos utilizados e o procedimento de recolha e análise de dados. Posteriormente serão apresentados os principais resultados obtidos através de análise estatística e discutidos os mesmos. Por fim, serão apresentadas as conclusões, limitações e propostas de investigação futuras.

2. Atitudes parentais

Os pais são as figuras de socialização primordiais da criança, razão pela qual as suas atitudes e práticas parentais irão influenciar de forma determinante o seu desenvolvimento (Baumrind, 1991).

Neste sentido, as teorias sobre o desenvolvimento infantil enfatizam a interação familiar como um importante fator contributivo para o desenvolvimento da personalidade e dos seus aspetos normativos e psicopatológicos (Lemos, 2007). Sá (2002) definiu a parentalidade como a qualidade relacional que consolida a personalidade da criança, concluindo que as experiências positivas em termos de relações com adultos significativos, reforçam a capacidade de superar as situações de risco e, pelo contrário, as experiências negativas, no sentido de uma ausência de relações significativas com as figuras de vinculação ou de relações desestruturantes com os mesmos, conduzem o indivíduo a dar respostas disfuncionais que o tornam mais vulnerável (Malpique, 1999).

Baumrind (1966) prestou um contributo fundamental para o debate em torno da influência dos pais no desenvolvimento das mesmas com a sua proposta de três estilos parentais: autoritário, autoritativo e permissivo.

Na sua visão, os pais que exercem um estilo autoritário apresentam valores reduzidos de afetividade e elevados níveis de controlo e restritividade, exercendo um controlo psicológico rígido e desencorajando a independência e individualidade da criança. Também a comunicação se torna escassa, no entanto, quando existente, procura apenas influenciar, controlar e avaliar os seus comportamentos de acordo com um padrão absoluto. Dão extremo valor à obediência, favorecem a punição e procuram incutir o respeito pela autoridade, trabalho e preservação da ordem (Baumrind, 1966).

Numa configuração autoritativa, estilo considerado pela autora como o ideal, os cuidadores exercem um controlo firme, mas afetuoso, caloroso e responsivo face às necessidades da criança. Encorajam a comunicação aberta e promovem a autonomia e individualidade da mesma. Procuram tomar decisões partilhadas e têm uma atitude de confronto face às divergências, procurando sempre não exagerar nas restrições. Afirmam os seus valores de modo claro, partilhando com elas as razões das decisões, esperando que, através desta comunicação compreensiva as suas crianças cumpram as normas impostas. Assim, verifica-se que os pais com este estilo parental têm elevados níveis de

exigência, mas também de afetividade, o que promove um ambiente estimulante para o desenvolvimento dos filhos (Baumrind, 1966).

Por último, os pais com um estilo permissivo demonstram uma atitude tolerante e de aceitação face aos impulsos, desejos e ações da criança, evitando tomar uma posição de autoridade. São pais pouco punitivos, uma vez que permitem à criança regular o seu próprio comportamento e tomar as suas próprias decisões, exigindo poucas regras de rotina (Baumrind, 1966). Para Baumrind (1967), tanto os pais com este estilo educativo, como os que têm um estilo autoritário, fazem poucas exigências de maturidade e comunicam de forma ineficaz.

Fleming (1988; 1997) também se debruçou sobre esta temática, mas abordando o conceito de atitudes parentais, que se refere às relações que se estabelecem entre pais e filhos, permitindo ter conhecimento da perspetiva que os menores têm do comportamento dos seus pais e do impacto destes no seu crescimento, independência e autonomia. É de referir que o modo como as crianças e adolescentes percebem estes comportamentos é mais importante para o seu desenvolvimento, do que o comportamento dos pais propriamente dito. Também Lytton (1980) assume que a forma como a criança se sente amada e valorizada em qualquer momento particular é mais importante para o seu desenvolvimento psicológico saudável do que o afeto real que é proporcionado pelos cuidadores.

Sendo assim, este é um construto subjetivo, por essa razão nem sempre se verifica a existência de congruência entre as perceções dos filhos e a dos pais relativamente às atitudes e comportamentos parentais (Fleming, 1997).

Com o objetivo de estudar a forma como as atitudes parentais são interpretadas pelos adolescentes, Schaefer (1965) propôs um modelo compreensivo dos comportamentos parentais, o qual organiza os estilos educativos em função da sua posição em torno de duas dimensões designadas por: dimensão das Práticas Educativas – Autonomia *versus* Controlo que remetem para a qualidade afetiva da relação com os pais e tem inerentes conceitos como a aceitação, a proteção, o calor afetivo, a frieza emocional e a rejeição total ou parcial e a dimensão Afeto – Amor *versus* Hostilidade que remete para as práticas educativas parentais e tem subjacentes conceitos como o autoritarismo e a punição. Este modelo pressupõe que a autonomia na adolescência é fomentada por atitudes parentais

que conjugam, em simultâneo, uma clara definição de limites e regras e uma relação calorosa e de aceitação (Fleming, 2005).

A variação da intensidade da atitude parental, em ambas as dimensões, possui implicações diferentes sobre o desenvolvimento da criança e do adolescente: na dimensão *Afeto*, uma intensidade excessiva pode, por exemplo, não permitir a ocorrência adequada do processo de separação-indivuação necessária ao desenvolvimento de uma identidade individual do filho, enquanto que a dimensão das *Práticas Educativas* terá grande impacto na forma como as regras são estabelecidas e se são, ou não, dadas explicações sobre o seu fundamento (Baumrind, 1968; Mahler, 1968; Fleming, 1997).

Assim, a qualidade das relações precoces é um fator importante a ter em conta no que se refere ao funcionamento adaptativo da criança com impacto na manifestação de diferentes perturbações psicopatológicas na adolescência (Baumrind, 1991; Fleming, 1997; Braconnier & Marcelli, 2000; Sroufe, 2000). Sendo que as que se verificam ser mais prevalentes são as perturbações de ansiedade, perturbações depressivas, perturbações de comportamento e défices de autoestima e, ainda, a existência de comportamentos suicidários associados.

A este propósito, um estudo com 601 adolescentes que se encontravam a frequentar escolas públicas australianas, desenvolvido por Rowe et al. (2015), concluiu que práticas parentais mais restritivas, com maiores níveis de controlo psicológico e níveis mais baixos de afeto percebido, estavam associadas a elevados níveis de sintomatologia depressiva. Por sua vez, Weber (2017) a partir de uma amostra de 1400 estudantes brasileiros, concluiu que também a ausência de supervisão ou controlo parental constitui um fator de risco importante para o desenvolvimento de perturbação depressiva major. Esta autora verificou ainda que um clima familiar pautado por demonstração de afeto e verbalizações com conotação positiva é protetor face ao desenvolvimento de psicopatologia e é promotor de um desenvolvimento global saudável.

Ao longo desta dissertação serão abordadas em maior profundidade as correlações entre as atitudes parentais e o desenvolvimento de psicopatologia, nomeadamente da perturbação depressiva major e os comportamentos suicidários.

3. Perturbação depressiva major na adolescência

A perturbação depressiva na adolescência é um fenómeno comum, debilitante e recorrente, que se caracteriza por uma sintomatologia afetiva de longa duração e está associada a vários sinais e sintomas que interferem significativamente no contexto escolar e na vida social e familiar (Bahls, 2002; Ramos, 2018). É apontada como uma psicopatologia com elevada e crescente prevalência na população, representando um sério problema de saúde pública em todo o mundo. Estima-se mesmo que, até 2030, a perturbação depressiva seja a principal causa de incapacidade no mundo inteiro (Alencar et al., 2018).

Durante muito tempo, a perturbação depressiva em crianças e adolescentes foi desvalorizada e os seus sintomas tidos como o expectável para este período de vida. No entanto, devido à frequência com que a depressão vem surgindo nesta população, veio-se a perceber que se trata de um fenómeno mais comum do que se julgava e que acarreta graves consequências na vida do sujeito (Biazus & Ramires, 2012).

Atualmente, os sistemas de diagnóstico, especificamente o DSM-5, definem que os sintomas básicos de um episódio depressivo são os mesmo em adolescentes e adultos, sendo caracterizados por tristeza persistente, perda de interesse por atividades que anteriormente eram prazerosas e incapacidade para realizar atividades diárias por, no mínimo, duas semanas (APA, 2013). No entanto, é necessário referir que a maioria dos autores (e.g., Bahls & Bahls, 2002) mencionam que os sintomas variam consoante a faixa etária, enfatizando a importância do processo maturacional das diferentes fases de desenvolvimento dos sinais e comportamentos depressivos.

No que diz respeito aos critérios para perturbação depressiva em adolescentes podemos apontar os seguintes: irritabilidade, instabilidade e agressividade; humor deprimido (choro fácil e imotivado); perda de energia; desmotivação e desinteresse; lentificação psicomotora; sentimentos de desesperança e/ou culpa; alterações do sono (hipersónia na sua maioria); isolamento; dificuldades de concentração; prejuízo no desempenho escolar; problemas de comportamento (e.g., abuso de substâncias); sintomas somáticos (e.g., dor abdominal, cefaleias); e comportamentos suicidário (Bahls, 2002; APA, 2013; Santos-Vitti et al., 2020; Girma et al., 2021).

Esta constitui-se como uma das psicopatologias mais prevalentes na adolescência, Sund et al. (2011) num estudo com uma amostra de 2432 adolescentes com média de

idades de 14,9 anos, afirmam que os níveis de prevalência rondam entre os 2,7% e os 5,8% na maioria dos países da Europa. Também Clayborne et al. (2020) referem uma prevalência mundial estimada de 14,3% em adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos de idade.

Relativamente aos fatores de risco, que aumentam a possibilidade de desenvolvimento de depressão major na adolescência, Bahls & Bahls (2002) referiram a presença de uma perturbação de humor num dos progenitores e atitudes/práticas parentais inconsistentes. Silva et al. (2019) a partir de revisão da literatura e Costa et al. (2018) com uma amostra de 534 adolescentes, referem que a existência de conflito familiar e a perceção de hostilidade com a figura materna também parecem constituir fatores importantes. Costa et al. (2014) referiram ainda a presença de comorbilidade (e.g., doença crónica), stressores ambientais (e.g., discriminação/*bullying*, pressão social), ser vítima de abuso, ter sofrido perda de um dos pais, vulnerabilidade socioeconómica e ser do sexo feminino.

Por outro lado, a presença de características pessoais positivas, como altos níveis de autoeficácia, autoestima e autoconceito, fazem com que o indivíduo apresente níveis de stress mais baixos e de bem estar subjetivo mais altos, levando ao uso de estratégias adaptativas no enfrentamento de adversidades, atuando assim como fatores protetores face à depressão (Freitas, 2016).

No que se refere ao índice de recuperação, Bahls & Bahls (2002) defendem que cerca de 74% dos casos apresentam melhorias significativas no espaço de um ano e 92% recuperam dentro de um período de dois anos. Contudo, Rhode et al. (2013) salientaram uma tendência para a cronicidade, uma vez que, após recuperação, pode permanecer algum prejuízo psicossocial, especificamente dificuldades interpessoais crónicas e problemas de conduta. Segundo os autores a taxa de recorrência é de cerca de 40% nos primeiros 2 anos e de 70% no espaço de 5 anos.

3.1. Modelos explicativos

Nesta problemática as teorias cognitivas vêm sendo amplamente investigadas e geralmente delimitam seus estudos em relação à etiologia da depressão. Seguidamente serão descritos alguns modelos explicativos de destaque dentro desta área da psicologia.

3.1.1. Modelo Cognitivo de Beck (1963)

O modelo cognitivo de Beck (figura 3.1.) relaciona o humor deprimido com distorções cognitivas que ocorrem de forma inesperada (pensamentos automáticos negativos) enviesando a representação que o indivíduo faz da realidade e de si próprio (Ramos, 2018).

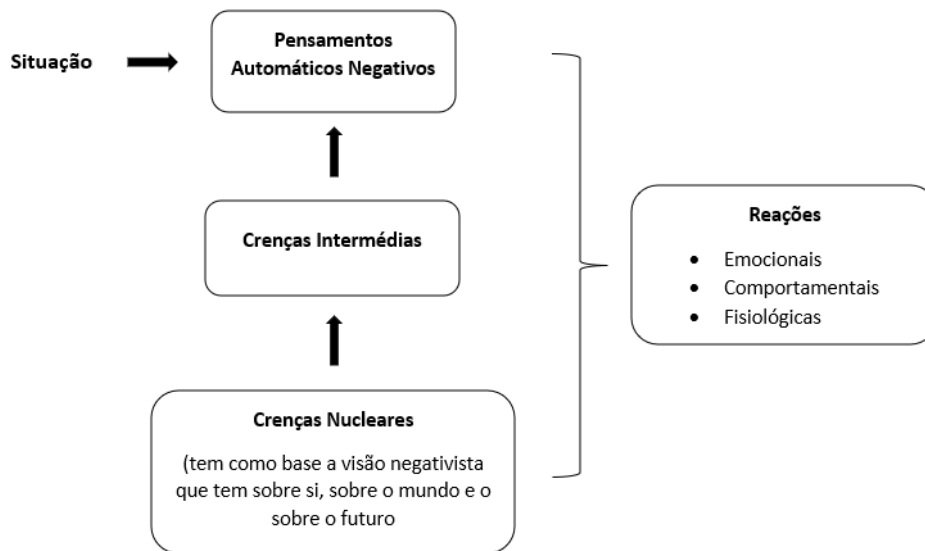
De acordo com Beck et al. (1979) as distorções cognitivas são a base primária da perturbação depressiva e os pensamentos negativistas são o fator inicial da sintomatologia. Segundo o autor existem três processos cognitivos específicos que explicam a etiologia da depressão: a tríade cognitiva, os esquemas disfuncionais cognitivos e os erros cognitivos.

A tríade cognitiva é constituída pela visão negativa de si mesmo, do seu mundo e do seu futuro, ou seja, a pessoa deprimida possui padrões de pensamento negativos levando-o a ter uma percepção negativista de tudo o que o rodeia (Kaslow et al., 1994).

Na organização estrutural do indivíduo deprimido, os padrões estáveis que servem de base na transformação de dados em cognições encontram-se desestruturados, criando percepções distorcidas da realidade e, ativando assim, os sintomas depressivos (Goldrajch, 1996; Rehm, 2020). Deste modo, o indivíduo passa a ser dominado pelos esquemas disfuncionais, tornando a organização cognitiva autónoma e dependente de fatores internos (Ito, 1997 cit. in Ramos, 2018). Estas distorções têm influência direta nas respostas comportamentais, fisiológicas e emocionais do indivíduo (Deminco, 2011). Dentro das mesmas são destacadas: a inferência arbitrária que, no caso, diz respeito à suposição de que algum acontecimento negativo aconteceu devido a si próprio; a maximização, onde o indivíduo exacerba a importância dos seus erros e das coisas negativas que acontecem em seu redor; e a minimização, onde dá menos relevância as suas conquistas e aspetos positivos da sua vida (Kaslow et al., 1994).

Figura 3.1.

Modelo cognitivo de Beck (1963)



3.1.2. Teoria de Autocontrolo (Rehm, 1977,1982)

A teoria de autocontrolo revela que são as autoavaliações negativas, os baixos níveis de autorreforço e os altos níveis de autopunição que levam os sujeitos a entrar em estados depressivos. Esta teoria surgiu a partir do modelo de autoadministração de Kanfer (1970).

Este modelo (figura 3.2.) afirma que os sujeitos deprimidos apresentam défices a nível da automonitorização, com a presença de uma atenção seletiva para acontecimentos negativos de vida e um viés na autoavaliação, em que esta se caracteriza pela criação de critérios extremamente elevados para julgar o seu próprio comportamento e a existência de um estilo atribucional inadequado.

Ou seja, a capacidade de regulação do comportamento representa a fase inicial do processo de automonitorização, no qual se realiza a observação do seu próprio pensamento e comportamento. Indivíduos saudáveis conseguem fazer uma monitorização integral dos seus comportamentos, sejam eles negativos ou positivos. Já os indivíduos deprimidos não conseguem olhar para o todo, focam-se de forma seletiva nos acontecimentos negativos e nos resultados imediatos dos seus comportamentos (Rehm, 1982)

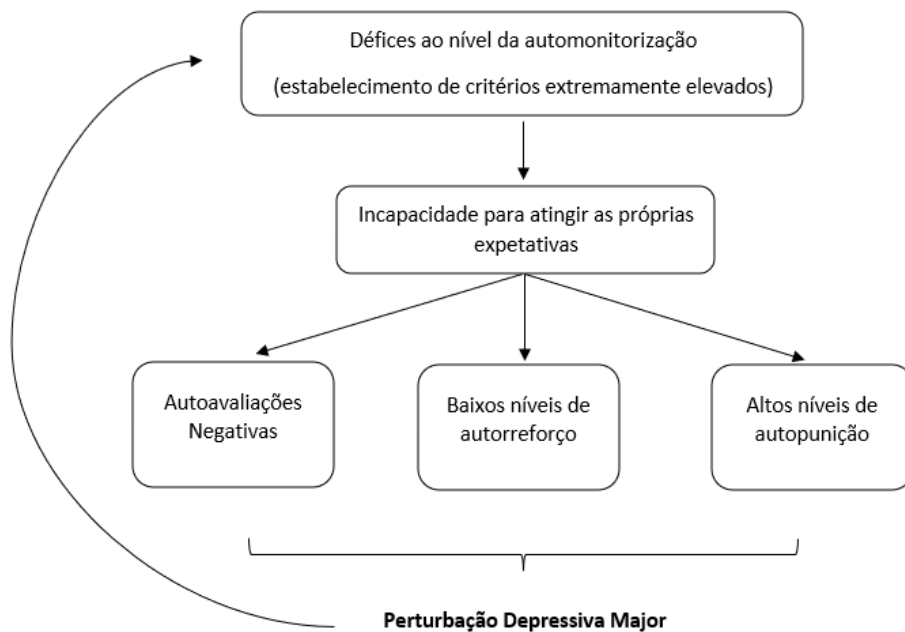
A segunda fase deste modelo consiste na comparação dos dados extraídos da automonitorização com um critério ideal concebido pelo próprio sujeito, onde o mesmo

verifica se o seu comportamento se revela adequado ou não. Esta avaliação qualitativa é variável, no entanto, este critério tende a ter um padrão extremamente alto, fazendo com que o sujeito nunca consiga atingir as suas próprias expectativas (Rehm 1982). No caso dos indivíduos deprimidos, o não cumprimento destas mesmas expectativas é autoatribuído, sendo sempre imputado a uma causa interna (Rehm, 1977; 1982).

Por fim, segundo esta teoria, indivíduos deprimidos tendem a autoadministrar uma baixa quantidade de autorreforços e um excesso de autopunições, realizando autoverbalizações mais negativas do que os não deprimidos (Rehm, 1982).

Figura 3.2.

Teoria do Autocontrolo (Rehm, 1977,1982)



3.1.3. Terapia racional emotiva comportamental de Ellis (1955)

A teoria de Ellis (1955) inclui-se entre os modelos cognitivos baseados no pressuposto de que as emoções e comportamentos das pessoas são influenciados pela forma como cada um interpreta as suas experiências (Cardwell, 2000).

A terapia Racional Emotiva Comportamental (REBT) parte do princípio de que os problemas psicológicos resultam da interpretação irracional que o indivíduo faz de eventos quotidianos por ele vivenciados (Coleman, 2015). Nesse sentido, aquilo que o autor propõe com esta terapia é a minimização do pensamento irracional, dos

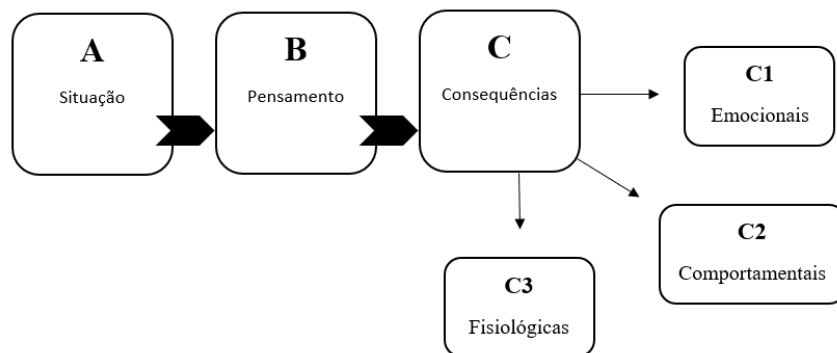
pensamentos inapropriados e do comportamento disfuncional, pois são estes três tópicos que contribuem para o desenvolvimento da perturbação emocional (Ellis, 1987).

A REBT é uma terapia de reestruturação cognitiva que se baseia no modelo ABC, isto é, propõe que determinado evento no mundo externo (A) ativa, na nossa mente, crenças individuais (B), que geram consequências emocionais, comportamentais e fisiológicas (C) (Figura 3.3.) (Ellis & Dryden, 2007). Assim, em cada indivíduo é ativado um conjunto de crenças, que auxiliam na avaliação de um determinado acontecimento e na escolha do comportamento sucessivo, o que explica o porquê de dois indivíduos se comportarem de forma diferente perante a mesma situação (Santos & Range, 2017).

No caso de indivíduos deprimidos existe uma tendência para ver os acontecimentos de forma negativista e derrotista, levando-os a agir de acordo com essa avaliação.

Figura 3.3.

Modelo ABC (Ellis, 1995)



4. Comportamentos suicidários na adolescência

O termo “suicídio” significa “morte de si mesmo”. Em primeira instância, esta definição pode parecer suficiente, todavia, refletindo sobre os fatores envolvidos nos comportamentos suicidários e na forma como se manifestam é possível perceber que se trata de um conceito extremamente amplo (Cassorla, 2017).

Deste modo, é importante sublinhar que o suicídio se apresenta como consequência final de um vasto leque de comportamentos, entendidos como um processo gradual, que põem a vida em risco. Estes são denominados de comportamentos suicidários e podem ser definidos como o desejo ou ato que busca, intencionalmente,

causar dano a si mesmo. Abarcam neste quesito os pensamentos e desejos suicidários (ideação suicida) (e.g., “o mundo seria muito melhor sem mim”; “quero desaparecer deste mundo”), os comportamentos suicidários sem resultado de morte (e.g., automutilação) e o suicídio consumado (Werlang et al., 2005; Psic, 2011).

A acrescentar a estas questões existem também comportamentos que normalmente não são associados ao suicídio, mas que dizem respeito à autodestruição e que, eventualmente, poderão levar à morte (e.g. fumador que continua a fumar sabendo que tem problemas pulmonares consequentes desse mesmo vício) (Cassorla, 2017).

Para melhor compreender este fenómeno é importante refletir sobre o ciclo vital do ser humano. Este é definido como um conjunto de fases pelas quais todos os indivíduos passam, desde o seu nascimento até à sua morte, sendo que, em cada uma delas existem peculiaridades inerentes a cada um. Todos nós trazemos connosco um vasto conjunto de características específicas, potencialidades, dificuldades e demais construtos biopsicossociais que se irão aliar a cada etapa de vida e, conseqüentemente, modificar a visão que cada um tem sobre determinada fase ou acontecimento (Alarcão, 2006)

Como parte integrante deste ciclo da vida humana, a adolescência caracteriza-se por ser um período de baixa morbidade e mortalidade. No entanto, entre as principais causas de morte desta etapa encontra-se o suicídio (Bella et al., 2010), consagrando-se como a terceira principal causa de morte entre jovens americanos (Joe et al., 2007). Também na América latina se verifica uma incidência de comportamentos suicidas nos jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos de idade (Gutiérrez et al., 2009), havendo dados que apontam para o facto de que, 1 em cada 8 jovens realizam pelo menos uma tentativa de suicídio (Psic, 2011).

Em outros estudos (e.g. Pérez-Olmos et al., 2007; Carmona et al., 2010), denotou-se a adolescência como a etapa com maior índice de comportamentos suicidários, estimando-se que entre 2 e 12% da população jovem já tenha apresentado algum tipo de comportamento (Pelkonen & Marttunen, 2003), sendo esta uma fase em que o indivíduo vivencia crises profundas marcadas por grandes transformações físicas, psicológicas e culturais.

No entanto, é possível verificar diferenças na motivação para o comportamento suicida entre adolescentes com faixa etária menor e maior de 15 anos. Segundo estudos de Bella et al. (2007) e Pfreffer & Shaffer (2001), indivíduos com idade inferior a 15 anos

tendem a ter o seu comportamento suicidário relacionado a decisões impulsivas e influência de características familiares, enquanto os maiores de 15 anos tendem a estar ligados à presença de perturbações psicológicas e ao consumo de substâncias psicoativas.

É de ressaltar que a interação destes comportamentos com fatores socioambientais, tais como as relações familiares e demais relações interpessoais, podem aumentar a sua prevalência (Valadas et al., 2021).

É de conhecimento geral que estes ocorrem, na sua maioria, associados a variados quadros psicopatológicos graves. No entanto, estima-se que 60% das vezes aconteça na presença de uma perturbação depressiva major (Hawton, et al., 2012). A relação entre o suicídio e esta perturbação é tão estreita que é considerada por muitos como um sintoma ou uma consequência exclusiva da mesma (Corrêa & Barrero, 2006). No entanto, apesar da inexistência de consenso sobre essa questão, a realidade é que a literatura reconhece a grande influência desta patologia sobre o comportamento suicida.

Segundo um estudo realizado por Girma et al. (2021), com 546 estudantes adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos, 28% dos participantes apresentavam perturbação depressiva major, sendo que 6,4% já teriam efetuado pelo menos uma tentativa de suicídio. No mesmo sentido, Gómez et al. (2002), com base em autópsias psicológicas, defendem que mais de 50% dos adolescentes que se suicidaram detinham diagnóstico desta perturbação.

Para além da presença desta perturbação, é possível identificar outros fatores de risco para o desenvolvimento de comportamentos suicidários nesta faixa etária. como mais comuns podemos identificar: conflitos intrafamiliares/práticas educativas inconsistentes; não satisfação das necessidades básicas; abusos físicos, psicológicos e/ou sexuais; dificuldades na interação social; exposição a eventos stressantes; perda de alguém próximo, principalmente se por suicídio; uso de substâncias psicoativas e, ainda, alterações neuropsicológicas (Larraguibel et al., 2000; Gómez et al., 2002; Botega et al., 2005; Pavez et al., 2009; Silva & Maia, 2010; Psic, 2011).

Nesse sentido, Dávila-Cervantes & Luna-Contreras (2019), com uma amostra de 26503 adolescentes a frequentar escolas do ensino básico e secundário da Cidade do México, encontraram uma prevalência de 6,8% para tentativas de suicídio. Neste estudo os fatores de risco associados foram: ser do sexo feminino, ter menos de 16 anos,

apresentar problemas psicopatológicos, e viver num clima familiar hostil e de pouca comunicação.

Ainda um estudo realizado por Garza-Sánchez et al. (2019) com 185 alunos, com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos de idade, concluiu que os problemas familiares e de relacionamento com as figuras parentais apresentam uma relação significativa com o aumento do risco de suicídio em adolescentes. Também Kingsbury et al. (2020), com uma amostra canadiana de 9490 adolescentes, verificaram que os comportamentos suicidários estão efetivamente associados às atitudes parentais, sendo que uma parentalidade positiva parece estar associada a menores níveis de ideação suicida, enquanto uma parentalidade percebida como hostil parece estar associada a um maior risco de ideação e tentativa de suicídio.

Ainda no que se refere à relação entre atitudes parentais e suicídio, Sharaf et al. (2016), a partir de uma amostra de 150 adolescentes egípcios, concluíram que a superproteção materna, isto é, elevados níveis de controlo, estavam associados a um aumento do risco de suicídio quando comparados com os níveis de superproteção paternos. Por outro lado, a perceção de amor e práticas parentais adequadas, por ambos os cuidadores, estava associada a menor risco de suicídio pelos adolescentes. Verifica-se assim que, de facto, a ausência de suporte familiar pode representar um fator acrescido de risco de suicídio, salientando-se os padrões de vinculação inseguros, os conflitos familiares, os cuidados parentais deficitários, violência familiar, sobreenvolvimento emocional, autoridade parental excessiva ou existência de hostilidade relacional percebida (Kuhlberg et al., 2010).

É ainda essencial focar nos fatores protetores que promovem a saúde mental dos adolescentes e que, consequentemente, auxiliam na diminuição do risco de suicídio. Estes definem-se como sendo características individuais, familiares ou sociais (Direção Geral de Saúde [DGS], 2017).

Entre os fatores de proteção é fulcral destacar: características individuais, como a existência de elevada autoestima, altos níveis de resiliência, sentimentos de bem-estar, flexibilidade emocional e confiança em si próprio; apoio familiar, salientando a existência de vinculação segura, práticas parentais adequadas, responsividade materna, suporte parental, calor afetivo percebido e existência de boa comunicação entre membros da família; e, por último, existência de rede social sólida e boa integração social (Waldvogel

et al., 2008; Bastos, 2009; Caycedo et al., 2010; Werlang et al., 2005; Cardoso & Ceconello, 2019).

4.1. Modelos explicativos

O suicídio é um fenómeno complexo pelo que pode ser explicado por diversos fatores. De acordo com Fisher & Shaffer (1984, cit. in Sampaio 2002), podem-se considerar essencialmente três modelos explicativos do suicídio: o modelo sociológico, em que o suicídio é encarado como um comportamento previsível que se segue a determinada posição do indivíduo na sociedade e na situação vital; o modelo nosológico, que relaciona o término da vida com uma doença individual; e o modelo psicológico, em que o suicídio é visto como consequência de um conflito interno resultante de variáveis individuais e da própria história de vida.

Como se verifica, existem modelos de diversas áreas do conhecimento que procuram explicar o funcionamento da conduta suicida, dos quais serão destacados, seguidamente, modelos psicológicos de relevo.

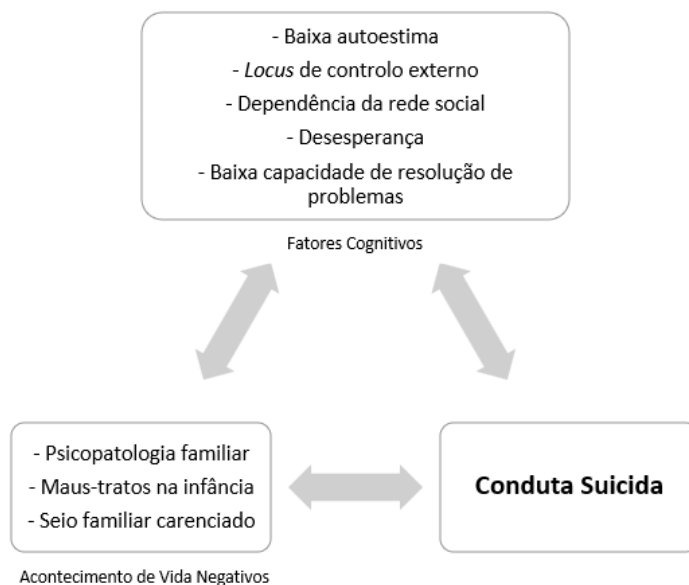
4.1.1. Modelo Etiológico da Conduta Suicida (Yang & Clum, 1996)

O modelo teorizado por Yang & Clum (1996), defende que os acontecimentos de vida negativos (e.g. psicopatologia familiar, maus-tratos na infância, seio familiar carentiado), principalmente os que ocorrem numa fase de desenvolvimento precoce, podem impactar de forma negativa o funcionamento cognitivo dos sujeitos e, consequentemente, impulsionar o aparecimento de comportamentos suicidários (figura 4.1.).

Os défices cognitivos considerados pelos autores são a baixa autoestima, o *locus* de controlo externo, a dependência da rede social, a desesperança e a baixa capacidade de resolução de problemas (Yang & Clum, 1996).

Figura 4.1.

Modelo Etiológico da Conduta Suicida (Brás, 2013)



4.1.2. Modelo Cognitivo da Conduta Suicida (Cruz, 2000, 2003, 2006)

O modelo Cognitivo da Conduta Suicida, teorizado por Cruz (2000, 2003, 2006), descreve a existência de três grupos de fatores que determinam esta conduta: fatores de vulnerabilidade, fatores predisponentes e fatores precipitantes (figura 4.2.).

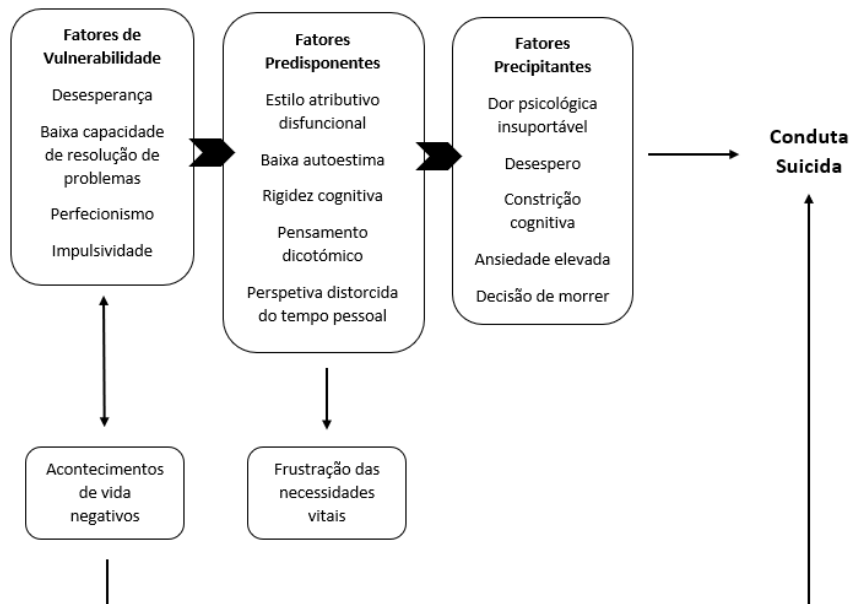
Os fatores de vulnerabilidade constituem a base para o desenvolvimento de uma crise suicida. Destes fazem parte a vivência de acontecimentos traumáticos e de características de personalidade (e.g. desesperança). Devido ao seu carácter estável, ocupam o lugar de moderadores na relação do indivíduo com as suas próprias vivências (Cruz, 2000, 2003, 2006).

Os fatores predisponentes (e.g. estilo atributivo disfuncional, baixa autoestima) funcionam como mediadores da relação entre os acontecimentos de vida e a conduta suicida, na medida em que acentuam o risco de suicídio (Cruz, 2000, 2003, 2006).

Por último, os fatores precipitantes (e.g. dor psicológica insuportável, desespero) dizem respeito aos motivos atuais que vão determinar a forma e o momento em que o indivíduo irá adotar a conduta suicida. São estes fatores que levam o indivíduo a ver o suicídio como única solução viável para o seu sofrimento (Cruz, 2000, 2003, 2006).

Figura 4.2.

Modelo Cognitivo da Conduta Suicida (Cruz, 2000, 2003, 2006)



Em suma, é necessária a combinação dos três fatores supramencionados para que a conduta suicida ocorra. Esta resulta num sofrimento psicológico tão grande que o indivíduo vê no suicídio a única forma de escape.

4.1.3. Modelo diátese-stress (Mann et al., 1999)

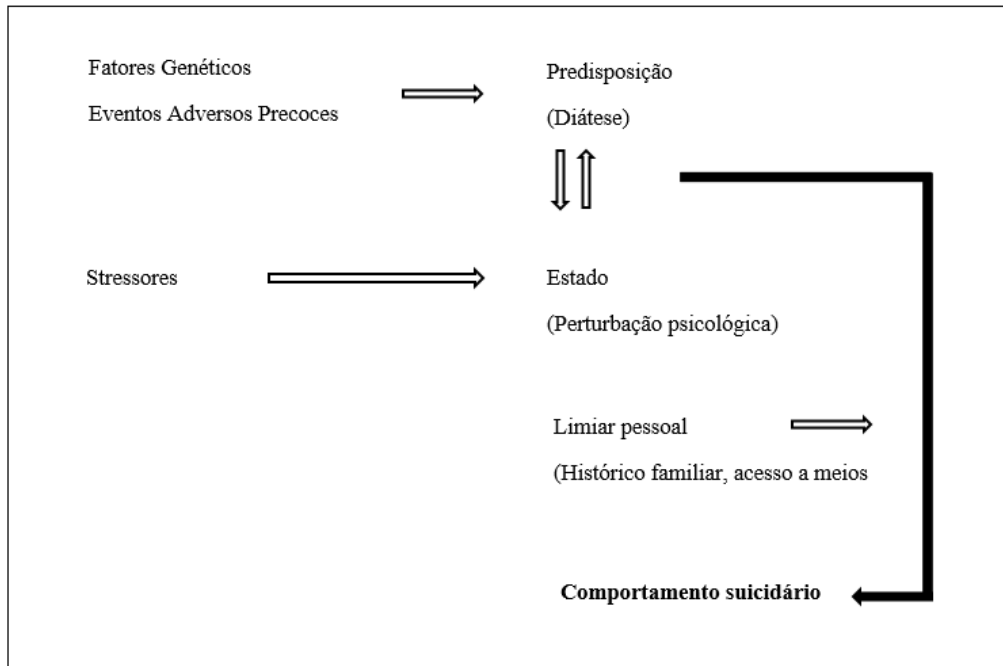
Com o estudo constante acerca desta temática foram sendo encontradas evidências de que o comportamento suicida não era algo que se desenvolvia exclusivamente a partir de acontecimentos negativos, mas que teria de existir interação dos mesmos com determinantes neurobiológicos. Ou seja, estes comportamentos não seriam apenas uma resposta lógica a um stress extremo.

Nesse sentido, Mann et al. (1999) propuseram aplicar o modelo diátese-stress (Figura 4.3.) ao suicídio, tendo-o tornado num dos modelos mais utilizados para explicar este fenómeno. Este descreve que cada indivíduo detém certas vulnerabilidades (“diátese”) (e.g. fatores genéticos, personalidade, episódios traumáticos em fase precoce do desenvolvimento, doenças crónicas, abuso crónico de substâncias) que, quando combinadas com stressores (e.g. perturbações psicológicas, acontecimentos de vida negativos, dificuldades na interação social), resultariam no comportamento suicidário

propriamente dito (Mann et al., 1999; van Heeringen, 2012; van Heeringen and Mann, 2014; Roy et al., 2009).

Figura 4.3.

Modelo diátese-stress (van Heeringen, 2003)



5. Objetivos

O principal objetivo do presente estudo é o de estudar o impacto das atitudes educativas parentais na Perturbação Depressiva Major em adolescentes da população geral. Pretendemos ainda perceber eventuais relações entre a sintomatologia depressiva e os comportamentos suicidários nos participantes em estudo.

5.1. Objetivos específicos

- Identificar as variáveis sociodemográficas (sexo, idade) e características sociofamiliares que possam estar associadas à manifestação de perturbação depressiva major e risco de suicídio.
- Analisar o impacto das atitudes educativas parentais (Dimensões Afeto e Práticas Educativas) na expressão de perturbação depressiva major e de risco de suicídio.
- Determinar as variáveis (sociodemográficas e familiares) capazes de predizer psicopatologia do tipo internalizante (Perturbação Depressiva Major e Suicídio).

6. Metodologia

6.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e correlacional.

6.2. Amostra

Trata-se de uma amostra intencional, recolhida no âmbito de um estudo mais abrangente de Lemos et al. (2021), constituída por 622 adolescentes da população geral, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos de idade ($M = 15,01$; $DP = 2,076$), que se encontravam a frequentar escolas públicas da região do Algarve. Na tabela 6.1. é possível observar que a amostra é constituída por 344 raparigas (55,3%) e por 278 rapazes (44,7%), sendo que 42,77% apresenta-se no grupo etário dos 12 aos 14 anos e 57,23% no grupo dos 15 aos 19 anos.

Tabela 6.1.

Distribuição dos adolescentes de acordo com o sexo e idade

	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Idades						
12-14	118	42,4%	148	43%	266	42,77%
15-19	160	57,6%	196	57%	356	57,23%
Total	278	44,7%	344	55,3%	622	100%

Na tabela 6.2. podemos destacar que, relativamente à estrutura familiar, 454 (73%) dos participantes estavam inseridos numa família intacta, 95 (15,3%) numa família monoparental, 52 (8,4%) numa família de recasamento, 19 (3,1%) encontravam-se ao cuidado de familiares (e.g., tios, avós) e, apenas 2 (,3%) encontravam-se institucionalizados.

No que diz respeito à morte de um dos progenitores, 22 (3,5%) dos participantes perderam o pai e 11 (1,8%) perderam a mãe.

Podemos destacar também que, dos 622 participantes, 470 (75,6%) eram residentes em zonas urbanas e 152 (24,4%) residiam em zonas rurais.

Em relação ao nível socioeconómico da família, 302 (48,6%) pertenciam a um baixo nível, 248 (39,9%) pertenciam a um nível médio e 72 (11,6%) pertenciam a um elevado nível.

Dos participantes, apenas 9 (1,4%) frequentam o 2º ciclo, 363 (58,3%) frequentavam o 3º ciclo e 250 (40,2%) frequentavam o ensino secundário.

Ainda relativo à frequência escolar, 233 (37,5%) da amostra já teria reprovado de ano pelo menos uma vez, enquanto 389 (62,5%) nunca tinha reprovado.

Relativamente ao nível de escolaridade dos pais, foi possível verificar que 7 (1,1%) não tinham estudos, 373 (60%) tinha terminado o 2º ciclo, 118 (19%) tinha concluído o ensino secundário e 87 (14%) detinham habilitações ao nível do ensino superior. No que diz respeito às mães, 10 (1,6%) não tinham de estudos, 347 (55,8%) tinham o 2º ciclo, 162 (26%) concluiu o secundário e 94 (15,1%) tinham um curso superior.

Tabela 6.2.

Caracterização sociodemográfica dos participantes (n = 622)

		Sexo				Total	
		Masculino		Feminino			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Estrutura Familiar	Intacta	206	74,1%	248	72,1%	454	73%
	Monoparental	41	14,7%	54	15,7%	95	15,3%
	Recasamento	18	6,5%	34	9,9%	52	8,4%
	Ao cuidado de família alargada	12	4,3%	7	2%	19	3,1%
	Institucionalizado	1	,4%	1	0,3%	2	,3%
Morte parental	Pai	11	4%	11	3,2%	22	3,5%
	Mãe	7	2,5%	4	1,2%	11	1,8%

Zona de residência	Urbana	206	74,1%	264	76,7%	470	75,6%
	Rural	72	25,9%	80	23,3%	152	24,4%
Nível socioeconómico	Baixo	127	45,7%	175	50,9%	302	48,6%
	Médio	116	41,7%	132	38,4%	248	39,9%
	Elevado	35	12,6%	37	10,8%	72	11,6%
Nível de escolaridade	2º ciclo	3	1,1%	6	1,7%	9	1,4%
	3º ciclo	173	62,2%	190	55,3%	363	58,3%
	Ensino Secundário	102	36,7%	148	43%	250	40,2%
Reprovações escolares	Sim	115	41,4%	118	34,3%	233	37,5%
	Não	163	58,6%	226	65,7%	389	62,5%
Nível de escolaridade dos pais	Pai						
	- Sem estudos	2	,7%	5	1,5%	7	1,1%
	- 2º ciclo	161	57,9%	212	61,6%	373	60%
	- Ensino Secundário	48	17,3%	70	20,3%	118	19%
	- Ensino Superior	45	16,2%	42	12,2%	87	14%
	Mãe						
	- Sem estudos	4	1,4%	6	1,7%	10	1,6%
	- 2º ciclo	145	52,2%	202	58,8%	347	55,8%
	- Ensino Secundário	72	25,9%	90	26,2%	162	26%
- Ensino Superior	50	18%	44	12,8%	94	15,1%	

6.3. Instrumentos

6.3.1. Questionário de dados sociodemográficos e familiares

Este questionário foi elaborado por Lemos (2007) com o principal intuito de recolher informação específica relacionada não só com o adolescente, mas também com a sua família, mais concretamente, a idade, o sexo, o número de reprovações, informações acerca do estado civil dos pais e do agregado familiar (estrutura e tamanho da família). Procurou-se também caracterizar o contexto sociodemográfico, como o nível socioeconómico da família, o nível de escolaridade e profissão dos pais.

6.3.2. Inventário de Percepções Adolescentes (IPA)

Este inventário foi originalmente construído por Streit (1978), com o propósito de medir a percepção das atitudes e comportamentos educativos parentais. No presente estudo será utilizada uma versão, validada para a população portuguesa, de Fleming (1997), que consiste num questionário composto por 63 itens e procura compreender a percepção que o adolescente tem da qualidade e da intensidade da relação que este tem com os pais. Efetua-se com base em duas dimensões principais: a dimensão do Afeto (Amor versus Hostilidade) que remete para a qualidade afetiva da relação com os pais, tendo subjacente um contínuo que vai desde a aceitação/proteção/calor afetivo até à frieza emocional e rejeição; e a dimensão das Práticas Educativas (Autonomia versus Controlo) que tem subjacentes os conceitos de autoritarismo e punição. Os índices de alfa obtidos no presente estudo foram: Percepção de amor $\alpha = ,95$; Percepção de hostilidade $\alpha = ,89$; Percepção de controlo $\alpha = ,70$; Percepção de autonomia = ,61.

6.3.3. Escala de psicopatologia do adolescente (APS-SF)

A Adolescent Psychopathology Scale - Short Form (APS-SF) de Reynolds (2000) foi validada para a população portuguesa por Lemos et al. (2011). Esta escala é uma medida multidimensional de psicopatologia desenhada para adolescentes com idades entre os 12 e os 19 anos. Trata-se de uma versão abreviada da Adolescent Psychopathology Scale – APS de Reynolds (2000), integrando 115 itens ao invés dos 346 da escala original. A APS-SF inclui 12 escalas clínicas e 2 escalas de validade. Estas 12 escalas dividem-se em dois, sendo que 6 escalas se baseiam na sintomatologia dos DSM-IV e representam uma amostragem de sintomas de diferentes perturbações. As restantes 6 escalas avaliam áreas relacionadas com problemas psicossociais e competências do adolescente. Atendendo aos objetivos do presente estudo serão utilizadas as seguintes escalas:

- **Escala Depressão Major (DEP):** inclui 14 itens que avaliam sintomas primários e secundários da Perturbação Depressiva Major que integram componentes emocionais de disforia; aspetos cognitivos como a ideação suicida, baixo autoconceito e sentimentos de culpa; sintomas vegetativos como insónias, fadiga e perda de energia; e queixas somáticas. No presente estudo obtivemos um $\alpha = ,89$.

- **Escala Suicídio (SUI):** inclui 6 itens que avaliam comportamentos suicidários que fazem parte de um contínuo que vai da ideação ligeira de desejar não ter nascido, até pensamento suicidas graves, como ter um plano traçado, ou mesmo ter já existido uma tentativa. No presente estudo obtivemos um $\alpha = ,86$.

6.4. Procedimento

6.4.1. Recolha de dados

Os dados foram recolhidos previamente, num estudo mais abrangente onde participaram, por conveniência, 7 escolas do sul de Portugal. Numa primeira fase, as direções escolares foram contactadas, tendo concordado participar. Seguidamente foi solicitado o consentimento dos pais, por meio de cartas enviadas para casa através dos filhos, tendo sido esclarecido que a participação era voluntária. Por fim, a aplicação dos instrumentos foi realizada presencialmente sob supervisão da investigadora.

6.4.2. Análise e tratamento de dados

Os dados analisados através do programa de análise *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS – versão 26)*. Iremos recorrer a estatística inferencial, com recurso a testes paramétricos (*t* de Student), calculando ainda a magnitude efeito. As relações de associação serão estabelecidas através de uma análise correlacional (coeficiente de correlação de *Pearson*). Por fim, utilizaremos uma análise de regressão hierárquica múltipla com o objetivo de determinar quais as variáveis sociodemográficas e familiares (atitudes parentais) que predizem psicopatologia do tipo internalizantes (Perturbação Depressiva Major e Suicídio) e o poder explicativo das mesmas.

Para cada uma das análises referidas, consideramos que os resultados são significativos quando o valor de *p* for inferior a ,05.

7. Resultados

7.1. Resultados do inventário de Perceções Adolescentes (IPA)

7.1.1. Distribuição dos sujeitos em função dos Níveis de Intensidade da Perceção das Atitudes Parentais nos adolescentes

Com base nos resultados obtidos em cada uma das escalas deste instrumento foi tida em conta uma medida de Intensidade de Perceção das Atitudes Parentais com três níveis.

Como é possível verificar na tabela seguinte os valores percentuais obtidos na dimensão Afeto mostram que 49,2% dos participantes deste estudo percecionam elevados níveis de amor, 42,2% percecionam níveis moderados e 8,6% percecionam níveis baixos. No outro extremo, na perceção de hostilidade, indo de encontro aos resultados anteriores, 4,1% dos adolescentes parecem ter uma perceção elevada, 13,4% uma perceção moderada e 82,5% uma baixa perceção.

No que concerne à dimensão das Práticas Educativas, verificamos que na perceção de controlo, 20,8% dos adolescentes relataram sentir baixos níveis, 63,5% níveis moderados e 15,6% níveis baixos. Na perceção de autonomia, 34,2% situa-se no nível elevado, 51,4% no nível moderado e 14,4% no nível baixo.

Tabela 7.1.

Distribuição percentual dos sujeitos em função dos Níveis de Intensidade da Perceção das Atitudes Parentais

	Intensidade da Perceção das Atitudes Parentais					
	Baixa^a		Moderada^b		Elevada^c	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Perceção de amor	53	8,6	261	42,2	304	49,2
Perceção de hostilidade	468	82,5	76	13,4	23	4,1
Perceção de controlo	97	15,6	394	63,5	129	20,8
Perceção de autonomia	89	14,4	317	51,4	211	34,2

^a baixa: valores pontuados entre 1 e 70; ^b moderada: valores pontuados entre 71 e 140; ^c alta: valores pontuados entre 141 e 200.

7.1.2. Diferenças entre grupos em função das variáveis individuais

A tabela seguinte refere-se à perceção das Atitudes Parentais, mostrando as diferenças entre os adolescentes do sexo feminino e do sexo masculino. Verifica-se que, nas quatro escalas, o grupo masculino apresenta médias superiores ao grupo feminino.

Tabela 7.2.

Médias, desvios-padrão das escalas IPA, teste t de Student e magnitude de efeito em função do sexo

	Masculino		Feminino		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>(n = 278)</i>		<i>(n = 344)</i>				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			

Percepção de amor	136,38	46,67	130,05	44,56	1,72	,085	,13
Percepção de hostilidade	49,68	47,03	38,55	31,50	3,38	,000**	,28
Percepção de controlo	118,17	40,14	109,11	37,48	2,91	,004**	,23
Percepção de autonomia	122,27	45,80	122	45,08	,07	,941	,00

* $p < ,05$. ** $p < ,01$

Os adolescentes do grupo masculino revelam ter maior percepção de hostilidade ($M = 49,68$, $DP = 47,03$) quando comparados com as adolescentes do sexo feminino ($M = 38,55$, $DP = 31,50$), apresentando uma diferença muito significativa $t = 3,38$, $p < ,01$, com uma magnitude de efeito pequena ($d = ,28$).

Verificaram-se, também, diferenças muito significativas na percepção de controlo, sendo que os adolescentes do sexo masculino parecem ter uma maior percepção de controlo ($M = 118,17$, $DP = 40,14$) do que as adolescentes do sexo feminino ($M = 109,11$, $DP = 37,48$), com uma diferença muito significativa $t = 2,91$, $p < ,01$, apresentando uma pequena magnitude de efeito ($d = ,23$).

Seguidamente analisar-se-á a existência de diferenças significativas entre grupos etários.

Tabela 7.3.

Médias, desvios-padrão das escalas IPA, teste t de Student e magnitude de efeito em função da idade

	12-14		15-19		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>(n = 266)</i>		<i>(n = 356)</i>				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Percepção de amor	140,73	44,70	127,01	45,42	3,75	,000**	,30
Percepção de hostilidade	43,52	43,85	43,52	36,10	-,00	0,998	,00
Percepção de controlo	112,88	39,34	113,37	38,65	-,15	,877	,01
Percepção de autonomia	117,07	47,65	125,89	43,27	-2,41	,016*	,19

* $p < ,05$. ** $p < ,01$

No que diz respeito à percepção de amor, os adolescentes mais novos revelam valores mais elevados ($M = 140,73$, $DP = 44,70$) do que os adolescentes mais velhos ($M = 127,01$, $DP = 45,42$), com uma diferença muito significativa $t = 3,75$, $p < ,01$, apresentando uma magnitude de efeito pequena ($d = ,30$).

Também se verificaram diferenças significativas na percepção de autonomia, sendo que, os adolescentes mais velhos tendem a ter maior percepção de autonomia ($M = 125,89$, $DP = 43,27$), quando comparados com os adolescentes mais novos ($M = 117,07$, $DP = 47,65$), com uma diferença significativa $t = -2,41$, $p < ,05$, com uma magnitude de efeito pequena ($d = ,19$).

7.1.3. Diferenças entre grupos em função dos dados sociodemográficos

Considerou-se pertinente a análise das Percepções Adolescentes em função da estrutura familiar. Deste modo, na tabela 7.4. é possível ver as diferenças entre os adolescentes com uma estrutura familiar intacta e os adolescentes com uma estrutura familiar monoparental, de recasamento, ao cuidado de família alargada ou institucionalizados.

Tabela 7.4

Médias, desvios-padrão das escalas IPA, teste t de Student e magnitude de efeito em função da estrutura familiar

	Intacta ($n = 454$)		Monoparental/ Recasamento/outra ($n = 168$)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Percepção de amor	142,01	41,45	108,19	47,20	8,69	,000**	,79
Percepção de hostilidade	45,12	41,97	39,21	31,89	1,88	,062	,15
Percepção de controlo	121,57	35,92	90,42	37,67	9,48	,000**	,86
Percepção de autonomia	129,53	42,57	102,08	46,74	6,95	,000**	,63

* $p < ,05$. ** $p < ,01$

Verifica-se que, em todos os domínios, os adolescentes com uma estrutura familiar intacta apresentam valores mais altos do que os restantes. Sendo que, em três deles, essas diferenças são muito significativas.

Os adolescentes provenientes de famílias monoparentais/recasamento/outra parecem ter uma percepção de amor mais baixa ($M = 108,19$, $DP = 47,20$) do que os que pertencem a uma família intacta ($M = 142,01$, $DP = 41,45$), sendo $t = 8,69$, $p < ,01$, revelando uma magnitude de efeito média ($d = ,79$).

Na percepção de controlo, os adolescentes com uma estrutura familiar intacta ($M = 121,57$, $DP = 35,92$) apresentaram valores significativamente mais altos $t = 9,48$, $p < ,01$,

do que o grupo com outras estruturas familiares ($M = 90,42$, $DP = 37,67$), com uma magnitude de efeito grande ($d = ,86$).

Por fim, os adolescentes do primeiro grupo parecem ter uma percepção de autonomia mais elevada ($M = 129,53$, $DP = 42,57$) em relação ao segundo grupo ($M = 102,08$, $DP = 46,74$), sendo $t = 6,95$, $p < ,01$, com uma magnitude de efeito moderada ($d = ,63$).

Na tabela seguinte, serão analisadas as diferenças em função do nível socioeconómico familiar dos adolescentes.

Tabela 7.5.

Médias, desvios-padrão das escalas IPA, teste t de Student e magnitude de efeito em função do nível socioeconómico

	Médio/Alto		Baixo		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>(n = 320)</i>		<i>(n = 302)</i>				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Percepção de amor	139,79	41,50	125,55	48,55	3,92	,000**	,32
Percepção de hostilidade	37,52	33,48	49,88	44,30	-3,91	,000**	-,32
Percepção de controlo	117,09	36,27	108,99	41,19	2,61	,009**	,21
Percepção de autonomia	122,18	43,41	122,05	47,43	,03	,973	,00

* $p < ,05$. ** $p < ,01$

Os adolescentes com um nível socioeconómico médio/alto apresentam uma percepção de amor mais elevada ($M = 139,79$, $DP = 41,50$) do que os adolescentes com um nível socioeconómico mais baixo ($M = 125,55$, $DP = 48,55$), sendo $t = 3,92$, $p < ,01$, com uma magnitude de efeito pequena ($d = ,32$).

Verifica-se que, no domínio percepção de hostilidade, os adolescentes do primeiro grupo apresentam níveis de hostilidade mais baixos ($M = 37,52$, $DP = 33,48$) do que os do segundo grupo ($M = 49,88$, $DP = 44,30$), apresentando valores diferenças muito significativas $t = -3,91$, $p < ,01$, com uma magnitude de efeito pequena ($d = -,32$).

Também na percepção de controlo se verificam diferenças muito significativas $t = 2,61$, $p < ,01$, sendo que os adolescentes com nível socioeconómico médio/alto apresentam valores mais altos ($M = 117,09$, $DP = 36,27$) quando comparados com os adolescentes com nível socioeconómico mais baixo ($M = 108,99$, $DP = 41,19$), com uma magnitude de efeito pequena ($d = ,21$).

Relativamente ao possível efeito das separações significativas na infância na percepção das Atitudes Educativas Parentais, constata-se que existem algumas diferenças muito significativas (Tabela 7.6.).

Tabela 7.6.

Médias, desvios-padrão das escalas IPA, teste t de Student e magnitude de efeito em função das separações significativas na infância

	Não (n = 471)		Sim ^a (n = 151)		t	p	d
	M	DP	M	DP			
Perceção de amor	141,89	41,20	104,76	47,28	9,29	,000**	,87
Perceção de hostilidade	44,33	41,85	40,99	31,39	1,04	,298	,08
Perceção de controlo	120,63	36,86	89,84	35,92	8,99	,000**	,84
Perceção de autonomia	128,75	42,84	101,41	46,91	6,67	,000**	,62

^a consideradas as separações atribuídas a emigração dos pais, condições económicas familiares, divórcio, morte ou doença de uma das figuras parentais ou conflitos familiares. * $p < ,05$. ** $p < ,01$

No que diz respeito à dimensão percepção de amor, os adolescentes que não foram separados apresentam valores mais elevados ($M = 141,89$, $DP = 41,20$) do que os adolescentes que foram separados ($M = 104,76$, $DP = 47,28$), com uma diferença $t = 9,29$, $p < ,01$ e uma magnitude de efeito grande ($d = ,87$).

No grupo sem separação, os adolescentes demonstraram maiores níveis de percepção de controlo ($M = 120,63$, $DP = 36,86$) em comparação com o grupo com separação ($M = 89,84$, $DP = 35,92$), com uma diferença muito significativa $t = 8,99$, $p < ,01$ e com grande magnitude de efeito ($d = ,84$).

Ao nível da percepção de autonomia também se verificaram diferenças muito significativas, sendo que o primeiro grupo apresentou valores mais elevados ($M = 128,75$, $DP = 42,84$) do que o segundo grupo ($M = 101,41$, $DP = 46,91$), sendo $t = 6,67$, $p < ,01$, revelando uma magnitude de efeito moderada ($d = ,62$).

7.2. Resultados na Escala de Psicopatologia do Adolescente (APS-SF)

7.2.1. Diferenças entre grupos em função das variáveis individuais

A tabela 7.7. representa a diferença entre sexos relativamente à presença de perturbação depressiva major ou comportamentos suicidários.

Tabela 7.7.

Médias, desvios-padrão das escalas APS-SF, teste t de Student e magnitude de efeito em função do sexo

	Feminino		Masculino		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	(n = 344)		(n = 278)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Perturbação depressiva	52,15	10,18	47,68	8,99	5,73	,000**	,46
Comportamentos suicidários	49,99	10,43	49,13	9,28	1,07	,283	,08

p* < ,05. *p* < ,01

Verificou-se a existência de diferenças muito significativas na perturbação depressiva $t = 5,730$, $p < ,01$, sendo que as adolescentes do sexo feminino apresentam valores mais elevados ($M = 52,15$, $DP = 10,18$) do que os adolescentes do sexo masculino ($M = 47,68$, $DP = 8,99$), com uma magnitude de efeito pequena ($d = ,46$).

Na tabela seguinte procurou-se verificar a existência de diferenças entre faixas etárias.

Tabela 7.8.

Médias, desvios-padrão das escalas APS-SF, teste t de Student e magnitude de efeito em função da idade

	12-14		15-19		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	(n = 266)		(n = 356)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Perturbação depressiva	48,53	9,67	51,36	9,93	3,55	,000**	,28
Comportamentos suicidários	49,85	10,33	49,42	9,64	,50	,596	,04

p* < ,05. *p* < ,01

Os adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos apresentam valores médios mais altos de perturbação depressiva ($M = 51,36$, $DP = 9,92$) quando comparados com os adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos de idade ($M = 48,53$, $DP = 9,67$), sendo $t = 3,55$, $p < ,01$, com uma magnitude de efeito pequena ($d = ,28$).

7.2.2. Diferenças entre grupos em função dos dados sociodemográficos

Seguidamente (tabela 7.9.), foi possível verificar a presença de diferenças significativas na escala da perturbação depressiva, $t = 2,08$, $p < ,05$, com uma magnitude de efeito insignificante ($d = ,19$). Os adolescentes que se inserem em famílias monoparentais/de recasamento/outra apresentam valores médios mais altos para a perturbação depressiva ($M = 51,51$, $DP = 9,99$) dos que os adolescentes provenientes de uma família intacta ($M = 49,65$, $DP = 9,85$).

Tabela 7.9.

Médias, desvios-padrão das escalas APS-SF, teste t de Student e magnitude de efeito em função da estrutura familiar

	Intacta ($n = 454$)		Monoparental/ Recasamento/outra ($n = 168$)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Perturbação depressiva	49,65	9,85	51,51	9,99	2,08	,028*	,19
Comportamentos suicidários	49,14	9,36	50,88	11,27	1,78	,076	,18

* $p < ,05$. ** $p < ,01$

No que diz respeito ao nível socioeconómico (tabela 7.10), verificam-se diferenças ao nível dos comportamentos suicidários, sendo que, os adolescentes que detêm um nível socioeconómico médio/alto apresentam valores inferiores ($M = 48,68$, $DP = 9,28$) quando comparados com os adolescentes de nível socioeconómico mais baixo ($M = 50,59$, $DP = 10,51$), sendo $t = 2,40$, $p < ,05$, com uma magnitude de efeito insignificante ($d = ,19$).

Tabela 7.10.

Médias, desvios-padrão das escalas APS-SF, teste t de Student e magnitude de efeito em função do nível socioeconómico

	Médio/Alto ($n = 320$)		Baixo ($n = 302$)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Perturbação depressiva	49,61	9,63	50,72	10,19	1,40	,161	,11
Comportamentos suicidários	48,68	9,28	50,59	10,51	2,40	,017*	,19

* $p < ,05$. ** $p < ,01$

Na tabela 7.11., os adolescentes que sofreram separações significativas na infância apresentam valores médios significativamente mais altos em ambas as escalas.

No que diz respeito à perturbação depressiva, os que sofreram separação apresentam valores mais elevados ($M = 52,23$, $DP = 10,88$) do que os que não sofreram separação ($M = 49,48$, $DP = 9,50$), sendo $t = 2,79$, $p < ,01$, com uma magnitude de efeito pequena ($d = ,27$).

O mesmo acontece na escala dos comportamentos suicidários, onde os adolescentes que não sofreram separação apresentam valores significativamente mais baixos ($M = 48,94$, $DP = 8,94$) quando comparados com os que foram separados ($M = 51,70$, $DP = 12,35$), com uma diferença $t = 2,55$, $p < ,01$ e uma magnitude de efeito pequena ($d = ,28$).

Tabela 7.11.

Médias, desvios-padrão das escalas APS-SF, teste t de Student e magnitude de efeito em função das separações significativas na infância

	Não		Sim ^a		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	(<i>n</i> = 471)		(<i>n</i> = 151)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Perturbação depressiva	49,48	9,50	52,23	10,88	2,79	,006**	,27
Comportamentos suicidários	48,94	8,94	51,70	12,35	2,55	,012**	,28

^a consideradas as separações atribuídas a emigração dos pais, divórcio, morte ou doença de uma das figuras parentais ou conflitos familiares. * $p < ,05$. ** $p < ,01$

7.3. Relações entre as atitudes parentais e a perturbação depressiva major e os comportamentos suicidários

Com o intuito de compreender se, de facto, existe relação entre as atitudes parentais e a presença de perturbação depressiva ou comportamentos suicidários, foram realizadas análises correlativas para a amostra total. Deste modo, seguidamente, serão analisados os respetivos coeficientes de Pearson.

Tabela 7.12.

Correlação entre a percepção das atitudes parentais, a perturbação depressiva major e os comportamentos suicidários

	Percepção de amor	Percepção de hostilidade	Percepção de controlo	Percepção de autonomia	Perturbação depressiva major	Comportamentos suicidários
Percepção de amor	1					
Percepção de hostilidade	-,096*	1				
Percepção de controlo	,404**	,355**	1			
Percepção de autonomia	,422**	,143**	,214**	1		
Perturbação depressiva major	-,346**	,107**	-,004	-,074	1	
Comportamentos suicidários	-,302**	,241**	,056	-,083*	,581**	1

* $p < ,05$. ** $p < ,01$

Os resultados obtidos revelam a existência de relações significativas entre a percepção de amor e todas as outras escalas e subescalas. Sendo que, é com a percepção de autonomia que mostra resultados mais expressivos ($r = ,422, p < ,01$), ou seja, concluímos que quanto mais amor é percebido por parte dos adolescentes, maior é a percepção de autonomia. O mesmo se verifica nas correlações entre a percepção de amor e a percepção de controlo ($r = ,404, p < ,01$). Relativamente à perturbação depressiva major ($r = -,346, p < ,01$), aos comportamentos suicidários ($r = -,302, p < ,01$) e à percepção de hostilidade ($r = -,096, p < ,05$), as correlações existentes são negativas, mostrando que quanto maior a percepção de amor menor a perturbação depressiva e menores os comportamentos suicidários.

A percepção de hostilidade também se correlaciona de forma muito significativa e positiva com a percepção de controlo ($r = ,355, p < ,01$), com a percepção de autonomia ($r = ,143, p < ,01$), com a perturbação depressiva major ($r = ,107, p < ,01$) e com os comportamentos suicidários ($r = ,241, p < ,01$).

A perceção de controlo relaciona-se positivamente com a perceção de autonomia ($r = ,214, p < ,01$). E, por sua vez, a perceção de autonomia correlaciona-se negativamente com os comportamentos suicidários ($r = -,581, p < ,05$).

Por fim, verificou-se que a perturbação depressiva major se correlaciona de forma muito significativa com os comportamentos suicidários ($r = ,581, p < ,01$).

7.4. Regressão hierárquica múltipla

Com o objetivo de avaliar a capacidade preditora de algumas variáveis sobre o desenvolvimento de perturbação depressiva major ou comportamentos suicidários, considerou-se pertinente a realização de regressões hierárquicas múltiplas através do método *Enter*.

Em ambos os casos foram considerados dois blocos de possíveis preditores: sexo, idade, perceção de amor e perceção de hostilidade.

A primeira equação de regressão (tabela 7.13.) visa avaliar quais as dimensões predictoras da perturbação depressiva major. O primeiro modelo mostra que tanto o sexo ($\beta = -,23, p < ,01$) como a idade ($\beta = ,14, p < ,01$) são responsáveis por 7% da variabilidade da perturbação depressiva major. Ao acrescentar as variáveis perceção de amor ($\beta = -,31, p < ,01$) e perceção de hostilidade ($\beta = ,11, p < ,01$), no segundo modelo, denota-se que o valor preditivo aumenta para 18%.

Tabela 7.13.

Regressão hierárquica múltipla para verificação de variáveis predictoras de perturbação depressiva major

		<i>B</i>	<i>EP</i>	β	<i>R</i> ²	<i>p</i>
Modelo 1	<i>(Constant)</i>	50,53	,68		,07	,000**
	Sexo	-4,48	,77	-,23		,000**
	Idade	2,85	,78	,14		,000**
Modelo 2	<i>(Constant)</i>	58,67	1,37		,18	,000**
	Sexo	-4,36	,74	-,22		,000**
	Idade	1,94	,74	,10		,009**
	Perceção de amor	-,07	,01	-,31		,000**
	Perceção de hostilidade	,03	,01	,11		,004**

* $p < ,05$. ** $p < ,01$

A segunda regressão procura verificar se as mesmas variáveis são preditoras de comportamentos suicidários (tabela 7.14.). No primeiro bloco (modelo 1), verifica-se que nem a variável sexo ($\beta = -,05, p = ,285$), nem a variável idade ($\beta = -,02, p = ,600$) detêm qualquer poder explicativo sobre a variável dependente. No entanto, ao acrescentar as variáveis percepção de amor ($\beta = -,29, p < ,01$) e percepção de hostilidade ($\beta = ,22, p < ,01$), o valor preditivo aumenta, demonstrando que as mesmas explicam 14% da variância dos comportamentos suicidários.

Tabela 7.14.

Regressão hierárquica múltipla para verificação de variáveis preditoras de comportamentos suicidários

		<i>B</i>	<i>EP</i>	β	<i>R</i> ²	<i>p</i>
Modelo 1	<i>(Constant)</i>	50,24	,71		,00	,490
	Sexo	-,86	,80	-,04		,285
	Idade	-,42	,80	-,02		,600
Modelo 2	<i>(Constant)</i>	56,69	1,40		,14	,000**
	Sexo	-1,08	,75	-,05		,154
	Idade	-1,28	,76	-,06		,092
	Percepção de amor	-,06	,01	-,29		,000**
	Percepção de hostilidade	,06	,01	,22		,000**

* $p < ,05$. ** $p < ,01$

8. Discussão

Neste capítulo serão discutidos os principais resultados dando resposta aos objetivos específicos definidos.

Com base nos resultados obtidos, observámos que a caracterização sociodemográfica da amostra deste estudo está alinhada com o descrito ao longo desta dissertação. Encontrou-se uma maior prevalência de perturbação depressiva major em adolescentes com idades entre 15 e 19 anos, o que é consistente com o estudo de Clayborn (2018), mencionado no enquadramento teórico. Flores et al. (2023), num estudo com 10743 adolescentes norte-americanos, também mostraram uma alta prevalência desta perturbação em adolescentes com idades entre 12 e 17 anos. Além disso, Ballard et al. (2024) reportaram não apenas uma maior prevalência nessa faixa etária, mas também

destacaram taxas mais elevadas e episódios mais severos de depressão entre adolescentes do sexo feminino, algo também verificado no presente estudo.

De acordo com os resultados, a estrutura familiar também influencia o bem-estar dos adolescentes, uma vez que a adaptação a novos membros familiares ou a falta de coesão familiar podem representar desafios adicionais o que resulta, muitas vezes, num maior risco de depressão comparando com adolescente inseridos em famílias intactas (Hoskins, 2014). Algo que vem ser corroborado por estudos de Daryanani et al. (2016), que encontraram uma associação significativa entre a criação por mães solteiras e o aumento de psicopatologias internalizantes em adolescentes e por Goodrum et al. (2012), que destacam que a ausência de suporte social e o aumento de stresse em famílias monoparentais são fatores que contribuem para o desenvolvimento de sintomas depressivos em adolescentes.

Estas descobertas sublinham ainda mais a importância de considerar a estrutura, coesão e atitudes parentais ao abordar e intervir na saúde mental dos adolescentes, procurando dar suporte adequado aos inseridos em famílias monoparentais ou de recasamento de forma a mitigar os riscos associados.

Observámos também que, sofrer separações, como divórcio, morte, doença dos pais ou conflitos familiares, pode ter um impacto profundo no desenvolvimento de ideação suicida e depressão em adolescentes (Costa et al., 2014; Obeid et al., 2021). Estudos mostram que o divórcio parental está associado a um aumento significativo de problemas de saúde mental, incluindo ideação suicida, que podem persistir até a idade adulta (Tulios et al., 2022). Além disso, adolescentes que experimentam a morte de um dos pais, principalmente morte por suicídio, apresentam um risco aumentado de comportamentos suicidários e perturbação depressiva na adolescência. Esses fatores reforçam a necessidade de suporte psicológico adequado durante estes períodos críticos (Hua et al., 2019; Calderaro et al., 2022).

É ainda de sublinhar que, concordantemente com o presente estudo, pesquisas têm consistentemente mostrado que adolescentes de famílias com baixo nível socioeconómico apresentam maior risco de ideação suicida devido a uma combinação de fatores económicos, sociais e psicológicos. Por exemplo, um estudo de Reiss (2013) identificou que adolescentes de famílias com baixo nível socioeconómico apresentam taxas significativamente mais altas de ideação suicida em comparação com os seus pares de

famílias com maior nível socioeconómico, destacando fatores como desemprego dos pais e a insegurança habitacional como contribuintes importantes. Adicionalmente, Evans & Kim (2007) demonstraram que a pobreza durante a adolescência está associada a um aumento da prevalência de perturbações psicológicas, incluindo comportamentos suicidários.

Os resultados permitem também concluir que as atitudes parentais e, principalmente, a forma como são percebidas podem ser fortes potenciadores ou inibidores no desenvolvimento de perturbação.

A perceção de amor e suporte por parte dos pais ou cuidadores tem sido associada a uma diminuição dos sintomas depressivos e de comportamentos suicidários. A qualidade do relacionamento, caracterizada pelo afeto e aceitação é crucial na construção de resiliência, podendo contribuir significativamente para a diminuição do efeito de outros fatores de risco.

Em contrapartida a perceção de hostilidade tem sido fortemente correlacionada com o aumento da incidência de perturbação depressiva major e comportamentos suicidários, sendo que o ambiente hostil proporcionado pelos principais cuidadores contribui para sentimentos de baixa autoestima e desesperança, fatores chave no desenvolvimento de perturbações internalizantes (Hansen & Jordan, 2017; Low, 2021).

Um estudo recente de Schofield et al. (2021) avaliou a relação entre as atitudes parentais e a perturbação depressiva em adolescentes e jovens adultos através de uma amostra de mais de 1000 adolescentes, concluindo que a rejeição parental e o abuso emocional estavam fortemente correlacionados com o aumento de sintomas depressivos em jovens até aos 25 anos.

Por outro lado, um estudo conduzido por Yap et al. (2022) analisou os fatores protetores, concluindo que pais que encorajam a autonomia, estabelecem limites claros e demonstram afeto têm filhos com menor risco de desenvolver perturbação depressiva ao longo do tempo. Este estudo longitudinal seguiu jovens dos 13 aos 18 anos e destacou o papel essencial da comunicação aberta e de atitudes parentais com base no apoio e no afeto.

Mais direcionado aos comportamentos suicidários, de acordo com uma revisão da literatura de Turecki et al. (2019), fatores como abuso emocional, negligência e uma

atmosfera familiar hostil são os principais preditores de ideação e tentativas de suicídio na adolescência. Esta revisão sistemática, que incluiu mais de 90 estudos internacionais, sublinhou que a falta de coesão familiar e de apoio parental afeta negativamente a capacidade dos jovens de lidar com o stress e as adversidades, aumentando o risco de suicídio.

Neste seguimento, Brausch & Woods (2019) mostraram que a rejeição parental e o controlo psicológico estão intimamente associados ao aumento de comportamentos suicidários em adolescentes. Este estudo identificou que jovens que se sentem rejeitados pelos pais apresentam uma maior probabilidade de desenvolver pensamentos suicidários, sugerindo que a perceção de falta de apoio familiar pode ser um catalisador para comportamentos de automutilação e tentativas de suicídio.

Assim sendo, a correlação entre comportamentos suicidários, perturbação depressiva na adolescência e atitudes parentais é clara: um ambiente familiar que promove o amor e bons níveis de autonomia enquanto minimiza a hostilidade é essencial para proteger os adolescentes de perturbações psicológicas.

Por fim, verificou-se que as variáveis idade e sexo per se, não têm capacidade preditiva no desenvolvimento da perturbação depressiva major ou dos comportamentos suicidários. No entanto, quando associados à perceção de amor e perceção de hostilidade passam a ter capacidade preditiva, ainda que os resultados não tenham sido muito expressivos. Ou seja, concluímos que são necessários um conjunto de fatores para que uma perturbação se desenvolva, uma variável individual isolada nunca terá qualquer capacidade preditiva sendo necessário, no caso, uma variável externa exercendo uma influência mediadora, amplificando ou atenuando os efeitos da mesma (Kingsbury et al., 2020).

9. Conclusão

Neste estudo pretendeu-se analisar as relações entre as atitudes parentais educativas, o desenvolvimento de uma perturbação depressiva major e sucessivo comportamento suicidário em ambos os sexos. Com base nos resultados obtidos, verificou-se que as atitudes parentais desempenham um papel fundamental no desenvolvimento emocional e psicológico dos jovens. Especificamente, adolescentes que percecionam altos níveis de afeto e suporte por parte dos seus cuidadores tendem a apresentar menor risco de

desenvolver sintomas depressivos e comportamentos suicidários, enquanto aqueles que percebem altos níveis de hostilidade demonstram maior vulnerabilidade para tais perturbações.

Apesar dos resultados obtidos estarem, de forma geral, de acordo com o esperado, é possível apontar algumas limitações. Em primeiro lugar, a natureza transversal da investigação impede a avaliação de causalidade entre variáveis, sendo possível apenas identificar associações. Em segundo lugar, o facto dos instrumentos utilizados possuírem um carácter de autorresposta podendo limitar as mesmas, uma vez que podem ser induzidas por deseabilidade social, criando viés de interpretação. Por fim, o facto da recolha de dados se cingir a apenas uma zona geográfica do país, não permitindo que os resultados obtidos possam ser generalizados para a restante população nacional, o que poderá também explicar o facto dos resultados serem pouco expressivos.

Neste sentido, como propostas de investigação futuras, seria interessante a realização de estudos longitudinais, que permitissem uma compreensão mais aprofundada dos efeitos das atitudes parentais no desenvolvimento emocional dos adolescentes. Por fim, a integração de abordagens qualitativas, como entrevistas individuais e/ou grupos focais, poderiam fornecer uma perspectiva mais aprofundada e individualizada sobre a percepção dos jovens acerca das suas relações familiares e o impacto dessas interações na sua saúde mental.

Em suma, os resultados deste estudo realçam a necessidade de intervenções dirigidas às famílias, com o intuito de promover estilos parentais positivos e reduzir os comportamentos disfuncionais que podem conduzir a perturbações graves. Políticas públicas focadas na capacitação parental, na promoção de ambientes familiares saudáveis e no apoio emocional a adolescentes em risco são cruciais para prevenir e mitigar os efeitos da depressão e dos comportamentos suicidários na adolescência.

Referências

- Abreu, N., & Oliveira, I. R. (2008). Terapia cognitiva no tratamento da depressão. In A. V. Cordioli (Org.), *Psicoterapias: Abordagens atuais* (3ª ed., pp. 382-398). Porto Alegre: Artmed.
- Alarcão, M. (2006). *(Des)equilíbrios familiares – Uma visão sistêmica* (3. ed.). Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Alencar, A., Maranhão, T., Fernandes, R., & Rodrigues, M. (2018). A relação entre depressão e ideação suicida na juventude. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 12(39), 519-532. ISSN: 1981-1179.
- Associação Psiquiátrica Americana [APA]. (2013). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5º ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bahls, S. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359–366.
- Bahls, S., & Bahls, F. (2002). Depressão na adolescência: características clínicas. *Interação em Psicologia*, 6(1), 49-57.
- Ballard, R., Parkhurst, J. T., Gadek, L. K., Julian, K. M., Yang, A., Pasetes, L. N., Goel, N., & Sit, D. K. (2024). Bright light therapy for major depressive disorder in adolescent outpatients: A preliminary study. *Clocks&Sleep*, 6(1), 56-71. <https://doi.org/10.3390/clockssleep6010005>.
- Bastos, R. (2009). Suicídios, Psicologia e vínculos: Uma leitura psicossocial. *Psicologia USP*, 20(1), 67-92.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.
- Baumrind, D. (1968). Authoritarian vs Authoritative Parental Control. *Adolescence*, 3, 255-272.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56-95.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Bella, M. E., Fernández, R. A., Acevedo, G., & Willington, J. M. (2007). Análisis de predictores de riesgo en intentos de suicidio infanto juveniles. *Revista de Saúde Pública*, 4, 132-137.
- Bella, M. E., Fernández, R. A., & Willington, J. M. (2010). Intento de suicídio em niños e adolescentes: depresión y transtorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 108(2), 124-129.
- Biazus, C., & Ramires, R. (2012). Depressão da adolescência: uma problemática de vínculos. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 17(1), 83-91.

- Botega, N. J., Barros, M. B. A., Oliveira, H. B., Dalgalarrodo, P., & Marín-León, L. (2005). Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1), 45-53.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Brás, M. S. V. (2013). *Condutas suicidas: vulnerabilidade e prevenção em adolescentes* (Tese de Doutoramento em Psicologia, Universidade do Algarve). <http://hdl.handle.net/10400.1/6704>.
- Brausch, A. M., & Woods, S. E. (2019). Examining depression, self-esteem, and self injury in adolescents: Do parent and peer relationships matter? *Journal of Adolescence*, 72, 1-9.
- Calderaro, M., Baethge, C., Bempohl, F., Gutwinski, S., Schouler-Ocak, M., & Henssler, J. (2022). Offspring's risk for suicidal behaviour in relation to parental death by suicide: systematic review and meta-analysis and a model for familial transmission of suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 220(1), 121-129. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.158>.
- Cardoso, A., & Cecconello, A. (2019). Fatores de Risco e Proteção para o Suicídio na Adolescência: uma revisão de literatura. *Perspectiva: Ciência e Saúde*, 4(2), 101-117.
- Cardwell, M. (2000). *Dictionary of psychology* (1ª ed.). Nova Iorque: Routledge. ISBN: 9781579580643.
- Carmona, A., Arango, A., Castrillón, J., Escobar, J., García, C., Martínez, S., Guerrero, L., Jiménez, J., López, A., Monsalve, N., & Reinoso, C. (2010). Caracterización del intento de suicidio en una población ingresada a um hospital infantil de Manizades (Caldas, Colômbia), 2000-2008. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 10(1), 9-18.
- Cassorla, M. (2017). *Suicídio. Fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução*. Brasil: Edgard Blücher Ltda. ISBN 978-85-212-1250-8.
- Caycedo, A., Arenas, M., Benítez, M., Cavanzo, P., Leal, G., & Guzmán, Y. (2010). Características psicosociales y familiares relacionadas com intento de suicidio en una población adolescente em Bogotá- 2009. *Persona y Bioética*, 14(2), 205-213.
- Clayborn, Z. M., Kingsbury, M., Sampasa-Kinyaga, H., Sikora, L., & Lalande, K. M. (2020). Parenting practices in childhood and depression, anxiety and internalizing symptoms in adolescence: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56, 619-638. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01956-z>.
- Coleman, A. (2015). *A dictionary of psychology* (4ª ed.). Nova Iorque: Oxford University Press. ISBN: 978-0-19-965768-1.
- Corrêa, H., & Barrero, S. P. (2006). *Suicídio: uma morte evitável* (1. Ed.). São Paulo: Atheneu.
- Costa, F., Gaetti-Jardim Júnior, E., & Fajardo, R. (2014). Depressão e suicídio na adolescência: representações sociais e indicadores de risco. *Revista Visão Universitária*, 1(1), 9-19.

- Costa, B. S., Matos, A. P., & Costa, J. J. (2018). O efeito moderador da satisfação com a vida na associação entre a qualidade da relação pais/filhos(as) e depressão na adolescência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 6, 46-51. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0212>.
- Cruz, J. (2000). Terapia cognitiva de los intentos de suicídio: Cambiando histórias de muerte por histórias de vida (Tese de Doutoramento, Universidade de Sevilha). <https://idus.us.es/handle/11441/72512>.
- Cruz, J. (2003). Modelo cognitivo da conduta suicida. *Studia*, 5, 193-230.
- Cruz, J. (2006). Memórias traumáticas, autonarrativas e conduta suicida: Um ensaio terapêutico. In P. Costa, C. Pires & J. Veloso (Eds.), *Stress pós-traumático: Modelos, abordagens & práticas* (pp. 47-71). Leiria: Editorial Presença.
- Daryanani, A., Hamilton, J. L., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2016). Single mothers and their adolescents: Low parenting self-efficacy as a mediator of the relations between economic stress and parental depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(4), 321-337.
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 87-496.
- Dávila-Cervantes, C. A., & Luna-Contreras, M. (2019). Suicide attempt in teenagers: associated factors. *Revista Chilena de Pediatría*, 90(6), 606-612. <https://doi.org/10.32641/rchped.v90i6.1012>.
- Deminco, M. (2012). As Principais Influências Orientais Utilizadas Nas Abordagens Da Terapia Cognitivo-Comportamental Contemporânea. *Psicologia.pt: O Portal Dos Psicólogos*, 1-12.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2017). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013/2017). <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/03/PlanoNacionalPrevencao-Suicidio-2013-2017.pdf>.
- Dreher, C. B., Xavier, A. C. M. & Beria, P. (2019). Transtorno depressivos: terapias cognitivo-comportamentais. In A. V. Cordioli & E. H. Grevet (Orgs.), *Psicoterapias: abordagens atuais* (4ª ed., pp. 494-507). Porto Alegre: Artmed.
- Ellis, A. (1987). The Evolution of Rational-Emotive Therapy (RET) and Cognitive Behavior Therapy (CBT). In J. Zeig (Ed.), *The Evolution of Psychotherapy: the 1st Conference* (pp. 107-122). Nova Iorque: Routledge.
- Ellis, A., & Dryden, W. (2007). *The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy* (2ª ed.). Nova Iorque: Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-2216-2.
- Evans, G. W., & Kim, P. (2007). Childhood poverty and health: Cumulative risk exposure and stress dysregulation. *Psychological Science*, 18(11), 953-957.
- Fleming, M. (1988). *Autonomia comportamental na adolescência e percepções das atitudes parentais* (Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto). <https://core.ac.uk/download/pdf/70650435.pdf>.

- Fleming, M. (1997). *Adolescência e autonomia: O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. (2ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Fleming, M. (2005). *Entre o Medo e o Desejo de Crescer – Psicologia da Adolescência*. Porto: Edições Afrontamento.
- Flores, M. W., Sharp, A., Carson, N. J.. (2023). Estimates of major depressive disorder and treatment among adolescents by race and ethnicity. *JAMA Pediatrics*, 177(11), 1215-1223. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.3996>.
- Freitas, C. (2016). *Relação das características pessoais positivas com o bem-estar* (Tese de doutoramento em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/147072/000998214.pdf?sequenc.
- Garza-Sánchez, R. I., Saucedo, L. K. C., & García, S. A. C. (2019). Estructura familiar, ideación suicida y desesperanza en el adolescente. *Psicología desde el Caribe*, 36(2), 228-247. <https://doi.org/10.14482/psdc.36.2.616.8>.
- Girma, S., Tsehay, M., Mamaru, A., & Abera, M. (2021). Depression and its determinants among adolescents in Jimma town, Southwest Ethiopia. *PLOS ONE*, 16(5), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250927>.
- Goldrajch, D. (1996). Uma estratégia cognitivo-comportamental para o manejo da depressão. *Jornal Psiquiatria*, 45(12), 709-712.
- Gómez, C., Rodríguez, N., Bohórquez, A., Díaz, N., Ospina, M., & Fernández, C. (2002). Factores asociados al intento de suicidio en la Población Colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 31(4), 270-286.
- Goodrum, N. M., Jones, D. J., Kincaid, C. Y., Cuellar, J., & Parent, J. M. (2012). Youth externalizing problems in African American single-mother families: A culturally relevant model. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(1), 111-122.
- Gutiérrez, M., Fernández, S., Jiménez, M., Gutiérrez, A., & Tamayo, O. (2009). Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. *MEDISAN*, 13(1).
- Hansen, L., & Jordan, S. S. (2017). Internalizing Behaviors. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, 1-5. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_907-1.
- Hawton, K., Saunders, K., & Connor, R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379, 2373-2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5).
- Hoskins, D. H. (2014). Consequences of parenting on adolescent outcomes. *Societies*, 4(3), 506-531. <https://doi.org/10.3390/soc4030506>.
- Hua, P., Bugeja, L., & Maple, M. (2019). A systematic review on the relationship between childhood exposure to external cause parental death, including suicide, on subsequent suicidal behaviour. *Journal of Affective Disorders*, 257(1), 723-734. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.082>.

- Joe, D., Romes, D., & Jamieson, P. (2007). Suicide acceptability in related to suicide planning in U.S. adolescents and Young adults. *Suicide Life Threat Behavior*, 37(2), 165-178.
- Kanfer, F. (1970). Self-regulation: Research, issues, and speculations. In C. Neuringer, & J. Michael (Eds.), *Behavior modification in clinical psychology* (pp. 178-220). Appleton-Century-Crofts, Nova Iorque.
- Kaslow, N., Brown, R., & Mee, L. (1994). Cognitive and Behavioral Correlates of Childhood Depression – A Development Perspective. In: W. Reynolds, & H. Johnston (Eds.), *Handbook of Depression in Children and Adolescents* (pp. 97-99). Springer Science+Business Media, Nova Iorque. ISBN 978-1-4899-1512-2.
- Kingsbury, M., Sucha, E., Manion, I., Gilman, S. E., & Colman, I. (2020). Pathways from parenting practices to adolescent suicidality: Evidence on the role of emotional and behavioral symptoms from a prospective cohort of Canadian children. *Suicide Life Threatening Behavior*, 50, 1149-1157. <https://doi.org/10.1111/sltb.12672>.
- Kuhlberg, J., Peña, J., & Zayas, L. (2010). Familism, parent-adolescent conflict, self-esteem, internalizing behaviors and suicide attempts among adolescent latinas. *Child Psychiatry and Human Development*, 41, 425-440. <https://doi.org/10.1007/s10578-010-0179-0>.
- Larraguibel, M., González, P., Martínez, V., & Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida em niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 71(3), 183-191.
- Lemos, I. (2007). *Família, Psicopatologia e Resiliência: Do Risco Psicossocial ao Percurso Delinvente* (Tese de Doutoramento em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica. Universidade do Algarve). <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/258>.
- Lemos, I., Faisca, L., & Valadas, S. (2011). Assessment of Psychopathological Problems in the School Context: The Psychometric Properties of a Portuguese Version of the Adolescent Psychopathology Scale-Short Form. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 29(1), 63-74. <https://doi.org/10.1177/0734282910362250>.
- Lemos, I., Brás, M., & Nunes, C. (2021). Psychological distress symptoms and resilience assets in adolescents in residential care. *Children*, 8(8), 700. <https://doi.org/10.33390/children8080700>.
- Low, Y. T. A. (2021). Family Conflicts, Anxiety and Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation of Chinese Adolescents in Hong Kong. *Quality of Life*, 16, 2457-2473. <https://doi.org/10.1007/s11482-021-09925-7>.
- Ludwig, B., Roy, B., Wang, Q., Birur, B., & Dwivedi, Y. (2017). The Life Span Model of Suicide and Its Neurobiological Foundation. *Frontiers in Neuroscience*, 11. <https://doi.org/10.3389/fnins.2017.00074>.
- Lytton, H. (1980). *Parent Child Interaction. The Socialization Process Observed in Twin and Singleton Families*. New York, Plenum Press.

- Mahler, M. (1968). On human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation, volume 1, *Infantile Psychosis*. New York: International UP.
- Malpique, C. (1999). Noção de risco em saúde mental – da infância à adolescência. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 15, 9-22.
- Mann, J., Waternaux, C., Haas, G., & Malone, K. (1999). Toward a clinical modelo f suicidal behavior in psychiatric patients. *Am. J. Psychiatry*, 156, 181-189.
- Melo, A. K., Siebra, A. J., & Moreira, V. (2017). Depressão em Adolescentes: Revisão da Literatura e o Lugar da Pesquisa Fenomenológica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1), 18-34. <https://doi.org/10.1590/1982-37030001712014>.
- Obeid, S., Al Karaki, G., Haddad, C., Sacre, H., Soufia, M., Hallit, R., Salameh, P., & Hallit, S. (2021). Association between parental divorce and mental health outcomes among Lebanese adolescents: Results of a national study. *BMC Pediatrics*, 21(455). <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02926-3>.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2001). *Prevención del suicídio: un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Geneva, Switzerland: Author.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2020). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J., & Vera-Villaruel, P. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes com transtorno depresivo. *Revista de Medicina Chilena*, 137(2), 226-233.
- Pelkonen, M., & Marttunen, M. (2003). Child and adolescent suicide. *Pediatrics Drugs*, 5(4), 243-265.
- Corrêa, H., & Barrero, S. P. (2006). *Suicídio: uma morte evitável* (1. Ed.). São Paulo: Atheneu.
- Pérez-Olmos, I., Sandoval, E., Dussán-Buitrago, M., & Ayala-Aguilera, J. (2007). Psychiatric and social characterization of suicide attempts treated at a children's clinic, 2003-2005. *Revista de Salud Publica*, 9(2), 230-240.
- Pfeffer, C. R., & Shaffer, D. (2001). Parámetros prácticos para la evaluación de niños y adolescentes con comportamiento suicida. *Revista de Psiquiatria del Uruguay*, 65(2), 146-188.
- Piccin, J., Graeff-Martins, A. S., Isolan, L. & Kieling, C. (2019). Focos de atenção na adolescência. In A. V. Cordioli & E. H. Grevet (Orgs.), *Psicoterapia: abordagens atuais* (4ª ed., pp. 347-360). Porto Alegre: Artmed.
- Psic, S. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 11(1), 62-67.
- Quadros, E. A. (2018). *Fundamentos psicanalíticos*. Curitiba, PR: Intersaberes.
- Ramos, V. (2018). Depressão na Infância e Adolescência. *Psicologia.pt – O Portal dos Psicólogos*. ISSN 1646-6977.
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8(5), 787-804. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(77\)80150-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(77)80150-0).
- Rehm, L. P. (1982). Self- Management in depression. In P. Karoly, & F. Kanfer (Eds.), *Self-managemente and behavior change* (pp. 522-567). Pergamon, Nova Iorque.

- Rehm, L. P. (2020). Cognitive and Behavioral Theories of Depression. *Depression in Children and Adolescents*, 27–44. <https://doi.org/10.4324/9781315667447-9>.
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 90, 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Klein, D. N., Seeley, J. R., & Gau, J. M. (2013). Key characteristics of major depressive disorder occurring in childhood, adolescence, emerging adulthood, and adulthood. *Clinical Psychological Science*, 1(1), 41–53. <https://doi.org/10.1177/2167702612457599>.
- Rowe, S. R., Gembeck, M. J. G., Rudolph, J., & Nesdale, D. (2015). A Longitudinal Study of Rejecting and Autonomy-Restrictive Parenting, Rejection Sensitivity, and Socioemotional Symptoms in Early Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43, 1107-1118. <https://doi.org/10.007/s10802-014-9966-6>.
- Roy, A., Sarchiopone, M., & Carli, V. (2009). Gene-environment interaction and suicidal behavior. *J. Psychiatr. Pract*, 15, 282–288. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000358314.88931.b5>.
- Sá, E. (2002). *Adolescentes somos nós*. Lisboa: Edições Fim de Século.
- Sampaio, D. (2002). *Ninguém morre sozinho. O adolescente e o suicídio*. Lisboa: Caminho.
- Santos, D., & Range, B. (2017). História antiga e usos do passado: ressignificações do pensamento de Sêneca pela abordagem cognitivo-comportamental da ciência psicológica. *Mnemosine*, 13(2), 252-274.
- Santos-Vitti, L., Faro, A., & Baptista, M. N. (2020). Fatores de risco e proteção e sintomas de depressão na adolescência. *PSICO*, 51(4), 1-11. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2020.4.34353>.
- Schaefer, E. (1965). Children's reports of parental behaviour: an inventory. *Child Development*, 36, 113-424.
- Schofield, T. J., Conger, R. D., Donnellan, M. B., Jochem, R., & Widaman, K. F. (2021). Parent rejection and adolescent depression: Impact of depressive symptoms on future child rejection. *Development and Psychopathology*, 33(2), 674-688.
- Sharaf, A. Y., Thompson, E. A., & El-Salam, H. F. A. (2016). Perception of Parental Bonds and Suicide Intent Among Egyptian Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 29, 15-22. <https://doi.org/10.1111/jcap.12130>.
- Silva, S., & Maia, A. C. (2010). Experiências adversas na infância e tentativas de suicídio em adultos com obesidade mórbida. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 32(3), 69-72.
- Silva, D., Silva, G., Andrade, J., Salomão, L., Trindade, V., Bernardes, C. (2019). Fatores que influenciam a depressão na adolescência. *RESU: Revista Educação em Saúde*, 7, 296-299.
- Stamm, L. K., & Amorim, C. A. (2020). Estilos parentais e ideação suicida em adolescentes. Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde.

- Sroufe, L. A. (2000). Early relationships and the development of children. *Infant Mental Health Journal*, 21(1-2), 67-74.
- Sund, A. M., Larsson, B., & Wichstrom, L. (2011). Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in central Norway. *Child and Adolescents Psychiatry and Mental Health*, 5(28), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-5-28>.
- Teodoro, M. L. M., Cardoso, B. M. & Pereira, T. F. P. (2011). As relações familiares e os problemas emocionais e de comportamento em adolescentes. In A. Wagner (org.), *Desafios psicossociais da família contemporânea: pesquisas e reflexões* (pp. 140-149). Porto Alegre: Artmed.
- Tullius, J. M., Kroon, M. L. A., Almansa, J., & Reijneveld, S. A. (2022). Adolescents' mental health problems increase after parental divorce, not before, and persist until adulthood: a longitudinal TRAILS study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(1), 969-978. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01715-0>.
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 1-22.
- Valadas, M. T., Barbosa, P., Freitas, R. M., & Silva, S. F. (2021). *Prevenção do Suicídio: Manual para Profissionais de Saúde*. <https://prevenirsuicidio.pt/wp-content/uploads/2022/09/I001.-Preven%CC%A7a%CC%83o-doSuici%CC%81dio-%E2%80%93Manual-para-Profissionais-de-Saude.pdf>.
- van Heeringen, K. (2003). The Neurobiology of Suicide and Suicidality. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(5), 292-300.
- van Heeringen, K. (2012). Stress-diathesis model of suicidal behavior. In Y. Dwivedi (Ed.), *The Neurobiological Basis of Suicide*, 6. Flórida: Taylor & Francis Group.
- van Heeringen, K., & Mann, J. (2014). The neurobiology of suicide. *Lancet Psychiatry*, 1, 63-72. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70220-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70220-2).
- Waldvogel, J., Rueter, M., & Oberg, C. (2008). Adolescent Suicide: Risk Factors and Prevention Strategies. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 38, 110–125. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2008.01.003>.
- Weber, L. N. D. (2013). Estilos e práticas parentais e sinais de depressão em adolescentes brasileiros. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 217-226.
- Weber, L. N. D. (2017). Relações entre Práticas Educativas Parentais Percebidas e a Autoestima, Sinais de Depressão e o Uso de Substâncias por Adolescentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD Revistade Psicologia*, 1, 157-168.
- Werlang, B., Borges, V., & Fenterseifer, L. (2005). Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicología*, 39(2), 259-266.
- Yang, B., & Clum, G. A. (1996). Effects of early negative life experiences on cognitive functioning and risk for suicide: A review. *Clinical Psychology Review*, 16(3), 177-195.

Yap, M. B. H., Morgan, A. J., & Jorm, A. F. (2022). Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 304, 15-26.