

**Gabriela Martins Marotta**

**O apoio social e a saúde mental numa amostra de famílias de Cabo Verde**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Departamento de Psicologia e Ciências da Educação

2020

**Gabriela Martins Marotta**

**O apoio social e a saúde mental numa amostra de famílias de Cabo Verde**

**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

Departamento de Psicologia e Ciências da Educação

2020

### **Declaração de autoria de trabalho**

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

---

Gabriela Martins Marotta

### **Direitos de Cópia ou *Copyright***

© ***Copyright*** 2020: Gabriela Martins Marotta.

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.

Todos os trabalhos que se encontram presentes nesta dissertação foram referenciados de acordo com o Manual de Publicação da APA – 6ª Edição (2010).

## Agradecimentos

A realização deste mestrado contou com importantes apoios e incentivos sem os quais não se teria tornado uma realidade e aos quais estarei eternamente grata.

Primeiramente, eu reconheço a presença do Grande Espírito, do meu anjo guardião e dos espíritos de luz que me guiam e protegem.

À minha orientadora Professora Doutora Cristina Nunes, não tenho palavras para descrever minha gratidão por todo o apoio e assistência prestados, além da paciência e disponibilidade de sempre. Tenho consciência que sem a Sra. nada disto teria sido possível.

A todos os professores do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da UAlg pelos ensinamentos e contribuição no meu crescimento profissional.

À Mariana Guerreiro, que além de guerreira, é uma das pessoas mais doces que já encontrei nessas minhas andanças.

Não poderia deixar de mencionar as colegas de Mestrado: Mirela Damasceno, Gabriela Barbosa, Danielle Pinto, Mariana Gorayeb e Isadora Coelho, meus sinceros agradecimentos pela forte rede de apoio que formamos durante esse período, e pelas amizades que levarei comigo.

A querida Barb Mason, pelo exemplo de força e por contribuir para que meu sonho se tornasse realidade.

Ao David pela coragem de encarar o novo ao meu lado, além da determinação de superar cada obstáculo que ao longo desta caminhada foram surgindo.

A minha amiga de confiança, Aline Santiago, que mesmo distante, vibrou com as minhas alegrias, e me ajudou a reunir forças quando necessário.

Dirijo um agradecimento especial a minha família, por oferecerem todo o amparo que preciso: À minha mãe, Maria José, pelo seu amor que sopra nos meus pulmões um fôlego especial. À minha avó Terezinha Zamboni pelo exemplo de bondade e ao meu avô Haroldo Conde pelo exemplo de garra e determinação; À minhas tias, Maria da Graças, Vera Lúcia por sempre me fazerem sentir apreciada, e especialmente a Maria Olivia pelas consultas a distância; meus primos, os irmãos que a vida me deu, em particular Pedrinho e Bruna por receber-me na Europa confortando-me com suas companhias e orientações, e Luiz Carlos que nunca mediu esforços ao oferecer-me seus cuidados. Em particular, ao Xavier (meu gato) e a Elza (minha cadela) que foram os melhores companheiros que eu poderia ter nessa jornada.

A todos os participantes, que se encontravam na Ilha da Boa Vista, e decidiram colaborar com essa pesquisa, assim como a Dra. Adriana Correia que fez com que essa experiência fosse única e especial.

Entre outros que não menciono o nome, mas que sabem quem são, pessoas que estiveram ao meu lado durante esta fase, pelo companheirismo, força e apoio.

## Resumo

A existência de relações saudáveis e de confiança que oferecem apoio é um fator importante, principalmente, para as famílias que enfrentam adversidades, sejam estas de natureza relacional, pessoal, ambiental ou socioeconómica. O presente estudo teve como objetivos analisar as relações entre o perfil psicossocial, os acontecimentos de vida negativos, o apoio social percebido e a saúde mental nas famílias da Ilha da Boa Vista (Cabo Verde). Participaram 66 famílias (56 mães e 10 pais), com idades compreendidas entre os 22 e os 58 anos, cujos filhos tinham entre 6 e 12 anos de idade. Foram aplicados vários questionários, através de entrevista individual, que avaliaram os acontecimentos de vida stressantes ou negativos, o tamanho da rede de apoio social, o apoio percebido e a saúde mental dos pais. Os resultados mostraram que, apesar da maioria dos participantes estarem empregados, a qualificação profissional é baixa e os estudos secundários estão incompletos. Além disso, existe uma elevada taxa de monoparentalidade nestas famílias. Quanto aos acontecimentos de vida negativos atuais e passados, foram mais frequentes os problemas económicos, profissionais, conjugais e familiares. Os participantes com precaridade económica e maltrato infantil no passado apresentaram piores níveis de saúde mental. Ao nível do apoio social, a rede social era ampla, e as famílias possuíam familiares e amigos como fonte de apoio social, demonstrando que o apoio vindo de profissionais é escasso. Os participantes reportaram o apoio material como a rede de menor dimensão, acompanhada do emocional, e o informativo maior que as duas anteriores. O apoio social total e o nº de acontecimentos de vida negativos foram preditores da saúde mental, explicando 23% da variancia.

**Palavras-chave:** acontecimentos de vida negativos, apoio social, famílias em risco psicossocial, saúde mental.

## **Abstract**

When families face adversity, the existence of healthy and trusting relationships that offer support is essential, whether these are of a relational, personal, environmental or socioeconomic nature. This study is aimed to analyze the relationships between the psychosocial profile, negative life events, perceived social support and mental health in the families of Ilha da Boa Vista (Cape Verde). Sixty-six families participated (56 mothers and 10 fathers), aged between 22 and 58 years old. Their children had between 6 and 12 years old. Several questionnaires were applied through individual interviews, which assessed stressful or negative life events, the size of their social support network, their perceived support, and their mental health. The results showed that, despite the majority of the participants being employed, professional qualification is low and secondary educational studies are incomplete. Additionally, there is a high rate of single parents in these families. Economic, professional, marital and family problems were the most frequent both in current life and in the past. Participants with economic difficulties and a history of child abuse showed the highest levels of mental health problems. In terms of social support, their social network was extensive, however support from professionals was scarce. The participants reported that material support from their social network was minimal, they received a slightly higher level of emotional support from this network, and informational support was reported to be the most common. Social support and the number of negative events were predictors of mental health, explaining 23% of the variance.

**Keywords:** families at psychosocial risk, mental health, negative life events, social support.

## Índice

<b>Introdução</b> .....	1
<b>Capítulo 1 – Enquadramento Teórico</b> .....	5
Apoio Social e a Parentalidade .....	5
Modelo Teórico de Belsky .....	9
Modelo Teórico de Abdin .....	12
Famílias em Risco Psicossocial .....	13
Fatores de Risco e Vulnerabilidade para as Famílias em Situação de Risco Psicossocial .....	15
Fatores de Proteção e Resiliência para Famílias em Situação de Risco Psicossocial .....	16
Famílias em Risco e Saúde Mental .....	18
<b>Capítulo 2 - Objetivos</b> .....	23
Objetivo geral .....	23
Objetivos específicos .....	23
<b>Capítulo 3 – Método</b> .....	24
Delineamento .....	24
Participantes .....	24
Instrumentos .....	24
Questionário Sociodemográfico .....	24
Apoio Social- DUKE-UNC .....	24
Questionário de Saúde Geral – GHQ 28. ....	25
Inventário de Acontecimentos de Vida Estressantes e de Risco – SRLEI .....	25
Procedimentos .....	25
Plano de Análise .....	26
<b>Capítulo 4 – Resultados</b> .....	28
Apoio social percebido e características sociodemográficas .....	30
Saúde mental dos participantes e características sociodemográficas .....	32
Apoio social e saúde mental dos participantes .....	34

Acontecimentos de vida negativos e saúde mental dos participantes.....	35
Influência do apoio social na saúde mental.....	38
<b>Capítulo 5 – Discussão.....</b>	<b>40</b>
Acontecimentos de Vida Negativos .....	41
Apoio Social .....	42
Apoio Social e Saúde Mental .....	44
Acontecimento de Vida Negativos e Saúde Mental.....	44
<b>Capítulo 6 – Conclusão .....</b>	<b>47</b>
Limitações do Estudo/ Propostas para investigações futuras .....	48
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>49</b>
<b>Anexo.....</b>	<b>66</b>

## **Índice de Figuras**

FIGURA 1: MODELO DOS DETERMINANTES DO COMPORTAMENTO PARENTAL (BELSKY, 1984) .....	11
FIGURA 2: MODELO DO STRESSE PARENTAL (ABIDIN, 1990) .....	12

## **Índice de Gráficos**

GRÁFICO 1: ESCOLARIDADE DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	28
GRÁFICO 2: QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL DOS PAIS .....	29
GRÁFICO 3: CONTRATO DE TRABALHO .....	29
GRÁFICO 4: ACONTECIMENTOS DE VIDA NEGATIVOS .....	36

## **Índice de Tabelas**

TABELA 1: ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS E MATRIZ DE CORRELAÇÕES DO APOIO SOCIAL (N = 66) .....	30
TABELA 2: COMPARAÇÕES DO APOIO SOCIAL SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS .....	31
TABELA 3: ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS E MATRIZ DE CORRELAÇÕES DA SAÚDE MENTAL (N = 66) .....	33
TABELA 4: SAÚDE MENTAL DOS PARTICIPANTES SEGUNDO AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS .....	34
TABELA 5: CORRELAÇÕES ENTRE AS DIMENSÕES DO APOIO SOCIAL E A SAÚDE MENTAL DOS PARTICIPANTES (N=66) .....	35
TABELA 6: SAÚDE MENTAL GERAL E ACONTECIMENTOS DE VIDA NEGATIVOS ATUAIS .....	37
TABELA 7: SAÚDE MENTAL E ACONTECIMENTOS DE VIDA NEGATIVOS PASSADOS .....	38
TABELA 8: MODELO DE REGRESSÃO HIERÁRQUICA MÚLTIPLA DA SAÚDE MENTAL DOS PAIS .....	39

## **Índice de Anexos**

ANEXO A: MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO .....	67
---	----

## **Listas de Abreviaturas, Siglas e Símbolos**

AVN - Acontecimentos de Vida Negativos

APA - *American Psychological Association*

CE - *Council of Europe*

DPP - Depressão pós-parto

DUKE-UNC - Functional Social Support Questionnaire

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

GHQ - General Health Questionnaire

ICCA - Instituto Cabo-Verdiano da Criança e do Adolescente

SPSS - *Statistics Package of Social Science*

UAlg - Universidade do Algarve

## **Abreviaturas em Latim**

e.g. (exempli gratia) -por exemplo

et al. (et alia) -e outros

etc. (et caetera) -e o resto

i.e. (id est) -isto é

## Introdução

A família dá amparo ao que somos e ao que fazemos durante toda a nossa vida. Como núcleo cuidador e educativo determinante, o seu papel é de extrema importância na evolução harmónica e plena das crianças (Braveman, Egerter, Arena & Aslam, 2014; Council of Europe, 2009).

O conceito de parentalidade vem sendo empregue para caracterizar o conjunto de atividades desempenhadas pelos pais garantindo às crianças subsistência, afeto e pleno desenvolvimento. Os pais têm a responsabilidade de amar, educar, cuidar, estimular, consolidar a autonomia, oferecer limites e capacitar essas crianças para a vida presente e futura (Daly, 2007; APA, 2013; Daly, Bray, Byrne, Bruckauf, Margaria, Pecnik, & Samms-Vaughan, 2015).

Cornish et al., (2006) afirmam que a parentalidade é representada pela qualidade das interações, desde as precoces, do adulto com o bebé. Os efeitos da parentalidade vão sendo identificados na forma que as crianças se desenvolvem. Os relacionamentos, como experiências primárias de interação, têm um papel essencial em influenciar o ajuste individual e/ou o desenvolvimento da psicopatologia durante a vida (Norman, Byambaa, De, Butchart, Scott, & Vos, 2012; Paavilainen & Flinck, 2013, 2015).

Embora ter um filho seja um evento alegre, ele também é caracterizado por novas responsabilidades e demandas excepcionais para os novos pais. Às vezes, o casal fica sobrecarregado com as mudanças e se sente incapaz de lidar com todas as demandas que o novo papel implica. A transição para a parentalidade é um momento importante e desafiador, afetando o bem-estar psicológico desses pais de várias maneiras (Petch & Halford, 2008; Trillingsgaard, Baucom, & Heyman, 2014), principalmente para famílias socialmente vulneráveis (Hidalgo et al., 2009 b; Nunes & Ayala-Nunes, 2015; Paavilainen, Åstedt-Kurki, Paunonen & Laippala, 2001; Rodrigo, Máiquez, Martín & Byrne, 2008).

As famílias socialmente vulneráveis, ou em situação de risco psicossocial, são as que, por diversos motivos, podem não garantir adequadamente a educação e cuidado dos seus filhos, porém não num contexto crítico o suficiente para considerar a remoção dessa(s) criança(s) (Byrne, Rodrigo & Martín, 2012; Rodrigo, Martín, Máiquez & Rodríguez, 2007).

Estas famílias tendem a sofrer múltiplos acontecimentos stressantes ao longo da vida (Nunes, Ayala-Nunes, Martins & Gonçalves, 2019). Os acontecimentos de vida, nomeadamente, os problemas de estrutura económica representados pelo grau educativo inferior e desemprego ou subempregos com remunerações baixas, conflitos conjugais,

problemas psicológicos e/ou com substâncias, monoparentalidade, moradia em zona arriscada, imigração, podem ter um efeito emocional negativo impactante na vida desses indivíduos, dificultando, ou até impossibilitando, cumprir com suas funções parentais necessárias (Booth, Crouter, & Landale 2009; Macedo, Nunes, Costa, Ayala-Nunes, & Lemos, 2013).

Desta forma, o desemprego, a pobreza, a dependência química ou psicológica, violência e problemas de saúde mental são os principais fatores de risco associados ao abuso e negligência infantil. Uma criança com deficiência, uma mãe jovem e\ou solo, ou a própria raça também podem ser fatores de stresse que representam um risco crescente para a criança (Yazbec, 2003; Congress & González, 2013). A maioria dos pais que experienciam esses fatores de risco que causam um impacto negativo no desenvolvimento das crianças e dos jovens, acreditam precisar de apoio extra (Rodríguez, Camacho, Rodrigo, Martín, & Máiquez, 2006).

Os fatores psicossociais de risco causam impacto negativo na saúde mental, em outros termos, quando certas características psicológicas se associam com o ambiente social desfavorável ou situações desvantajosas, podem colaborar para o desenvolvimento e manutenção de comportamentos inadequados associando-se com o enfraquecimento da saúde mental (Alvarez, Pagani, & Meucci, 2012).

No presente estudo pretendemos estudar as famílias em situação de risco psicossocial, as suas características demográficas e familiares (Rodrigo et al., 2008), e analisar o papel do apoio social percebido na saúde mental dos pais.

Em períodos desfavoráveis, os vínculos sociais podem ser um recurso indispensável utilizados como fonte de assistência (Zee & Bolger, 2019). O apoio social pode ser considerado como um conjunto de relações interconectadas entre um grupo de pessoas que fornece auxílio material, informativo, interação social positiva, ou reforço emocional para gerir as situações diárias (Barrera, 1986). Este apoio pode ocorrer naturalmente, como em uma extensa rede de ajuda, nomeadamente, esposo(a), familiares, amigos, vizinhos, grupos sociais ou religiosos, chamado apoio informal (Thompson, Flood, & Goodvin, 2006), ou ser criado, por profissionais com programas que protegem ou reconciliam a vida familiar, ajudam indivíduos a lidar com adversidades, aprimoram as habilidades e oferecem acesso a informações, orientações e outras ajudas, considerado apoio formal (Matos & Sousa, 2006; Matos & Sousa, 2004). Quando esses recursos sociais são fornecidos, e também percebidos como disponíveis para essas pessoas que o utilizam, em ambos os contextos (formal e informal), nós o chamamos de apoio social percebido (Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000; Feuerstein, Labbé, & Kuczmierczyk, 1986; Lagdon et al., 2018,; Pierce, Lakey, Sarason, & Sarason 1997). O apoio social percebido

melhora as competências para o enfrentamento do stress, a auto-estima, o sentimento de auto-controle, o bem-estar, ou seja, há uma melhoria na saúde mental do indivíduo (Ayón, 2018)

A necessidade de desenvolver aptidões, além de ser uma preocupação dos pais, família e/ou outros cuidadores, deve ser também de responsabilidade do Estado. Este deve adotar intervenções, especialmente para famílias socialmente vulneráveis, incluindo a educação em habilidades e competências parentais, grupos de apoio e aconselhamento familiar apoiando a parentalidade positiva (Herczog, 2013), principalmente quando os pais estão com a saúde mental debilitada. A saúde mental dos pais impacta profundamente no funcionamento familiar e no desenvolvimento de cada membro (Yamaoka & Bard, 2019).

Atualmente, a saúde mental passou a ser vista como prioridade. A saúde mental influencia no comportamento parental, e também em outros aspectos da vida cotidiana desses pais (Mayberry, Horowitz, & Declercq, 2007).

Fonseca (1985) considera a saúde mental como uma harmonia que se origina do seu meio interno, nomeadamente fatores biológicos e psicológicos, e também se determina da forma como esse indivíduo interage com seus ecossistemas incluindo todo o conjunto biopsicossocial. Para além disso, a saúde mental é analisada pelo discernimento e competência de cada indivíduo ao se manifestar durante diversos eventos que ocorrem em sua existência, e não simplesmente a inexistência de transtornos (Uribe & Castell, 1994).

Quando as experiências positivas fazem parte do desenvolvimento na infância, estas estabelecem as bases para a saúde e o bem-estar ao longo da vida (Braveman et al., 2014). Entretanto, inúmeras crianças vivem situações adversas regularmente, e conseqüentemente têm seu desenvolvimento comprometido com probabilidade de resultar em problemas de saúde mental e física na vida adulta (Finkelhor, Turner, Shattuck, & Hamby, 2013). A maternidade também tem sido associada com uma maior probabilidade de ansiedade e depressão (Mayberry et al., 2007; Field, 2010). As chances dessas mulheres lidarem com problemas relacionados a saúde mental aumentam, além de tudo, se estas são consideradas membros de uma família em situação de risco (Molina, Skowron, & Hackman, 2020).

Podemos salientar a contribuição negativa do baixo nível socioeconômico familiar sobre a saúde mental dos pais, e conseqüentemente no desenvolvimento psicológico geral infantil, especialmente em famílias com fatores de risco psicossociais. Múltiplos fatores de risco contextuais e psicossociais podem afetar negativamente a parentalidade, e assim, a qualidade do relacionamento com os filhos (Landi, Giannotti, Venuti, & Falco, 2019).

Buscando considerar as características e os recursos que as famílias em risco psicossocial dispõem como apoio para as suas responsabilidades parentais, assim como

identificar o apoio necessário para que consigam manter a saúde mental, e assim exercer adequadamente as suas funções e estabelecer relações saudáveis com os seus filhos, o presente estudo, além da intenção de aprender o perfil psicossocial das famílias em situação de risco, tendo como exemplo: as suas características sociodemográficas, as circunstâncias contextuais, as relações interpessoais, a dinâmica familiar, também julgamos necessário investigar a relação do apoio social fornecido para essas famílias e a saúde mental desses pais no que diz respeito aos relatos dos sintomas somáticos, ansiedade, disfunção social e depressão e o impacto causado nas famílias que vivem em Cabo Verde, um país em desenvolvimento, onde recursos disponibilizados pelos organismos sociais para amparar a população são insuficientes, e consequentemente, há uma escassez de redes de apoio formal (Correia, Keong, Nunes, Hidalgo & Jesús, 2019).

O presente estudo está dividido em três partes diversas: revisão bibliográfica, metodologia, e apresentação e discussão de resultados. Na revisão bibliográfica buscamos enfatizar os seguintes conceitos: a parentalidade e o apoio social e as famílias em risco psicossocial e a saúde mental. Na metodologia apresentamos o processo utilizado para a elaboração do estudo em si e em seguida os resultados obtidos e a sua análise. Finalmente, são expostas as principais conclusões do estudo, suas limitações e as referências bibliográficas utilizadas.

## Capítulo 1 – Enquadramento Teórico

### Apoio Social e a Parentalidade

O apoio social é uma determinante importante tanto na saúde mental do indivíduo (Ayón, 2018; Cornwell & Waite, 2009; Gracia & Musitu, 2003; Hall-Lande, Eisenberg, Christenson, & Neumark-Sztainer, 2007; Hawthorne, 2008), como no desempenho da parentalidade, conforme tem sido enfatizado por diversos autores nas últimas décadas (Abidin, 1992, Alvarez, Byrne, & Rodrigo, 2019; Belsky & Jafee, 2015; Brown, Hudson, Campbell-Grossman, Kupzyk, Yates, & Hanna, 2018; Martin, Gardner, & Brooks-Gunn, 2012; Negash & Maguire-Jack, 2015).

O apoio social pode ser definido como as necessidades pessoais atendidas pela presença e interação com outras pessoas importantes, dentro ou fora da família, como parceiros, parentes ou amigos (Kaplan, Cassel, & Gore, 1977, Thompson, 1995).

Para entender o conceito de apoio social de uma forma elaborada, é necessário fazer distinção entre o apoio social propriamente dito e a rede social. As redes sociais são compostas por relações familiares ou por vínculos estabelecidos no decorrer da vida. Atuam nesse grupo aqueles que nos acompanham e exercem uma influência positiva em nossa vivência, pessoas que nos fazem sentir especiais e diferentes de todo o resto (Lamas, 1997; Sluzky, 1997; Wright, 2006).

Méndez e Barra (2008) sugerem que as relações informais e formais são de suma importância para fornecer apoio social. A participação em grupos sociais pode influenciar de maneira positiva mediante relações que não são criadas somente para apoiar, visto que trazem benefícios múltiplos para esses indivíduos, são elas as relações de ajuda informais (vizinhos, amigos, família, colegas de trabalho). As relações formais, que são relações mantidas devido à posição e papéis na sociedade, incluem os profissionais, como médicos, professores, advogados, psicólogos, assistentes sociais, entre outros (Méndez & Barra, 2008; Matos & Sousa, 2004; 2006).

As redes sociais cumprem a função de fornecer o apoio social especialmente em situações stressantes no percurso da vida. As redes sociais originam o ambiente social das pessoas, suas ligações com instituições e a estrutura social mais ampla da comunidade. O apoio social, relaciona-se com os aspetos qualitativos e comportamentais das relações sociais, como uma das diversas dimensões que envolve essa temática (Cohen, 2004; Gracia, 1997).

As pessoas que mantêm interações positivas com a comunidade e na sociedade em geral têm uma saúde mental melhor do que os que se isolam. É mais provável que as mulheres, em particular, estejam mais aptas a oferecer apoio social, utilizar redes de apoio social em momentos de stresse e, mais importante, se beneficiarem com o apoio social (Cohen, 2004; Taylor, 2011).

O apoio social inclui quatro tipos de apoios: O material ou instrumental que se refere aos auxílios concretos como o fornecimento de materiais, ajuda financeira, provimento de transporte, entre outros; o informativo que promove informações através do aconselhamento, sugestões e orientações usados para resolver um problema ou aprender a lidar com este da melhor forma possível; o emocional, que envolve expressões de afeição e carinho com quem o indivíduo partilha suas experiências e recebe apoio, empatia, reforçando a autoestima (Langdon, Ross, Robinson, Contractor, Charak, & Armour, 2018); e por último a interação social positiva que diz respeito à disponibilidade de pessoas com quem possa se divertir e relaxar (Cohen, 2004; Due, Holstein, Lund, Modvig, & Avlund, 1999).

De acordo com Barrón (1996) existe uma diferença entre o apoio recebido e o apoio percebido. O apoio social quando percebido, refere-se ao entendimento que o próprio indivíduo experimenta ao ser apoiado (Uchino, 2009), estimula uma sensação de amparo mais significativa que repercute em bem-estar (Ayón, 2018). O apoio percebido é acolhido livremente por quem o recebe contribuindo para o contentamento deste, minimizando a tensão vivida por esse indivíduo. Quando existe o apoio recebido, mas não o percebido, o apoio pode contribuir para ampliar a carga de pressão e insatisfação (Bárron, 1996). O apoio social percebido influencia na redução do stresse e sofrimento psicológico, bem como na melhoria da saúde mental (Barrera, 1986; Gjesfjeld, Greeno, Kim, & Anderson, 2010; Rodriguez, et al., 2010).

Zee e Bolger (2019) propõe que o apoio social pode ser dividido em visível e invisível ou direto e indireto. Este é considerado direto, na medida que é distinguido como uma assistência, e indireto quando não é assimilado com uma recomendação, nomeadamente, o apoio direto é uma orientação dada diretamente como um conselho, já o apoio indireto se incorpora a uma pergunta ou a um exemplo de alguém que enfrentou algo similar (Bolger & Amarel, 2007). Zee, Cavallo, Flores, Bolger e Higgins (2018) constataram que o apoio invisível pode ser mais útil antes do indivíduo reconhecer a necessidade de ajuda, no entanto, o apoio visível é tido como favorável quando o indivíduo já identificou a assistência como necessária e está motivado a agir.

O apoio social protege os indivíduos de consequências negativas em situações de tensão e stresse. Sendo assim, podemos considerar os efeitos do apoio social como mecanismos de proteção contra o isolamento social, a depressão, o distresse e outras perturbações (Jones, Charles, & Benson, 2018). O apoio psicológico e material auxiliado pelo apoio social exercem efeitos atenuadores na presença do stresse, conferindo uma proteção contra os efeitos negativos deste, e a manutenção do bem-estar. Percebe-se também, que os efeitos negativos provocados pela dificuldade financeira na saúde mental são diminuídos com estes recursos sociais (Cohen, 2004; Stuckler, Basu, Suhrcke, Coutts, & McKee, 2009).

O apoio social tem sido amplamente vinculado ao bem-estar individual e à saúde mental (Mitchell & Trickett, 1980; Nunes, Lemos, Ayala-Nunes, & Costa, 2013). Da mesma forma, a influência do apoio social na parentalidade tem sido foco de pesquisas e intervenções. Lidar com a parentalidade pode ser desafiador. Obter energia e tempo para proporcionar auxílio às necessidades básicas das crianças pode ser difícil, especialmente para os pais que vivem na pobreza (Fuentes, 2015).

Alguns estudos sugerem que a parentalidade pode aumentar os níveis de stresse por causa das exigências do novo papel de pais (Leigh & Milgrom, 2008; Petch & Halford, 2008; Trillingsgaard et al., 2014), problemas no relacionamento (Cobb, Lawrence, Rothman, & Bradbury, 2008) e sintomas depressivos e ansiosos (Fisher, Mello, Patel, Rahman, Tran, Holton, & Holmes, 2012; Gray, Edwards, O'Callaghan, & Cuskelly 2012; Kendig et al., 2017; Leigh & Milgrom, 2008; Prino et al., 2016). Soliday, McCluskey-Fawcett e O'Brien (1999) consideram o stresse parental o principal fator de risco no desenvolvimento de depressão pós-parto em ambos os pais.

A depressão pós-parto é o transtorno de humor mais comum durante o período perinatal (APA, 2013). Mães e pais podem ser afetados pela depressão pós-parto (DPP), entretanto a incidência de DPP nas mães é relatada entre 15 e 20% (Fisher et al., 2012; O'Hara & McCabe, 2013) e percentagem de incidência nos pais é de 1,2 a 25,5% (Goodman, 2004). A DPP nos pais é atrasada e frequentemente acompanha o distúrbio nas mães (Matthey, Barnett, Ungerer, & Waters, 2000; Prino et al., 2016). De acordo com o DSM-5 (APA, 2013), a DPP é tipicamente experimentada de 4 semanas a 6 meses após o parto; no entanto, na prática clínica e pesquisa, esse período é conhecido por se estender até 12 meses após o nascimento da criança (O'Hara & McCabe, 2013).

E ainda, nos países de baixa a média-baixa renda, cerca de uma em cada seis mulheres grávidas, e uma em cada cinco mulheres que deram à luz recentemente sofrem de Transtornos Mentais Perinatais Comuns. Isso contraria a noção de que a saúde mental das mulheres é

protegida pelos cuidados pós-parto tradicionais prescritos culturalmente e sugere que é errado supor que esse cuidado esteja sempre disponível ou seja bem-vindo (Fisher et al., 2012).

O stresse dos pais pode não apenas influenciar os pais individualmente, mas também pode ter implicações adversas no funcionamento dos casais (Soliday et al., 1999). A transição para a parentalidade pode levar a mudanças no relacionamento conjugal dos pais (Spanier, 1979).

Integrar o apoio social como fonte de suporte para esses pais ajudará essas famílias a compreender e lidar com os obstáculos, além de desenvolver uma relação mais saudável entre seus integrantes (Cohen, 2004; Cruz, 2005). De facto, o apoio social também é importante para o casal, estando associado à coesão e intimidade dos parceiros (Cutrona, 1996). No que diz respeito às mães, as vantagens do apoio social, podem ser detetadas nos domínios da saúde mental (Brown et al., 2018), reduzindo o risco de depressão pós-parto e de satisfação conjugal (Findler, Taubman-Ben-Ari, & Jacob, 2008). Mulheres grávidas que podem contar com apoio de outras pessoas apresentam melhores resultados para stresse, depressão e ansiedade (Glazier, Elgar, Goel, & Holzapfel 2004).

Desta maneira, o apoio social ampara as privações destes pais fornecendo, consequentemente, discernimento para uma parentalidade com possibilidade maior de sucesso. O apoio social foi apontado como significativo para desenvolver o sentimento de dedicação nesses pais (Ergh, Rapport, Coleman, & Hanks, 2002; Fuentes, 2015; Gracia & Musitu 2003; Hawthorne 2008).

Um estudo realizado com 409 pais residentes na região do Algarve (Sul de Portugal), analisou a relação entre o apoio social percebido pelos pais e uma melhor adaptação psicológica dos filhos, e constatou que famílias monoparentais relataram ter significativamente menos membros da família em sua rede de apoio social, menos apoio emocional e instrumental e, consequentemente, filhos com um pior ajustamento psicológico que em famílias biparentais. Essas descobertas sugerem que o apoio social percebido pelos pais é um importante fator de proteção da saúde mental das crianças por proporcionar um impacto positivo significativo no ajuste psicológico destas (Nunes, Martins, Ayala Nunes, Matos, Costa, & Goncalves, 2020). Em estudos com famílias em situação de risco, foi observado que o apoio emocional foi o tipo de apoio de que essas famílias mais precisam (Menendez, Hidalgo, Jiménez, Lorence, & Sánchez 2010), e que o apoio emocional foi o único tipo de apoio que combate o stresse parental (Ayala-Nunes, Jimenez, Jesus, & Hidalgo, 2017; Ayala-Nunes, Jimenez, Jesus, Nunes & Hidalgo, 2018).

Existem vários modelos teóricos que articulam com os construtos do apoio social, e esclarecem suas vinculações com o stresse, e bem-estar emocional de crianças e pais (Barrera, 1986; Feldman & Cohen, 2000; Sandler, Miller, Short & Wolchik, 1989). Dois desses modelos são tidos como principais, nomeadamente, o modelo do efeito principal (main effect) e o modelo do efeito amortecedor (buffer effect) (Taylor, 2011).

O modelo do efeito amortecedor (buffer effect), tem sido o modelo teórico mais amplamente estudado e argumenta que o apoio social fornece aos indivíduos um amortecedor ou proteção contra os efeitos negativos de eventos stressantes. Nesse modelo, o apoio social reduz os efeitos negativos do stresse no bem-estar do indivíduo (Bovier, Chamot, & Perneger, 2004 ; Campos, Schetter, Abdou, Hobel, Glynn, & Sandman, 2008; Gee & Rhodes, 2008; Gjesfjeld et al., 2010; Maupin, Brophy, Schiffman, & Bocknek, 2010; Razurel, Kaiser, Antonietti, Epiney, & Sellenet, 2017; Rodriguez, Mira, Myers, Morris, & Cardoza, 2003; Vogel & Wei, 2005), ou seja, entrando em ação apenas quando os níveis de stresse são altos (Cohen & Wills, 1985). Em contraste, o modelo de efeitos principais (main effect) indica que o apoio social tem um impacto positivo sobre o bem-estar, sem levar em conta os níveis de stresse que o indivíduo vivencia (Taylor, 2011).

Nesta perspectiva, o apoio social percebido vem sido investigado a longo prazo devido ao seu impacto positivo, e sido motivo de interesse na literatura teórica e empírica. Pesquisas sugerem que o apoio social pode favorecer a saúde mental e a melhora do comportamento dos pais, incluindo as famílias em situação de risco, dessa forma, o apoio social tem o potencial de influenciar positivamente o comportamento desses pais em ocasiões desagradáveis, tanto direta quanto indiretamente (Sim, Bowes, & Gardner, 2019) O modelo de Belsky (1984) dos determinantes apresenta duas categorias principais de apoio social na parentalidade: o apoio social fornecido por outras pessoas e aquele centralizado no relacionamento conjugal (Belsky, 1984). Adotamos esse mesmo modelo para explicar como o apoio social influencia no comportamento parental.

### **Modelo Teórico de Belsky.**

O modelo de Belsky (1984) sobre a parentalidade, mostra que a parentalidade, é um construto multideterminado, que abrange tanto variáveis contextuais quanto as características individuais das crianças e dos pais. As evidências empíricas atestam que alguns desses fatores são de particular relevância, como a qualidade do relacionamento conjugal, o bem-estar psicológico materno e o apoio social (ver Figura 1).

Belsky (1984) confirma que é considerável a relevância que o apoio social tem sobre a saúde mental dos indivíduos em geral, dos pais em particular. Aliás, é valioso salientar sobre

como o funcionamento parental possui uma ligação positiva com o apoio social. O apoio social neste modelo é um determinante essencial da qualidade da parentalidade, influenciando as interações (Jennings, Stagg, & Connors, 1991), as atitudes sobre a parentalidade, os comportamentos parentais e, por sua vez, os resultados da criança (Feiring, Fox, Jaskir, & Lewis, 1987). Belsky (1980) afirma que o isolamento dos pais é um dos grandes propulsores no processo de abuso ou negligência infantil.

De acordo com o modelo de parentalidade de Belsky (1984): existem diversos fatores e forças sociocontextuais que são determinantes nas práticas parentais. Entre eles incluem-se: (a) atributos da criança; (b) histórico do desenvolvimento dos pais e suas próprias características psicológicas; e (c) o contexto social mais amplo que são fontes de stresse e suporte. (p. 83)

Antes de proceder, um ponto precisa ser esclarecido: como a principal proposta de mencionar o modelo do Belsky é ressaltar a importância da rede e apoio social para a família, iremos fazer uma súmula sobre os aspetos das crianças e dos pais e destacar a parte do contexto social.

Para Belsky (1984), quando os pais consideram que o seu filho tem um temperamento desagradável, isso irá contribuir para que as práticas parentais se tornem menos solícitas, assim como as crianças com atitudes positivas estão associadas com práticas parentais mais prestativas.

O autor sugere que as características dos pais também interferem no modo como estes tratam seus filhos. Basicamente, se o estado emocional em que esses pais se encontram é negativo, estes irão proceder de forma menos sensível e estimuladora, ou seja, existem motivos para afirmar que as regulações emocionais desses pais delineiam as práticas parentais. Embora, há também de se levar em conta a possibilidade desses pais estarem repetindo a atitude de quem os criaram.

Belsky (1984) destaca três fontes distintas de stresse e apoio com um maior impacto na competência parental. São elas: As relações conjugais, as redes sociais e as experiências ocupacionais dos pais. Estas são capazes de amparar ou danificar a capacidade parental.

A relação conjugal é o mais forte sistema de apoio ou de stresse, já que a maior concentração de energia emocional diária se centraliza nessa relação, ou seja, a união conjugal tem um enorme potencial para realizações positivas ou negativas sobre o funcionamento parental.

Entretanto, há também outros tipos de influenciadores. Os influenciadores negativos, como o desemprego que pode vir a estimular a violência na família, ou os de proteção, como

vínculos que promovem assistência emocional e se revelaram importantes para a atitude positiva da mãe. Isso demonstra que a rede social (família de origem, as amigas, a comunidade, etc.) tem ligação positiva com as atitudes maternas, especialmente para mães solteiras e mães adolescentes (Belsky, 1984).

O apoio social influencia a parentalidade tanto diretamente como indiretamente. O apoio material, informativo e emocional são importantes na promoção de um desempenho saudável na relação entre os membros familiares (Belsky, 1980; 1984). O apoio emocional contribui para a melhora das competências sociais, como o controle de impulsos e das emoções. Além disso, o autor confirma que os pais que não usufruem do apoio social, têm uma maior chance de abusar de suas crianças, já que não tem a quem recorrer durante os momentos stressantes, ou seja, numa situação de isolamento, são reduzidas as chances de haver alguém próximo cujo apoio pode ajudar a prevenir abuso. E depois, será incomum alguém que possa explorar as referências de cuidado e proporcionar críticas construtivas quando esses pais violam os padrões saudáveis da parentalidade (Belsky, 1980).

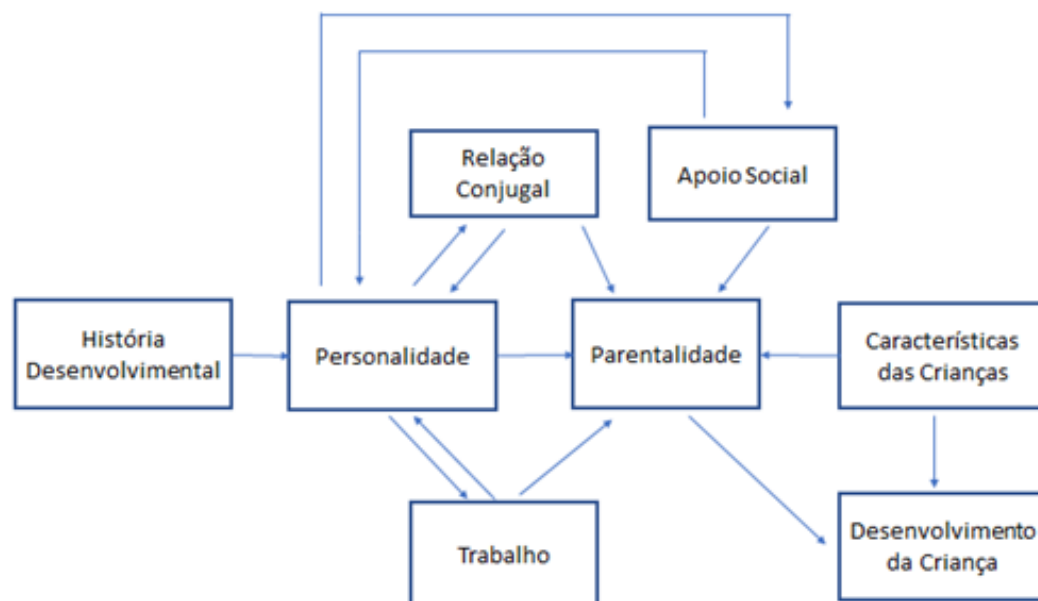


Figura 1: Modelo dos Determinantes do Comportamento Parental (Belsky, 1984)

É importante destacar que Belsky explicitou seu modelo dos determinantes da parentalidade em relação ao abuso infantil no ano de 1984, porém o estudo que Belsky elaborou em 1986 exibiu que a suposta importância da relação conjugal na parentalidade e como esta afeta a criança era questionada. Isso significa que o estudo de Belsky, de 1984, aprimorou o

modelo do comportamento, embora não capturou completamente os pais como indivíduos com capacidade para planejamento e focado em objetivos (Abidin, 1992).

De qualquer forma, Belsky e Jafee (2015) descrevem o Modelo dos determinantes do Comportamento Parental (Belsky, 1984) como a estrutura que orienta muitas das atuais pesquisas, ao considerar o apoio social como um dos fatores de proteção que determina a saúde mental dos pais, e também a qualidade das práticas parentais.

### **Modelo Teórico de Abidin.**

Posteriormente, Abidin (1992) identificou que as crenças e expectativas dos pais regulam a interação desses com a criança, e este tipo de estudo poderia ajudar a construir melhores modelos dos determinantes da parentalidade. Desenvolveu um modelo que ainda estimava as relações, porém levando em consideração: o ambiente em que os pais criam ou envolvem a criança, o conjunto de crenças e expectativas pessoais dos pais, e a influência dessas expectativas relacionadas com a função parental.

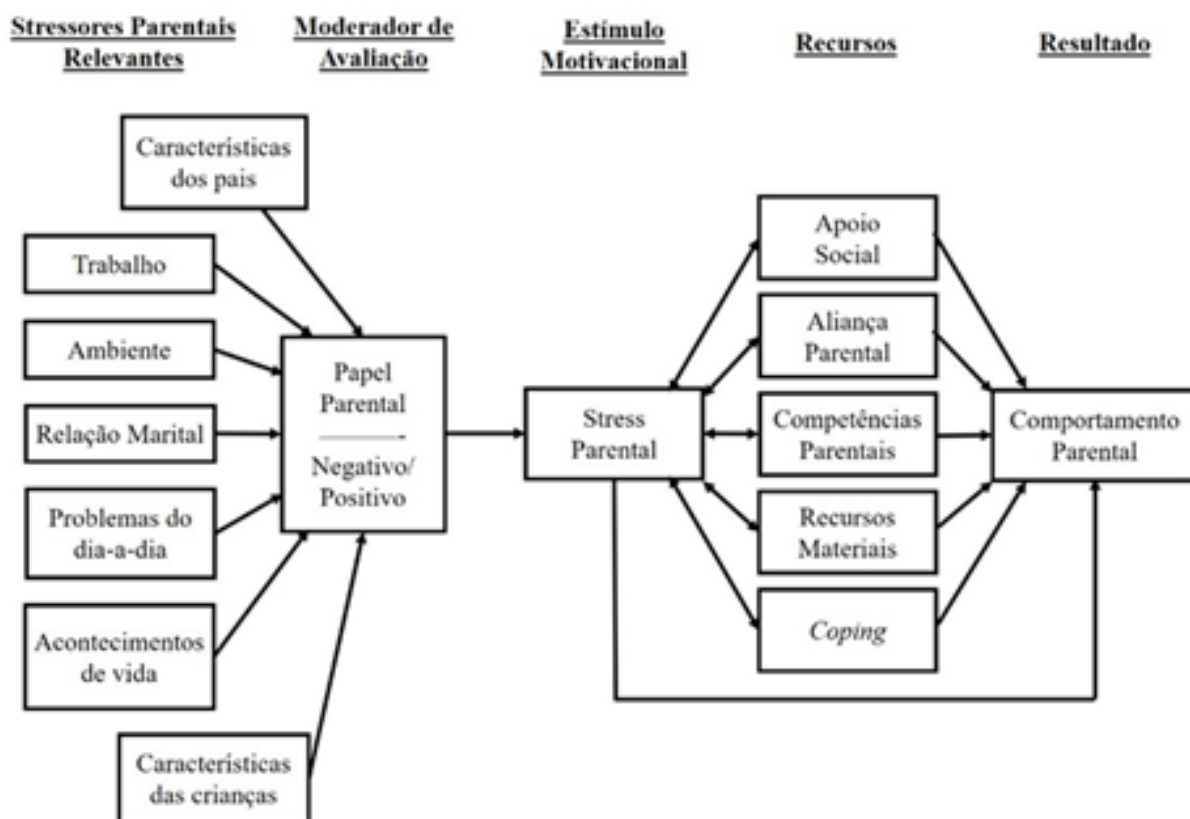


Figura 2: Modelo do Stresse Parental (Abidin, 1990)

Como resultado, Abidin (1992) assegura que os pais experimentam o stress. O stress que os pais sentem é consequente das pretensões que esses pais projetam e que estão associadas ao nível de compromisso desses pais com a parentalidade. O autor apresentou esse stress como tendo um papel fundamental para um funcionamento positivo ou negativo da família. Quando encarado como um componente incentivador, o stress estimula os pais a utilizar do apoio social para sustentar a função parental. É fundamental ressaltar, que o apoio social disponível a esses pais está diretamente relacionado com o comportamento desses na parentalidade.

Abidin (1992) após esse trabalho estudou o papel da aliança parental e concluiu que mesmo que ambos os pais estejam insatisfeitos como casal, ainda assim podem estar envolvidos e obter êxito no papel da parentalidade. Por conseguinte, a Aliança Parental substituiu a Satisfação Matrimonial, previamente apresentada por Belsky.

Cochran e Niegro (2002) acreditam que o apoio social proporciona aos pais formas adequadas de educar e informações necessárias sobre o desenvolvimento, regulando as expectativas desses pais que resultará em melhores habilidades parentais. Sendo assim, nos foi evidenciado nesses estudos anteriores que o apoio social existente tem um papel fundamental no comportamento positivo dos pais, principalmente para as famílias em situação de risco (Hidalgo et al., 2009b; Nunes e Ayala-Nunes, 2015; Rodrigo et al. 2008).

Encarar as adversidades da parentalidade, para esses pais que não possuem o apoio social necessário, possivelmente irá ampliar as chances de resultados negativos no desenvolvimento da criança e prejudicar a segurança e o conforto da mesma (Ayala-Nunes et al., 2017; Evans, 2004). Em função disso, a carência de apoio social estabelece uma estrutura imprópria para a criação de um filho, e acima de tudo pode devastar as competências parentais e a saúde mental desses pais (Leinonen, Solantaus, & Punama'ki, 2002).

Com isso sustentamos o facto que a rede social e o apoio social são considerados de grande relevância para o indivíduo, principalmente no contexto da parentalidade (Cohen, 2004).

### **Famílias em Risco Psicossocial**

Faz parte do ser humano estabelecer vínculos. A família é o primeiro grupo ao qual o ser humano faz parte. A partir desse grupo, o indivíduo constrói a segurança que o permite fazer parte de outros grupos. A constatação que se é parte do grupo família, irá proporcionar a esse indivíduo a capacidade de se vincular com mais facilidade a outros grupos ao longo de sua vida (Amaral, 2001). Por conseguinte, uma das funções da família é criar os filhos, e para isso

é indispensável que exista alguma forma de organização, boa comunicação, bem como a proteção à essas crianças (Glick, Berman, Clarkin & Rait, 2000; Nunes & Ayala-Nunes, 2019).

O sentimento de pertencer à uma família traz muitos significados afetivos que permanecem no decorrer da história dos indivíduos. Entretanto, há uma dificuldade de se definir o conceito da palavra família considerando que esta seja uma construção social que difere conforme os períodos históricos. Além disso, dependendo da sociedade e contexto geopolítico onde se encontram, há uma variação entre as culturas, tradições, crenças, políticas familiares e também a forma que se conectam com outras instituições (Amaral, 2001; Klein & White, 1996). Parte dessa mudança está associada ao “baby-boom” nos anos pós-guerra, e esta diferença continua a se expandir entre o desenvolvimento da criação de uma família recente e a de três décadas atrás (Agree, 2017; Blossfeld & Kiernan, 2019).

Na época atual, as famílias nucleares reduzidas e reconstituídas (Máiquez, Rodríguez & Rodrigo, 2004), famílias monoparentais com a maioria sendo chefiadas por mulheres tornaram-se cada vez mais comuns aumentando o número de famílias lidando com desigualdades, rejeição e isolamento (Cohen & Samzelius, 2020; Yuan-Chiao, Walker, Richard & Mustafa, 2019).

Além desse fato, as pesquisas apontam mudanças estruturais no sistema educacional e no mercado de trabalho, as quais estão particularmente relacionadas às mudanças no sistema familiar. Estas transformações, em função do processo de modernização, geram mudanças de atitudes e valores, que por sua vez também afetam as famílias (Blossfeld, 1995; Nemova, Retivina, Kutepova, Vinnikova, & Kuznetsova, 2016).

Considerando essas mudanças, os governos de países altamente desenvolvidos oferecem soluções públicas de assistência à infância dando prioridade a garantir um nível de vida decente para todos. Infelizmente existem outros vários países desenvolvidos e os em desenvolvimento onde a pobreza infantil foi identificada como uma preocupação imediata (Blossfeld & Kiernan, 2019; Bremner & Wachs, 2010).

As crianças que vivem sem os recursos necessários, podem sofrer a privação de cuidados com a saúde física e mental, e o desprovimento do apoio familiar e educacional, comprometendo o seu desenvolvimento, incluindo a saúde, o funcionamento cognitivo e desenvolvimento social e emocional (López, 2008; McLoyd, Aikens & Burton, 2006). Além disso, quando essas crianças se tornam adultas, é mais provável que tenham filhos mais cedo, desprovimento de emprego, recebam salários baixos, e sejam mais propícios para problemas de saúde física e mental, perpetuando o ciclo da pobreza (Abreu, 2012; Najman et al. 2004).

A pobreza é considerada um fator de risco para o maltrato infantil, entretanto, não significa que todos os casos de pobreza tenham o cumprimento das tarefas parentais afetadas negativamente. De qualquer forma, a pobreza pode causar grandes dificuldades, principalmente se essas famílias enfrentam grandes problemas, lidam com variadas situações de stresse que se aglomeram entre si, e vivem em condições desfavorecidas. Estas são consideradas famílias em risco psicossocial (Ayala-Nunes, Nunes, & Lemos, 2016; Azar, 2002, Brooks-Gun & Duncan, 1997).

Por famílias em risco psicossocial entende-se aquelas que sofrem adversidades – precariedade económica e laboral, violência doméstica, acontecimentos de vida stressantes e, conseqüentemente, têm a sua capacidade para garantir a saúde e o desenvolvimento dos seus filhos comprometida, sem, todavia, alcançar um nível de gravidade suficiente que justifique a inibição dos direitos parentais (Hidalgo et al. 2009b; Rodrigo et al. 2008).

As famílias em risco psicossocial vivenciam frequentemente situações individuais e comunitárias que inibem suas habilidades parentais. Exemplos comuns como analfabetismo ou baixo índice de alfabetização, remunerações abaixo da média ou escassez de emprego, monoparentalidade, residir em locais arriscados, casas sobrelotadas, violência doméstica, isolamento, acontecimentos de vida stressantes, entre outros que prejudicam a qualidade de vida dessas famílias (Ayala-Nunes et al., 2016; Evans, 2004; Menéndez et al, 2010; Nunes e Ayala-Nunes, 2015).

As crianças que pertencem à famílias em risco psicossocial têm uma maior probabilidade de apresentar estilos e hábitos de vida inadequados, deficiências e/ou incapacidades, temperamento difícil, impulsividade, insucesso escolar, entre outros, visto que determinados fatores de risco trazem consigo um encadeamento problemático que se convertem em resultados negativos (Appleyard, Egeland, Dulmen, & Sroufe, 2005; Ayala-Nunes et al., 2018).

### **Fatores de Risco e Vulnerabilidade para as Famílias em Situação de Risco Psicossocial**

Os fatores de risco são aspetos que predisõem uma consequência prejudicial de acontecer. Deste modo, um fator de risco é considerado como qualquer contexto que tem o potencial de provocar dano à adequação psicossocial de determinada população. Seja tal contexto social, psicológico ou biológico, na qual amplie a possibilidade da ocorrência de certos comportamentos indesejados ou acontecimentos lesivos, sendo estes graves, leves ou medianos (Rodrigo et al., 2008, Nunes & Ayala-Nunes, 2019).

Anteriormente, o risco era percebido como um fator que iria preestabelecer um resultado negativo, ou seja, a existência única de um fator de risco já era o bastante para considerar resultados contraproducentes. Recentemente, criou-se um olhar mais abrangente que concede ao fator de risco uma aceção de processo. Esta visão nos possibilita compreender como a variável risco causa determinado resultado em uma pessoa e noutra não, ou ainda, como a mesma variável provoca resultados diferentes para a mesma pessoa em diferentes estágios do seu desenvolvimento (Cowan, Cowan, & Schulz, 1996; Masten & Garmezy, 1985).

Entre esses fatores de risco, encontram-se os fatores de risco proximais, nomeadamente, o relacionamento interpessoal e intrapessoal entre pais e filhos, a afetividade, e as práticas educativas parentais. Assim como, os fatores de risco contextuais são representados pelas características sociodemográficas, o nível educativo e a tipologia familiar (Rodrigo, Máiquez, Correa, Martín, & Rodríguez, 2006).

Tendo em consideração os fatores de risco, é relevante referir sobre a relação que existe entre estes e a vulnerabilidade. A vulnerabilidade agrava a possibilidade de um resultado negativo ocorrer na presença de um fator de risco. No entanto, ela só exerce impacto se exclusivamente acompanhada de um fator de risco. Desse modo, a vulnerabilidade não tem efeito se não houver o risco (Lorence, 2008).

O conceito de vulnerabilidade abrange as características e comportamentos do indivíduo que o tornam mais ou menos suscetível a determinados agravos, nomeadamente, as características individuais, as condições de vida, a dinâmica familiar e as relações que estabelece no ambiente onde vive, e também as oportunidades de acesso aos serviços que estão disponíveis a ele. Alias, podemos dizer que a vulnerabilidade se associa a uma predisposição para reagir ineficazmente em resposta ao stresse, já que não é comum que essas pessoas possuam as aptidões necessárias para utilizar em tais circunstâncias (Cecconello & Koller, 2017; Rodrigo et al., 2007).

Sendo assim, a distinção entre fatores de risco e vulnerabilidade se revelam. Os fatores de risco apresentam-se com uma probabilidade estatística presente em grupos e populações, a vulnerabilidade, em contrapartida, classifica as tendências à resposta ou consequências desfavoráveis exclusivamente daquele individuo (Cowan et al., 1996).

### **Fatores de Proteção e Resiliência para Famílias em Situação de Risco Psicossocial**

Os fatores de proteção são mecanismos com a finalidade de reduzir a hipótese de algo indesejado suceder quando tal individuo se encontra na presença de um fator de risco, em razão

desse mesmo indivíduo ter a capacidade de alterar sua resposta, e então temos um desfecho mais benéfico que o calculado, reduzindo a sua incidência e a sua severidade (Rodrigo et al., 2008; Nunes e Ayala-Nunes, 2019).

Eles são considerados como os mediadores na interação com o risco, pois estão relacionados com características individuais (dispõe internamente) ou ambientais (retém do meio em que vive) que desempenham uma função de proteção (Masten & Garmezy, 1985).

Armstrong, Birnie-Lefcovitch e Ungar (2005) apontam o apoio social, nomeadamente, o apoio emocional transmitido pelas pessoas da família, o apoio informativo através de um vínculo positivo com profissionais e apoio tangível provido em contextos governamentais, como exemplos de fatores de proteção. Do mesmo modo que a eficácia parental percebida, incluindo o desenvolvimento pessoal (autoestima, autorregulação, capacidade para resolver problemas), área educativa (vínculo afetivo, empatia), agência parental (perceção realista da função parental, satisfação nas tarefas parentais) entre outros, incluindo a participação em redes sociais, também são tidos como fatores de proteção (Barudy & Dantagnan, 2005; Fergus & Zimmerman, 2005; Jones & Prinz, 2005; Luthar & Zelazo, 2003).

O conjunto destes fatores, em situações de stresse, serve como um recurso que auxilia a pessoa a interagir com os eventos de vida e a conseguir melhores resultados, diminuindo a possibilidade de comportamentos ou consequências negativas (Benzies & Mychasiuk, 2009).

Se os fatores de risco são anulados ou minimizados por fatores de proteção, então revela-se as influências dos fatores de proteção diretos. Quando os fatores de proteção trazem uma ação positiva, e conseqüentemente suprem as influências negativas dos fatores de risco com suas próprias habilidades pessoais, estes são chamados fatores de proteção indiretos (Garmezy & Masten, 1994; Lorence, 2008).

É essencial que hajam estudos para a identificação dos fatores de proteção que sejam apropriados e pertinentes culturalmente para indivíduos que se encontram em situação de risco psicossocial, para que assim, exista a probabilidade que estes desenvolvam forças, adquiram habilidades para se recuperar das dificuldades, e estejam melhor preparados para superar desafios futuros (Grant et. al., 2000).

Becvar (2013) refere-se à resiliência como a capacidade de ver além das dificuldades e lidar melhor com o stresse. Resiliência refere-se ao processo de adaptação ao lidar com adversidades, impactos, traumas, desastres, riscos ou consideráveis causas de stresse, isto é, comportamentos adaptados em resposta a fatores de risco (Fraser & Richman, 2001; Masten, 1994, 2001; Rutter, 2001; Wolfe, 1999).

Deste modo, para falarmos em resiliência, é fundamental que exista o risco. Não é plausível afirmar que uma pessoa está sendo resiliente, se o risco não for existente, ou seja, se não estiver em jogo a habilidade da pessoa para enfrentar uma situação considerada prejudicial (Cyrulnik, 2002).

Barudi e Dantagnan (2005) declaram que a resiliência é a capacidade de uma pessoa ou grupo de mostrar reações adequadas quando existe estímulos nocivos. Estes desenvolvem mesmo quando lidam com o stresse, e além disso conseguem manter uma adaptabilidade adequada por conta de seus recursos pessoais. Salientam ainda, que as características que tornam um indivíduo resiliente são decorrentes das intervenções entre esse indivíduo com o atendimento as suas necessidades básicas (alimentação e cuidados); com os vínculos entre membros familiares, e com o meio social. É necessário que haja contextos, ambientes e condições de habitação que facilitem o desenvolvimento da resiliência (Garmezy, 1981; Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Walsh, 1998).

O caminho que uma família segue ao se adaptar e ao prosperar diante do stresse é chamado resiliência familiar. Ao lidar com situações adversas, algumas famílias irão desenvolver competências, e então o nível de funcionamento será igual ou até melhor do que era antes de enfrentar tal problema, porém devemos reconhecer que nem todas as famílias progridem no mesmo estágio ou seguem uma determinada trajetória. Além disso, a resiliência não é absoluta. Existe a possibilidade de ser resiliente em uma determinada esfera e desprovido em outra (Miller-Graff, Scheid, Guzmán, & Grein, 2020; Walsh, 1998; 2004).

Finalmente, é relevante reconhecer a importância de fatores de risco e proteção que são universais e os que são únicos para cada família. Esses fatores desempenharão um papel importante na forma como os elementos stressores são respondidos e como o percurso de vida dessa família se desenvolve (Alonzo & Gearing, 2013; Becvar 2013).

### **Famílias em Risco e Saúde Mental**

A preocupação pelo funcionamento das famílias tem sido crescente, em particular pelas famílias em situação de risco psicossocial. A princípio, o conceito risco estava relacionado com as definições sociodemográficas, socioeconômicas e características estruturais (De Paúl & Arruabarrena, 2001). Nesta perspectiva, as famílias que se encontravam em crise e/ou situações de maltrato, começaram a receber apoio a partir de um modelo baseado na teoria do déficit onde o foco era, unicamente, intervir para não remover a criança de sua casa (Rodrigo et al., 2008; Jimenez, 2009). Surgiu então a partir da década de oitenta, uma perspectiva menos restrita, no que diz respeito a intervenção. Sucedeu-se uma ampliação do serviço de apoio para

todos os membros das famílias (Minuchin, Colapinto, & Minuchin, 2000). Atualmente, a intervenção familiar adotada é de caráter preventivo, e são claramente facilitadas em programas psicoeducacionais. Cada família deve se ajustar da sua forma, mas em todos os casos, deve-se garantir que os pais sejam capazes de promover o bem-estar, incluindo a saúde física e mental de seus membros (Hidalgo et al., 2009b).

Da mesma maneira que há mudanças em como a sociedade concebe o papel familiar, também acontecem transformações no cuidado e no modo de se relacionar com a saúde mental (Santin & Klafke, 2011). “Acredita-se que a saúde mental possa ser alcançada por meio de relações intrafamiliares saudáveis, construídas com interações socioafetivas eficientes e viabilizando o bem-estar físico, biopsicossocial, emocional e espiritual” (Macedo & Monteiro, 2004, p. 591).

Ao considerar famílias em situação de risco, é importante focalizar na particularidade de cada esfera do bem-estar, assim os fatores parentais e familiares também serão beneficiados (Ayala-Nunes et al., 2018). De qualquer forma, ainda vemos resultados serem avaliados com base somente na segurança e constância (Jones, LaLiberte, & Piescher, 2015; Shaffer, Egeland, & Wang, 2010).

Para conceituar o bem-estar, numa perspectiva macrossistêmica, deve se levar em conta a pluralidade, nomeadamente, o país onde essas famílias vivem (Bronfenbrenner, 1979), aspectos culturais, leis, políticas sociais, serviços oferecidos, entre outros. Nos países com maior desigualdade de renda o bem-estar das crianças tem tendência a ser mais baixo (Pickett & Wilkinson, 2015).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (2013) aprovado pela Lei nº 50/VIII/2013 constitui que toda a criança em Cabo Verde tem o direito a desenvolver-se de forma saudável, quer ao nível físico como mental. De outro modo, um estudo coordenado, no ano de 2017, pelo Instituto Cabo-Verdiano da Criança e do Adolescente (ICCA) associado com diversas organizações Cabo-Verdianas, indica que houve um aumento significativo no número de denúncias relacionadas com o Plano Nacional de Combate à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (Correia et. al., 2019). Na exploração sexual de crianças e adolescentes em Cabo Verde, frequentemente os predadores são ou o pai, o padrasto, o tio, o irmão, o vizinho, o amigo de família ou o padrinho, visto a inadequação das habitações e o abuso do álcool, tal como consequência da pobreza, os pais remetem as filhas a prostituição como forma de sobrevivência. Assim, o turismo sexual infantil é uma prática comum identificada, especialmente na Ilha do Sal e Boa Vista (Lusa, 2017).

Além disso, há registros que 56,5% das crianças, dos 0 aos 6 anos, são agredidas fisicamente pelos seus cuidadores (Correia et al., 2019). Sendo assim, houve na última década um aumento significativo referente a violência entre adolescentes em Cabo Verde, e estudos apontam a origem determinante do crescimento da criminalidade sendo a exposição desses jovens as drogas, falta de apoio público e familiar, além de enfrentarem punições severas, as quais fazem parte dos costumes Cabo-Verdianos (Zoetl, 2016).

Os abusos físicos e sexuais experienciados na infância e adolescência são considerados fatores de risco graves para complicações em saúde mental (Benetti, Ramires, Schneider, Rodrigues, Tre- Marin, 2007), e todas as causas correlacionadas com a pobreza, além de debilitar a criação de um filho, também podem danificar o bem-estar mental dos pais e suas competências parentais (Leinonen et al. 2002).

Belsky determina que a partir do funcionamento psicológico dos pais (Belsky, 1984; Belsky, 2006) cria-se uma influência positiva ou prejudicial na saúde mental destes próprios pais, afetando a parentalidade e o desenvolvimento infantil (Landi et al., 2019).

O stress dos pais continua a ser um fator importante na previsão de resultado no desenvolvimento dos filhos. Níveis mais altos de stress parental demonstraram afetar negativamente a competência dos pais, e gerar uma variedade de resultados infantis, como problemas de comportamento (Jackson & Moreland, 2018). Em outras palavras, quando a parentalidade resulta em um nível alto de stress, há um prejuízo na saúde mental (Primack et al. 2012), nas relações, e no desempenho de toda família (Whalen, Jamner, Henker, Delfino, & Lozano, 2002).

Estudos que investigam as características psicológicas maternas, os efeitos de sintomas psicopatológicos, e também os traços de personalidade, nos mostram que mães com sintomas depressivos tendem a apresentar níveis mais baixos de sensibilidade para com seus filhos, além de exibir comportamentos hostis e intrusivos mais frequentemente (Bergman, Sarkar, O'Connor, Modi e Glover, 2007; Burstein, Ginsburg, & Tein, 2010; Cummings & Davies, 1994; Downey & Coyne, 1990; Malphurs et al., 1996; Pianta, Egeland & Sroufe, 1990).

Num estudo italiano, 42 relatos de mães em situação de risco psicológico, social e /ou demográfico, no período dos 3 aos 24 meses após o nascimento de seus primogênitos, foram avaliados destacando-se o papel prejudicial dos sintomas depressivos maternos, e também a contribuição negativa de um baixo nível socioeconómico familiar. Torna-se evidente o efeito prejudicial do baixo nível socioeconómico apenas no segundo ano de vida da criança, enquanto no primeiro ano, a saúde mental e a personalidade materna desempenham os papéis mais significativos (Landi et al., 2019).

Vários estudos comprovam a influência negativa que o ambiente social, cultural e econômico desfavorável apresentam no desenvolvimento psicológico (McFadden & Tami-Lemonda, 2013; Repetti, Taylor & Seeman, 2002; Roubinov & Boyce, 2017). Assim sendo, um baixo nível socioeconômico familiar, é apontado como um preditivo que impacta negativamente o desenvolvimento cognitivo infantil e a saúde mental dos pais (Reiss, 2013; Tarren-Sweeney & Hazell, 2006).

Foi constatado que mães com baixo nível socioeconômico são mais propensas a manifestar comportamentos parentais inadequados (Bárrig-Jó et al., 2016; De Falco et al., 2014; McLoyd & Wilson, 1991; Tamis-LeMonda & Bornstein, 2002). Deste modo, bebês que nascem em famílias com baixo nível socioeconômico têm uma maior condição de manifestar problemas mentais e emocionais durante a infância (Najman et al., 2004), demonstrando que riscos associados à saúde materna (Atkinson et al., 2000) podem ter impactos desvantajosos na saúde mental da criança (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg & Van Ijzendoorn, 2010; Raikes & Thompson, 2006).

O que queremos salientar, portanto, é que regularmente os prejuízos socioeconômicos familiares têm relação com insuficientes oportunidades educacionais, sociais e de saúde, além de um ambiente de desenvolvimento onde não há encorajamento para que as crianças explorem seu próprio mundo. De qualquer forma, um dos fatores que pode implicar na moderação destes efeitos é o apoio social (Bradley & Corwyn, 2002).

Um estudo feito em Hong Kong para avaliar os efeitos de um tratamento de Terapia Cognitiva Comportamental em grupo, com pais de crianças com Perturbação de Déficit de Atenção e Hiperatividade, indicou que os participantes do grupo experimental mostraram maiores melhorias na saúde mental, ou seja, a redução no stresse parental mediou significativamente o efeito da TCC na redução dos problemas dos participantes na área de saúde mental (Wong, Kin Ng, Ip, Chung, & Choi, 2018)

Na Suécia, um estudo com 120 pais nascidos na Somália com filhos de 11 a 16 anos que participaram num programa psicoeducativo, mostrou que houve uma influência positiva na saúde mental desses pais, diminuindo a depressão e o stresse (Osman, Salari, Klingberg-Allvin, Schön, Flacking, 2017).

Atualmente, as políticas públicas já incluem como objetivos a promoção do bem-estar e saúde mental de crianças e jovens, principalmente os considerados em situação de risco, como uma forma de expandir a integração social e interromper ciclos de diferenças sociais (Gilbert 2012; Heckman 2006), visto que essas vivências nocivas, que são experienciadas numa idade

imatura, têm efeitos a longo prazo que continuam na fase adulta e são transportadas intergeracionalmente (Najman et al. 2004).

Em conclusão, a sociedade está sempre remodelando os conceitos sobre saúde mental (Melman, 2008), ao promover ações de caráter preventivo e psicoeducativo a favor dessas famílias, e também disponibilizar serviços especializados para assegurar o apoio as famílias em situação de risco (Hidalgo, Pérez-Padilla, Sánchez, Ayala-Nunes, Maya, Grimaldi, Menéndez, 2018), os países que adotam tais medidas, concedem a essas famílias, principalmente as consideradas em risco psicossocial, o necessário para garantir a preservação e o bem-estar familiar (Daly et al., 2015).

Para este propósito, os grupos de apoio parental exibem o apoio social como uma de suas principais propostas (Byrne, Rodrigo e Martín, 2012), visto que o apoio social aumenta o bem-estar e melhora a saúde mental de famílias em situação de risco (Fernandez, 2007).

## **Capítulo 2 - Objetivos**

### **Objetivo geral**

Propomo-nos, no presente estudo, explorar as redes de apoio das famílias que residem em Cabo Verde, e examinar a relação destas redes com a saúde mental dos pais, levando em consideração os acontecimentos de vida negativos atuais e passados.

### **Objetivos específicos**

- Descrever o perfil sociodemográfico e analisar o perfil psicossocial das famílias que vivem em Cabo Verde.
- Relatar a dimensão e composição das redes de apoio social percebidas.
- Examinar as relações entre cada dimensão do apoio social e a saúde mental dos participantes.
- Determinar os tipos de acontecimentos de vida negativos mais frequentes nessa população, em particular, os que estão mais relacionados a saúde mental.
- Verificar o impacto dos acontecimentos de vida negativos e da falta do apoio social na saúde mental dessas famílias.

## Capítulo 3 – Método

### Delineamento

O presente estudo tem um desenho descritivo-correlacional, dado que o seu objetivo é averiguar a existência de relação entre variáveis e observar a descrição dessas relações (Tamayo, 2004). Optou-se também por utilizar uma abordagem quantitativa por fornecer informações numéricas e instrumentos estatísticos (Ragin, 2007). O método de recolha usado foi o inquérito, ou seja, a recolha de informação foi feita através de entrevistas a um conjunto de participantes sendo a informação dada diretamente pelos participantes (auto-relato). Tem um cariz transversal, uma vez que o estudo de variáveis, e a recolha de dados se realizou num único momento, não existindo, portanto, seguimento dos participantes (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

### Participantes

Participaram um total de 66 famílias, com filhos que estudam em escolas publicas em Sal Rei com idades compreendidas entre 6 e 12 anos, residentes na ilha da Boavista em Cabo verde. Destes, 56 são mulheres e 10 são homens, com idades compreendidas entre os 22 e os 58 anos.

### Instrumentos

**Questionário Sociodemográfico.** Foi construído um questionário ad hoc que recolheu informação relativa à idade, sexo, nível de estudos e ocupação dos pais, composição e estrutura familiar, bem como informação relativa ao sexo e idade da criança.

**Apoio Social- DUKE-UNC.** O Apoio Social – DUKE-UNC serve para medir o Apoio Social. Foi utilizada a adaptação portuguesa do Functional Social Support Questionnaire, Duke-UNC de Broadhead, Gehlbach, DeGruy e Kaplan (1988) realizada por Nunes et al. (2020). É composto por 15 itens que avaliam o tamanho da rede de apoio social (2 itens) bem como o apoio recebido nas dimensões de apoio emocional (e.g. “Recebo elogios e reconhecimento quando faço bem o meu trabalho”), informativo (e.g. “Recebo conselhos úteis quando me acontece alguma coisa importante na minha vida”) e tangível (e.g. “Recebo ajuda nas lides da minha casa (cozinhar, limpar, passar a ferro,...)”) com 13 itens. Cada item tem 5 opções de resposta (1- Muito menos do que desejo, 2- Menos do que desejo, 3 - Nem muito nem pouco, 4- Quase como desejo e 5 - Tanto quanto desejo). No presente estudo obtiveram-se os seguintes índices de fiabilidade: Apoio Informativo  $\alpha = ,80$ ; Apoio Emocional  $\alpha = ,68$ ; Apoio Tangível  $\alpha = ,75$  e Apoio Social Total  $\alpha = ,85$ .

**Questionário de Saúde Geral – GHQ 28.** A utilidade desse instrumento é medir a saúde mental dos pais. O Questionário de Saúde Geral (GHQ 28) trata-se da versão portuguesa (Pais, Ribeiro & Antunes, 2003) da forma breve da versão original do General Health Questionnaire proposta por Golberg e Williams (1996). Consiste num questionário de 28 itens, cujo objetivo é detetar problemas psicológicos atuais a partir do relato de sintomas experienciados pelo entrevistado nas últimas três semanas. Estes sintomas estão agrupados em quatro subescalas com sete itens cada: Sintomas somáticos (ex.: “Tem tido dores de cabeça?”), ansiedade e insónia (ex.: “Depois de adormecer acorda várias vezes?”), disfunção social (ex.: “Tem-se sentido satisfeita com a forma como tem feito as coisas?”) e depressão grave (ex.: “Sentiu que a vida já não vale a pena?”). Cada item tem quatro opções de resposta que variam consoante a pergunta, na qual pontuações mais elevadas correspondem a uma maior presença de sintomas. No presente estudo obtiveram-se os seguintes índices de fiabilidade: Sintomas somáticos  $\alpha = ,60$ ; Ansiedade e insónia  $\alpha = ,82$ ; Disfunção social  $\alpha = ,63$ ; Depressão grave  $\alpha = ,78$  e GHQ total  $\alpha = ,75$ .

#### **Inventário de Acontecimentos de Vida Estressantes e de Risco – SRLEI.**

Acontecimentos de vida negativos: para avaliar esta dimensão, foi utilizado o Inventário de Acontecimentos de Vida Estressantes e de Risco (SRLEI, Hidalgo et al., 2005). É composto por uma lista de 16 eventos negativos (e.g. precariedade económica e laboral, divórcio, violência doméstica, maltrato infantil, etc.), permitindo aos pesquisadores determinar quais são os acontecimentos de vida negativos atuais (nos últimos 3 anos) e passados (a mais de 3 anos) mais frequentes, podendo também medir-se o impacto emocional (1 = afetação baixa a 3 = afetação muito alta).

#### **Procedimentos**

Os pais e mães que participaram neste estudo foram selecionados pelos gestores e professores das Escolas Públicas de Sal Rei. Muitas das famílias foram escolhidas para o estudo por fazer parte de casos de risco de abuso e negligência para com os filhos, além de pais de crianças vítimas de situações ou acontecimentos traumáticos sinalizadas ao ICCA (Instituto Caboverdiano da Criança e do Adolescente). Outras faziam parte da população geral, e foram selecionadas para convocar um grupo heterogêneo.

As mães e pais de crianças e/ou adolescentes contactados pela equipa de Investigação da Universidade do Algarve (UAlg), assim como os que nos contactaram, foram convidados a participar na investigação através do contato inicial via telefone, e depois de obtido o

consentimento informado por parte dos pais e das mães, foram agendadas as sessões para a aplicação dos instrumentos.

A recolha dos dados foi realizada individualmente, em formato de entrevista, ou seja, foram preenchidos pelo investigador, no domicílio familiar dos participantes ou em uma sala cedida pelo Centro Arte e Cultura da Boa Vista (CAC) localizado em Sal Rei, dependendo da disponibilidade dos participantes<sup>1</sup>. Cada entrevista demorou aproximadamente 60 minutos. No início da entrevista, foram explicados aos pais e mães os objetivos da pesquisa, a sua natureza não-compensatória, a confidencialidade e anonimato dos dados, e a possibilidade de abandonarem o estudo em qualquer momento sem que isso tivesse qualquer consequência negativa. A recolha de dados realizou-se entre Janeiro a Março de 2020.

**Plano de Análise.** Os dados utilizados no estudo foram objeto de análise estatística através do software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 25. Para a estatística descritiva dos dados recorreu-se a tabelas de frequência e foram calculadas as medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão). Para a estatística inferencial ou bivariada utilizaram-se o coeficiente de correlação de Pearson, de forma a evidenciar a existência de relação entre variáveis. Este tipo de análise de correlação indica a forma como duas variáveis variam em conjunto, medindo a intensidade e a direção da relação entre as mesmas. O Coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ) varia entre -1 e 1. O sinal indica a direção positiva/negativa da relação entre as variáveis, ao passo que o valor indica a força dessa mesma relação (Filho & Júnior, 2009). Assim, quanto mais próximo o valor estiver de 1, mais forte é a associação entre as variáveis (Bryman & Cramer, 2004), ao passo que se a correlação apresentar o valor zero ( $r=0$ ), não existe qualquer associação entre as variáveis. Segundo Cohen (1988) os valores que oscilam entre ,10 e ,30 ou -,10 e -,30 são relativos a correlações fracas, os valores que oscilam entre ,30 e ,50 ou -,30 e -,50 são relativos a correlações moderadas, os valores que oscilam entre ,50 e ,80 ou -,50 e -,80 são fortes e os que estão acima de ,80 ou -,80 são considerados muito fortes. O teste  $t$  para amostras emparelhadas foi utilizado para a comparação entre dois valores médios com medidas emparelhadas para a mesma amostra, a fim de se observar as diferenças entre as duas medidas repetidas para cada teste. Para indicar as diferenças existentes entre subgrupos amostrais recorreu-se ao teste Anova, quando os pressupostos de normalidade se confirmaram. Para avaliar a magnitude da diferença entre as

---

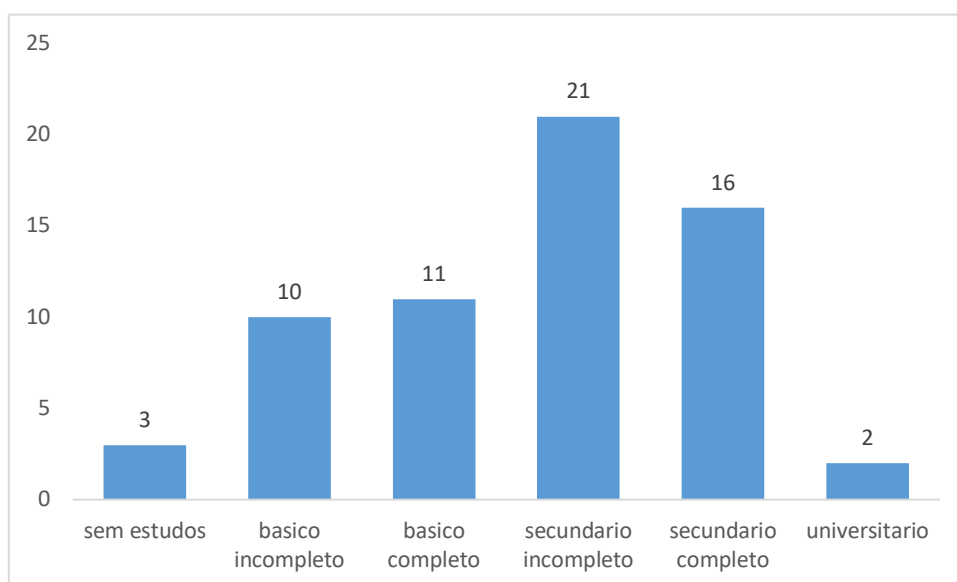
<sup>1</sup> Apesar da escala ser autoaplicável, optámos por aplicar em formato de entrevista atendendo à eventual complexidade que pudesse sugerir em virtude da barreira da linguagem, visto que os participantes falam crioulo Cabo-Verdiano, e nem todos falavam ou liam o Português fluentemente.

médias, utilizou-se o eta quadrado, que exprime o efeito da variável independente na variável dependente. Neste âmbito, foi considerado um efeito pequeno até ,01, efeito moderado a partir de ,06 e efeito grande a partir de ,07. Quando os pressupostos de normalidade não foram assegurados, utilizou-se o teste não paramétrico de Mann Whitney para verificar a diferença entre os dois grupos. Para compreender a influência das variáveis. Para compreender a influência das variáveis independentes nas variáveis dependentes, utilizou-se a análise da regressão linear múltipla pelo método hierárquico. O nível de significância adotado para os testes acima descritos foi de 5% ( $p < ,05$ ). Foi ainda utilizada a aplicação *Microsoft Excel* 2016 para a representação gráfica dos resultados.

## Capítulo 4 – Resultados

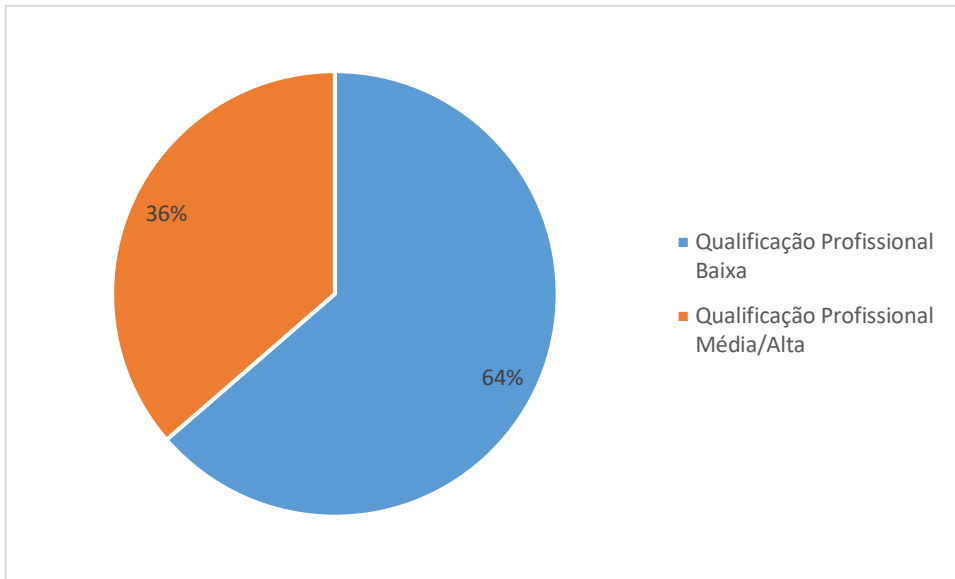
Participaram no estudo um total de 66 pais, dos quais 56 eram mulheres (84,8%) e 10 eram homens (15,2%), com idades compreendidas entre os 22 e os 58 anos, com uma média de 35,87 ( $DP=7,75$ ), residentes na ilha da Boavista em Cabo verde, com filhos que estudavam em escolas publicas em Sal Rei com idades compreendidas entre 6 e 12 anos.

Uma grande parte dos participantes tinha o ensino secundário incompleto ( $n=21$ ; 31,8%) seguido por participantes com o secundário completo ( $n=16$ ; 24,2%), havendo uma minoria sem estudos ( $n=3$ ; 4,5%) ou com estudos superiores completos ( $n=2$ ; 3,0%) (Gráfico 1).



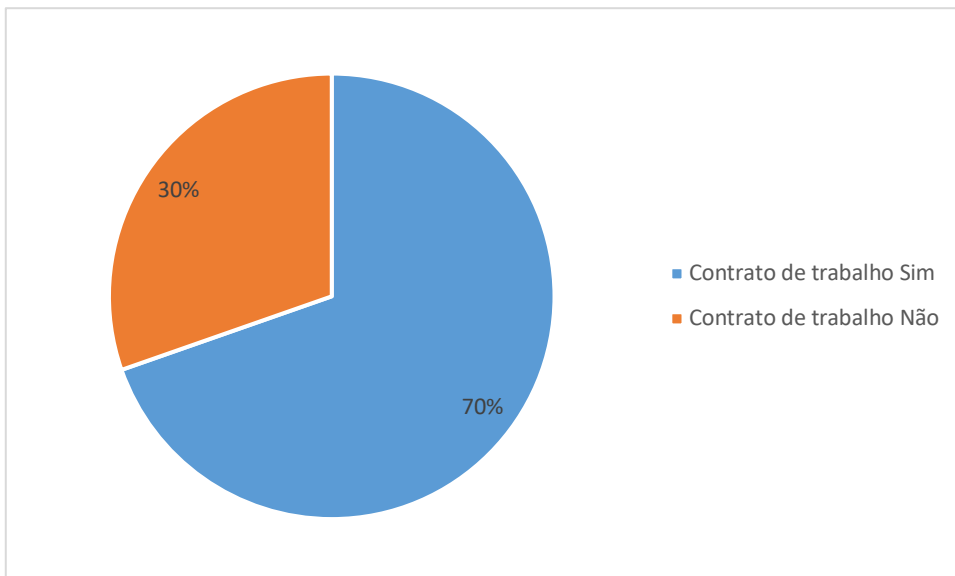
**Gráfico 1:** *Escolaridade dos participantes do estudo*

No que concerne a qualificação profissional dos pais (figura 1.2.) verificou-se que 64% dos pais apresentavam uma qualificação profissional baixa ( $n=42$ ), e 36% uma qualificação média a alta ( $n=24$ )



**Gráfico 2:** *Qualificação profissional dos pais*

Relativamente aos contratos de trabalho, observou-se que 70% ( $n=46$ ) dos participantes tinham contrato de trabalho.



**Gráfico 3:** *Contrato de trabalho*

Em relação à tipologia familiar, 62,9% das famílias eram biparentais, sendo 24 (77,4%) originais e 7 (22,6%) eram reconstituídas, enquanto 37,1% eram monoparentais. No que concerne ao número de filhos por família, verificou-se que a média de filhos em famílias biparentais é de 4,41 ( $DP=1,73$ ) filhos, e a média de filhos em famílias monoparentais era de 3,39 ( $DP=1,59$ ) filhos, não se observando diferenças significativas entre ambas ( $t(61) = -1,705$ ;  $p=,094$ ).

## Apoio social percebido e características sociodemográficas

Relativamente ao apoio social, constata-se que os participantes possuíam uma rede de apoio social de aproximadamente 10 pessoas ( $M=10,38$ ;  $DP=8,29$ ;  $Min=0$ ;  $Max=40$ ). Apenas uma pessoa (1,52%) não mencionou familiares ou amigos na sua rede social, quatro (6,06%) não mencionaram familiares e nove (13,64%) não mencionaram amigos.

As médias ponderadas foram calculadas para testar as diferenças nas subescalas do apoio social e o teste  $t$  de amostras emparelhadas mostrou que os participantes obtiveram uma pontuação mais baixa no apoio instrumental ( $M=3,28$ ;  $DP=1,24$ ) do que no emocional ( $M=3,94$ ;  $DP=0,97$ ;  $t(65)=4,57$ ;  $p=,000$ ) e apoio informativo ( $M=4,01$ ;  $DP=0,87$ ;  $t(65)=2,62$ ;  $p=,011$ ). Também as pontuações no apoio informativo foram significativamente maiores do que no apoio emocional ( $t(65)=-3,35$ ;  $p=,001$ ).

As subescalas de apoio social apresentam correlações positivas e significativas entre si (Tabela 1). No que diz respeito aos amigos e familiares na rede, estes apresentam correlações positivas moderadas significativas com o apoio informativo, e positivas fracas significativas com o apoio emocional e instrumental.

**Tabela 1:** Estatísticas descritivas e matriz de correlações do apoio social ( $N = 66$ )

	1	2	3	4	5
1. Apoio informativo	-	,64***	,59***	,43***	,49***
2. Apoio emocional		-	,56***	,29*	,28*
3. Apoio instrumental			-	,27*	,29*
4. Amigos na rede				-	,56***
5. Familiares na rede					-
$M$	3,61	3,94	3,28	4,35	6,03
$DP$	0,97	0,97	1,24	4,52	4,88
$Min - Max$	1,67 - 5	1,67 - 5	1 - 5	0 - 20	0 - 21

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

Não encontramos diferenças significativas no apoio social segundo as características sociodemográficas (idade e nível de estudos dos participantes, tipo de família, contrato de trabalho), exceto no sexo dos participantes e qualificação profissional (Tabela 2).

Os homens relataram uma rede social de familiares mais extensa ( $M=9,70$ ,  $DP=5,54$ ) do que as mulheres ( $M=5,38$ ;  $DP=4,49$ ;  $U=140,00$ ;  $p=,012$ ;  $r=-,31$ ), com um efeito de tamanho

moderado. Além disso, os homens tiveram uma pontuação mais alta no apoio informativo ( $M=4,43$ ;  $DP=0,79$ ) do que as mulheres ( $M=3,46$ ;  $DP=0,93$ ;  $U=113,00$ ;  $p =,003$ ;  $r=-,37$ ) com um tamanho de efeito moderado.

Notamos que os participantes com qualificação profissional média/alta relataram um maior apoio tangível ( $M=3,81$ ;  $DP=1,05$ ), do que os participantes com baixa qualificação ( $M=3,07$ ;  $DP=1,19$ ;  $F=5,36$ ;  $p =,024$ ;  $n^2 =,07$ ) e os participantes com média/alta qualificação profissional também relataram um maior número de familiares na rede ( $M=7,45$ ;  $DP=4,64$ ) que os participantes de baixa qualificação profissional ( $M=4,94$ ;  $DP=3,52$ ;  $F=5,10$ ;  $p =,028$ ;  $n^2 =,07$ )

**Tabela 2:** *Comparações do apoio social segundo características sociodemográficas*

Tipo de família	Monoparental	Biparental	F	p	$\eta^2$
	(n =23) M (DP)	(n =39) M (DP)			
Amigos na rede	4,00 (3,26)	4,92 (5,19)	0,59	,446	,01
Familiares na rede	5,74 (5,32)	6,18 (4,87)	0,11	,741	,00
Apoio informativo	3,45 (1,07)	3,71 (0,92)	0,99	,324	,02
Apoio emocional	3,74 (1,08)	4,30 (1,33)	2,93	,092	,05
Apoio tangível	3,07 (1,28)	3,40 (1,19)	1,11	,296	,02
Anos de estudos participantes	$\leq 9$ anos	$>9$ anos	F	p	$\eta^2$
	(n =24)	(n =40)			
Amigos na rede	4,13 (4,92)	4,18 (3,62)	0,00	,963	,00
Familiares na rede	5,79 (4,63)	6,10 (5,15)	0,06	,811	,00
Apoio informativo	3,65 (1,06)	3,60 (0,95)	0,05	,825	,00
Apoio emocional	3,88 (1,21)	4,19 (1,32)	0,92	,341	,01
Apoio tangível	3,02 (1,42)	3,43 (1,14)	1,62	,208	,03
Sexo participantes	Feminino	Masculino	U	p	r
	(n = 56)	(n = 10)			
Amigos na rede	4,23 (4,80)	5,00 (2,45)	182,50	,079	-,22
Familiares na rede	5,38 (4,49)	9,70 (5,54)	140,00	,012	-,31
Apoio informativo	3,46 (0,93)	4,43 (0,79)	113,00	,003	-,37
Apoio emocional	3,88 (1,00)	5,07 (2,07)	173,00	,053	-,24
Apoio tangível	3,17 (1,24)	3,88 (1,05)	185,50	,090	-,21

Qualificação profissional	Baixa	Média/ Alta	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
	( <i>n</i> =35)	( <i>n</i> =20)			
Amigos na rede	3,77 (4,07)	5,00 (4,58)	1,06	,308	,01
Familiares na rede	4,94 (3,52)	7,45 (4,64)	5,10	,028	,07
Apoio informativo	3,49 (0,85)	3,77 (1,08)	1,13	,293	,01
Apoio emocional	3,85 (1,02)	4,23 (0,76)	2,16	,148	,03
Apoio tangível	3,07 (1,19)	3,81 (1,05)	5,36	,024	,07
Contrato de trabalho	Não	Sim	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
	( <i>n</i> =17)	( <i>n</i> =39)			
Amigos na rede	4.13 (4.92)	4.18 (3.62)	0.00	.963	,00
Familiares na rede	5,79 (4.63)	6.10 (5.15)	0.06	.811	,00
Apoio informativo	3.65 (1.06)	3.60 (0.95)	0.05	.825	,00
Apoio emocional	3.88 (1.21)	4.19 (1.32)	0.92	,341	,01
Apoio tangível	3.02 (1.42)	3.43 (1.14)	1.62	,208	,03

### Saúde mental dos participantes e características sociodemográficas

As subescalas do GHQ apresentam correlações positivas e muito fortes com a dimensão Ansiedade, correlações positivas fortes com a dimensão Somáticos e Depressão e uma correlação positiva moderada com a dimensão Disfunção Social, todas elas significativas. A dimensão Ansiedade apresenta correlações positivas e forte com a dimensão Depressão e Somáticos, e correlação positiva fraca com a dimensão Disfunção Social. Por último, a dimensão Somáticos com a dimensão Depressão apresenta uma correlação positiva e moderada.

Com exceção da dimensão Disfunção Social com as dimensões Somáticos e Depressão, todas as variáveis apresentam correlações significativas entre si (Tabela 3).

**Tabela 3:** Estatísticas descritivas e matriz de correlações da saúde mental (N = 66)

	1	2	3	4	5
1. Somáticos	-	.66***	.24	.33**	.75***
2. Ansiedade		-	.28*	.66***	.866***
3. Disfunção social			-	.14	.42**
4. Depressão				-	.63***
5. GHQ Total					-
<i>M</i>	12.57	12.76	13.56	8.62	47.76
<i>DP</i>	3.75	4.30	2.00	2.57	10.37
<i>Min – Max</i>	7 – 24	7 – 25	7 - 20	7 - 17	32 – 81

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

Não observamos diferenças significativas ao nível da saúde mental nas restantes características sociodemográficas, nomeadamente o tipo de família (monoparental e biparental), anos de estudos dos participantes, sexo dos participantes, contrato de trabalho ou qualificação profissional (Tabela 4).

**Tabela 4:** Saúde mental dos participantes segundo as características sociodemográficas

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
<b>Tipo de família</b>					
Monoparental	12,83	4,29			
Biparental	12,49	3,48	0,12	,735	,00
<b>Anos de estudos participantes</b>					
≤ 9 anos	50,00	10,35			
>9 anos	46,92	10,44	1,23	,272	,02
<b>Sexo dos participantes</b>					
Mulheres	48,30	9,69			
Homens	44,90	13,66	171,50	,080	-,22
<b>Contrato de trabalho</b>					
Sim	47,78	9,65	0,36	,550	,00
Não	43,87	5,91			
<b>Qualificação Profissional</b>					
Baixa	47,64	8,62	1,67	,202	,02
Média/Alta	44,37	9,04			

### **Apoio social e saúde mental dos participantes**

O apoio informativo e o apoio tangível apresentaram correlações negativas moderadas significativas com as dimensões sintomas somáticos e ansiedade. O apoio informativo apresentou correlação negativa moderada significativa com a depressão ( $r=-.31$ ) e o apoio tangível apresentou uma correlação negativa fraca significativa com esta mesma dimensão da saúde mental.

No que respeita ao apoio emocional, verificaram-se correlações negativas moderadas significativas com todas as dimensões da saúde mental.

Os amigos na rede não apresentaram correlações significativas com nenhuma das dimensões da saúde mental. No entanto, os familiares na rede apresentaram correlações negativas fracas significativas com todas as dimensões da saúde mental (Tabela 5).

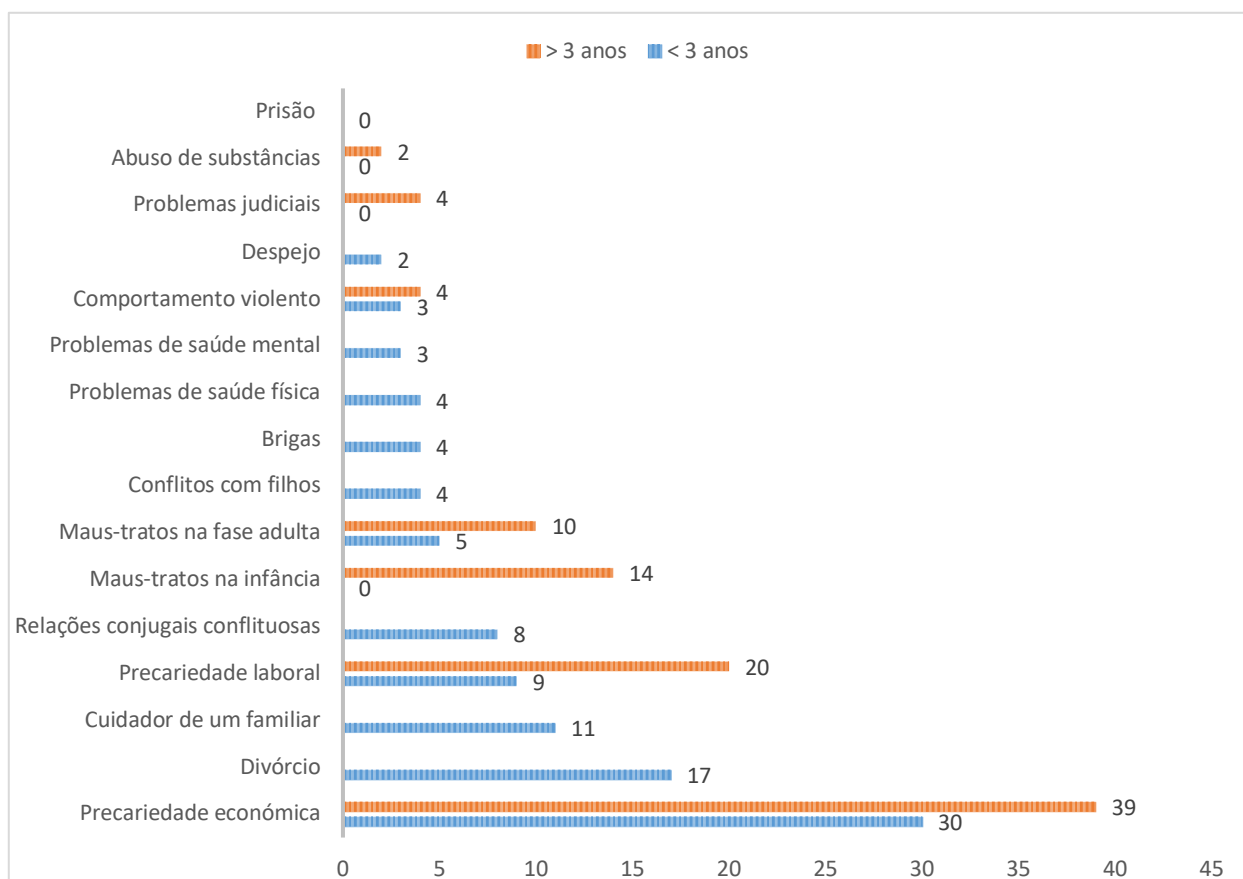
**Tabela 5:** *Correlações entre as dimensões do apoio social e a saúde mental dos participantes (n=66)*

	Somáticos	Ansiedade	Disfunção social	Depressão	GHQ Total
Apoio informativo	-,31*	-,32**	-,20	-,35**	-,31*
Apoio emocional	-,30*	-,34**	-,31*	-,37**	-,37**
Apoio tangível	-,44***	-,43***	-,16	-,28*	-,42**
Amigos na rede	-,03	-,07	-,17	-,08	-,02
Familiares na rede	-,25*	-,30*	-,26*	-,26*	-,24

### **Acontecimentos de vida negativos e saúde mental dos participantes**

O gráfico 4 documenta o número de AVN decorridos no passado e na atualidade. Tanto no passado ( $n=39$ ; 59,1%) como no presente ( $n=30$ ; 45,5%), a precariedade económica foi o AVN mais referido, seguindo-se no passado, a precariedade laboral ( $n=20$ ; 13,6%) e no presente o divórcio ( $n=17$ ; 25,8%).

Maus-tratos na infância foi referido por 14 participantes (21,2%).



**Gráfico 4:** *Acontecimentos de Vida Negativos*

Relativamente à relação entre AVN e saúde mental, o número de AVN apresentou uma correlação positiva significativa moderada com a ansiedade ( $r=,37$ ;  $p=,015$ ) e com a depressão ( $r=,47$ ;  $p=,002$ ), não apresentando correlações significativas com a somatização ( $r=-,01$ ;  $p=,977$ ) nem com a disfunção social ( $r=,13$ ;  $p=,422$ ). Ao nível do risco atual e passado, decidi-se analisar os riscos que tinham mais de 10 casos e perceber se a média global de saúde mental era diferente entre indivíduos que tinham risco e os que não tinham. Na saúde mental geral, de acordo com a tabela 6., o único AVN atual que apresentou diferenças significativas, com tamanho do efeito grande, foi a precariedade económica, sendo que os indivíduos com precariedade económica têm pior saúde mental ( $F=5,63$ ;  $p=,021$ ;  $\eta^2=,08$ ).

**Tabela 6:** *Saúde Mental Geral e Acontecimentos de Vida Negativos Atuais*

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
<b>Precariedade Económica</b>					
Sim (n=29)	51,00	11,46			
Não (n=34)	45,00	8,57	5,63	,021	,08
<b>Divorcio</b>					
Sim (n=17)	51,71	10,44			
Não (n=46)	46,30	10,06	3,51	,066	,05
<b>Cuidador de familiar</b>					
Sim (n=11)	47,72	10,50			
Não (n=52)	47,77	10,44	0,00	,990	,00

Apesar do divórcio não apresentar diferenças ao nível da saúde mental geral, os sintomas de ansiedade são significativamente mais elevados, com tamanho do efeito grande, nos indivíduos que estão a passar atualmente (<3 anos) por um divórcio (divórcio:  $M=15,12$ ;  $DP=4,53$ ; não divórcio:  $M=11,94$ ;  $DP=3,95$ ;  $F=7,60$ ;  $p=,008$ ;  $\eta^2=,10$ ).

No que respeita aos AVN decorridos no passado, encontraram-se diferenças significativas com tamanho do efeito grande, ao nível da precariedade económica e dos maus-tratos infantis, sendo que as pessoas que tiveram precariedade económica e sofreram maus-tratos tem uma pior saúde mental (Tabela 7).

**Tabela 7: Saúde mental e Acontecimentos de Vida Negativos Passados**

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
<b>Precariedade económica</b>					
Sim (n=37)	50,78	11,17			
Não (n=26)	43,46	7,37	8,54	,005	,11
<b>Precariedade laboral</b>					
Sim (n=18)	48,67	10,92			
Não (n=45)	47,40	10,24	0,19	,665	,00
<b>Maus-tratos na infância</b>					
Sim (n=13)	53,92	10,05			
Não (n=50)	46,16	10,37	6,28	,015	,09
<b>Maus-tratos na vida adulta</b>					
Sim (n=9)	52,67	10,68			
Não (n=54)	46,94	10,19	2,40	,126	,03

Os maus-tratos na vida adulta ocorrido no passado (> 3 anos) apesar de não ter diferenças ao nível da media de saúde mental geral, apresenta medias significativamente diferentes, com tamanho do efeito grande ao nível dos sintomas de depressão (Maltrato:  $M=10,50$ ;  $DP=3,41$ ; Sem maltrato:  $M=8,29$ ;  $DP=2,27$ ;  $F=6,86$ ;  $p=,011$ ;  $\eta^2=,09$ ) e ansiedade (Maltrato:  $M=15,70$ ;  $DP=4,35$ ; Sem maltrato:  $M=12,23$ ;  $DP=4,11$ ;  $F=5,94$ ;  $p=,018$ ;  $\eta^2=,08$ ), sendo superiores nos indivíduos que sofreram maus-tratos na vida adulta. Os maus-tratos infantis apresentam medias significativamente diferentes a nível de todas as doenças da saúde mental.

### **Influência do apoio social na saúde mental**

Para avaliar o poder do apoio social e dos acontecimentos de vida negativos para prever a saúde mental dos pais utilizámos um modelo de regressão hierárquica múltipla. Considerámos dois blocos de possíveis preditores: número de acontecimentos de vida negativos na atualidade e apoio social total.

Os valores do fator de inflação da variância (VIF) foram menores que 10 e as estatísticas de tolerância foram maiores que 0,20. Assim, verificamos que não houve colinearidade entre os preditores. A Tabela 8 mostra os resultados do modelo de regressão. O primeiro bloco (Modelo 1) explicou 16% da variância do escore de Saúde Mental, observando-se que o número de AVN atuais foi um preditor significativo ( $p < ,01$ ). Ao adicionar a variável Apoio Social

Total (Modelo 2), a análise revelou que, além dos AVN atuais, o apoio social total foi um preditor significativo ( $p < ,05$ ). Ambas variáveis mostraram valores de beta aceitáveis. O modelo final explicou 23% da variância nas pontuações de saúde mental dos pais.

**Tabela 8:** *Modelo de regressão hierárquica múltipla da saúde mental dos pais*

	<i>B</i>	<i>EP B</i>	$\beta$	$R^2$	$\Delta R^2$	<i>gl</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<b>Modelo 1</b>				,16	,16	1 / 38	7,41	,010
Constante	43,69	3,06						,010
AVN	3,75	1,38	,40					<b>,000</b>
<b>Modelo 2</b>				,23	,11	1 / 37	6,93	,003
Constante	59,50	7,31						,000
AVN	2,89	1,35	,31					<b>,039</b>
Apoio Social Total	-0.31	0,13	-,34					<b>,024</b>

Nota: AVN – N° total de Acontecimentos de Vida Negativos Atuais; EP B – Erro-padrão do valor B;  $\Delta R^2$  – Mudança em  $R^2$  ao incluir no bloco subsequente de variáveis.

## Capítulo 5 – Discussão

No presente capítulo discutiremos os resultados obtidos, examinando o perfil sociodemográfico e psicossocial das famílias que vivem em Cabo Verde, verificando as redes de apoio social e sua composição, além de investigar a sua relação com a saúde mental dos pais. Um questionário para a recolha dos dados sociodemográficos foi aplicado, e nos resultados obtidos ficou constatado uma prevalência do sexo feminino nas entrevistas. Houve diferentes estudos que demonstraram concordância com esses resultados (*e.g.*, Ayala-Nunes et al., 2018; Negash & Maguire-Jack, 2016), isso significa, que em estudos que envolvem participantes tal como pais e mães, encontra-se as mães sendo a maioria das que colaboram para as pesquisas.

No que se refere à composição e estrutura familiar, a maioria dos participantes viviam em famílias biparentais (62,09%), tratando-se em 17,95% dos casos de famílias reconstituídas, e tinham em média 4,41 filhos. No entanto, 37,1% das famílias eram monoparentais e tinham em média 3,39 filhos. Um percentual alto se comparado com a investigação realizada no Algarve onde 13,05% das famílias eram monoparentais (*e.g.*, Nunes, Martins, Ayala-Nunes, Matos, Costa & Gonçalves, 2020). Entretanto, outros estudos também identificaram famílias com uma percentagem relativamente elevada de monoparentalidade (*e.g.*, Nunes e Ayala-Nunes, 2017; Pérez-Padilla & Menéndez, 2016).

É importante salientar que existe um alto número de famílias em situação de risco psicossocial que são do tipo monoparental (Hardesty, Ogolsky, Raffaelli, & Whittaker, 2019). Famílias monoparentais, estão sujeitas a enfrentar, diariamente, eventualidades tidas como desvantajosas se comparadas com as famílias em situação de risco do tipo biparental (Anderson, 2016; Hidalgo, Lorence, Pérez, Menéndez, Sánchez, Jiménez, & Arenas, 2009; Jones et al., 2018; Scarpellini & Carlos, 2011). Um estudo feito na Espanha afirmou que o tipo de família com o maior índice de pobreza é formada por um adulto com pelo menos um filho dependente (família monoparental), e posteriormente, famílias biparentais com 3 ou mais filhos (Flaquer, Almeda, & Navarro, 2006).

No que se refere ao nível de estudos dos pais (mães e pais), observamos que um maior número de pais possui como nível educativo o secundário incompleto (31.8%), seguido pelo secundário completo (24.2%), havendo uma minoria sem estudos (4.5%) ou com estudos superiores completos (3%). Isso significa que a escolaridade considerada mínima para o exercício de uma cidadania plena, não foi atingida pela maioria das famílias. Numa sociedade onde o conhecimento, a cada dia, se torna fundamental, abandonar os estudos prejudica o(a)

adolescente a alcançar circunstâncias favoráveis para seu futuro, e esse dano irá atingi-lo(a) além da área profissional (Cunha, Vieira, Atalaia, Correia & Ferreira, 2019). Numa pesquisa feita no Algarve por Nunes e associados (2020) foi observado que 39,92% dos pais terminaram o secundário. Por outro lado, o presente estudo registra um nível educacional mais alto que outros estudos associados a famílias em situação de risco de Portugal (Ayala-Nunes et al., 2017; Macedo et al., 2013)

Ficou comprovado que a maior parte dos participantes apresentou empregos entre nula e baixa qualificação (64%), e 36% com qualificação profissional entre média e alta. Entre outros estudos feitos com famílias em situação de risco, esse estudo se equipara com semelhantes resultados encontrados em estudos concluídos em Portugal (Nunes & Ayala-Nunes, 2016; Nunes *et al.*, 2019) onde a precariedade laboral faz parte da realidade de uma grande parcela dessas famílias. De qualquer maneira, entre os que se encontravam em atividade profissional, 70% possuíam contrato de trabalho, um número considerado relativamente alto comparando com o estudo de Nunes e Ayala Nunes (2015), onde 66,6% tinham contrato de trabalho.

No que diz respeito ao rendimento familiar mensal, infelizmente não foi possível utilizar os rendimentos, dado que mais da metade dos participantes (n=39) preferiu não responder a respeito (Recomendação para diferente forma de avaliação encontra-se nas limitações). De qualquer forma, na avaliação utilizada para medir os acontecimentos de vida negativos, ficou esclarecido que a precariedade económica é considerada o risco mais frequente entre essas famílias, tanto nos riscos passados (59.1%) quanto nos riscos atuais (45.5%)

### **Acontecimentos de Vida Negativos**

No presente estudo, constatou-se que os Acontecimentos de Vida Negativos (AVN) mais frequente foi a precariedade económica tanto nos AVN passados quanto nos atuais. A precariedade laboral (30,3%) foi a segunda mais recorrente entre os AVN passados, acompanhada pelos maus-tratos infantis (21,2%). O divórcio (25.7%) foi o segundo mais constante nível dos AVN atuais, seguido pelo cuidador de um familiar (16.6%). A pesquisa feita em Cabo-Verde por Correia et al. (2019) mostra, da mesma forma, a precariedade económica como o AVN principal no presente, tal como no passado. Problemas laborais e maus-tratos na vida adulta também são dominantes nesta investigação. O estudo realizado por Ayala-Nunes e colaboradoras (2016) e outro feito por Nunes e associados (2011), mostram que os AVN atuais mais evidenciados em famílias de risco em Portugal e Espanha foram,

similarmente, os problemas económicos e profissionais (Ayala-Nunes et al., 2016; Nunes & Ayala-Nunes, 2015; Nunes et al., 2011).

### **Apoio Social**

No que concerne o apoio social, pesquisas revelam que quando este encontra-se disponível, há uma melhora na saúde mental dos pais, especialmente que se encontram em situação de risco psicossocial. (Arruabarrena & De Paúl, 2002; Gracia & Musitu, 2003; Moreno, 2002, Negash & Maguire-Jack, 2016). Os resultados desse estudo, demonstram que as famílias reconhecem possuir uma rede social significativa, visto que os participantes contavam, em média, com quase dez pessoas na sua rede de apoio social total. Podemos concluir que a rede social de apoio destas famílias é composta por uma quantidade razoável de pessoas, e tido como elevado se comparado aos resultados de outros estudos (Arranz, Oliva, Olabarrieta, & Antolín, 2010; Ayala-Nunes et al., 2016; Menéndez et al., 2010; Nunes et al., 2011; Nunes e Ayala-Nunes, 2015; Nunes et al., 2020; Rodrigo et al., 2008).

Desta maneira, referente aos singulares tipos de apoio social, a rede de maior dimensão era a de apoio informativo ( $M=4,01$ ;  $DP=0,87$ ). A segunda maior rede era a de apoio emocional ( $M=3,94$ ;  $DP=0,97$ ). O apoio instrumental era menor que as duas redes anteriores ( $M=3,28$ ;  $DP=1,24$ ). Além disso, estas redes de apoio eram compostas por familiares e não familiares; apenas uma pessoa (1,52%) não mencionou familiares ou amigos na sua rede social, quatro (6,06%) não mencionaram familiares e nove (13,64%) não mencionaram amigos.

Percebe-se que nenhum dos participantes citaram profissionais como parte da sua rede de apoio, ou seja, há uma carência de profissionais para promover intervenções psicossociais com famílias em situação de risco psicossocial (Nunes et al., 2011), e as famílias passam a depender mais fortemente de fontes informais de apoio, nomeadamente, amigos e familiares, quando os serviços formais não estão disponíveis para ajuda-los com os vários desafios que enfrentam. (Nunes et al., 2013). Há ainda, outros estudos que revelam, do mesmo modo, uma rede social de apoio pouco extensa em relação a profissionais (Lopez, 2006; Nunes et al., 2011).

Além disso, ficou explicito que o apoio instrumental era mais reduzido que o apoio emocional ou o informativo nestas famílias. Este resultado coincide com aqueles observados por Nunes et al., (2020) numa investigação realizada com famílias moradoras do Algarve, bem como a pesquisa de Nunes e Ayala-Nunes (2015) num estudo feito no Algarve com famílias em situação de risco, além do estudo de Ayala-Nunes et al. (2016) realizado com famílias Portuguesas também em situação de risco psicossocial. De qualquer maneira, estudos

portugueses (Nunes et al., 2013; Sousa, 2005), além de estudos ocorridos em Espanha (Hidalgo et al., 2009a; López, Menéndez, Lorence, Jiménez, Hidalgo, & Sánchez, 2007; Menéndez et al., 2010; Rodrigo et al., 2008) apontam que o apoio emocional é visto como o mais necessário para estas famílias.

Dessa forma, é considerável evidenciar a necessidade do apoio emocional nas redes de apoio formal e informal das famílias, além de destacar a importância do aumento do apoio instrumental (López et al., 2007).

Relativamente a diferença dos resultados entre o género, os homens relataram uma rede social de familiares mais extensa ( $M = 9,70$ ,  $DP = 5,54$ ) do que as mulheres ( $M = 5,38$ ,  $DP = 4,49$ ;  $U = 140,00$ ;  $p = ,012$ ;  $r = -,31$ ), e os homens também tiveram uma pontuação mais alta no apoio informativo ( $M = 4,43$ ,  $DP = 0,79$ ) do que as mulheres ( $M = 3,46$ ;  $DP = 0,93$ ;  $U = 113,00$ ,  $p = ,003$ ;  $r = -,37$ ).

Estudos exibem o isolamento social das mães sendo um tanto vasto, no que se refere, receberem menos visitas e saírem com menos frequência (Richards, 1977; Paris, Gemborys, Kaufman, & Whitehill, 2018). O que se torna ainda mais problemático quando nos referimos à monoparentalidade. (McArthur & Winkworth, 2016). Estudos sobre a monoparentalidade geralmente abrange mães solo. Os pais solo são uma minoria (Hidalgo et al., 2009a) Um estudo Norte-Americano classificou quase dois terços das mães como mães solo e apenas 11% considerados pais solo (Marks & McLanahan, 1993). Na Espanha, alguns autores já utilizam o termo “monoparentalidad”, em consequência a predominante presença de mulheres que criam o(s) filho(s) sozinhas. (González, Jiménez, & Morgado, 2004; Jiménez, Morgado, & González, 2004; Morgado, González, & Jiménez, 2003)

Uma outra adversidade que as mães enfrentam, é a depressão materna, vista como uma perturbação mental comum (Field, 2010). Aproximadamente 16-23% das mães experienciam sintomas depressivos moderados a graves. (Mayberry et al., 2007).

Isto é, tanto o número inferior de familiares na rede de apoio, como um menor apoio instrumental compreendido pelas mulheres que fizeram parte deste estudo, pode estar relacionado com o isolamento social, e até o desenvolvimento de algum tipo de perturbação mental (Limber e Hashima, 2002). O estudo de Ege, Timur, Zincir, Geçkil e Sunar-Reeder (2008) relata a relação do apoio social e a depressão que inicia no pós-parto e permanece até que o tratamento adequado seja recebido.

Da mesma forma, foi reconhecido que participantes com qualificação média/alta se percebem com um maior número de familiares na rede social, e um maior apoio tangível.

O estudo de Thompson (2015) esclarece que quanto mais vulneráveis são as famílias, maior a propensão para menores redes sociais, por diferentes motivos, nomeadamente, falta de confiança, familiares disfuncionais, exaustão pela jornada de trabalho pesada que traz a falta de tempo e energia. Da mesma forma, existe a possibilidade das pessoas que compõe a rede social dessas famílias também se sintam fadigadas, e sem vigor para fornecer suporte social, além, de também enfrentarem dificuldades económicas e, portanto, não ser possível prestar assistência.

Com respeito à relação entre a saúde mental dos pais e as características demográficas, não há diferenças significativas ao nível da saúde mental no que respeita ao tipo de família (monoparental e biparental), anos de estudos dos participantes (maior que 9, menor 9), o género (masculino, feminino), contrato de trabalho, e qualificação profissional.

### **Apoio Social e Saúde Mental**

O apoio social traz benefícios desde a promoção da saúde mental até a redução das perturbações mentais (Taylor, 2011).

Referente a relação entre o apoio social e a saúde mental dos pais, as correlações negativas significativas encontradas permitiram constatar que, quanto menor o apoio informativo, o apoio tangível e apoio emocional maiores são o nível de sintomas somáticos, ansiedade e insónia, e a depressão.

Esse estudo também revelou que o Apoio Emocional teve uma correlação negativa moderada com todas as dimensões da saúde mental, portanto, o apoio emocional é o que mais influencia na saúde mental. Esse resultado vai de encontro com estudos feitos em Portugal relativo ao distress parental (Ayala-Nunes et al., 2016; Nunes et al., 2020), e nos E.U.A. em relação a depressão (Manuel, Martinson, Bledsoe-Mansori, & Bellamy, 2012),

### **Acontecimento de Vida Negativos e Saúde Mental**

A saúde mental se correlaciona de modo direto com o acúmulo de acontecimentos de vida negativos, como indicam tais autores (Gracia, Musitu & Garcia, 1991; Lin & Ensel, 1989; Trigo, 1998).

Neste estudo, constatamos que o número de AVN exibiu uma correlação positiva moderada com a ansiedade e depressão. Verificamos, igualmente, que ao considerar os AVN relatados por mais de 10 participantes, relativamente aos AVN atuais, a precariedade económica teve uma correlação de efeito grande com todas as dimensões da saúde mental,

trazendo um relevante deterioramento na saúde mental dos participantes (Gresenz, Sturm, & Tang, 2001; Sareen, Afifi, McMillan, & Asmundson, 2011; WHO, 2007, 2011).

Já o divórcio, apresentou sintomas de ansiedade elevados e significativos, com tamanho do efeito grande. Um estudo feito em Israel, demonstrou que os indivíduos, com maiores dificuldades económicas e níveis educativos mais baixos, experienciam maiores problemas com a saúde mental ao enfrentar um divórcio. (Cohen & Finzi-Dottan, 2012) Nosso resultado vai de encontro ao estudo feito no Reino Unido, que evidencia o divórcio tendo um impacto no indivíduo, em relação ao aumento da ansiedade (Richards, Hardy & Wadsworth, 1997).

Ao observarmos os AVN passados, a precariedade económica tem uma correlação negativa significativa, com tamanho do efeito grande no que respeita a saúde mental. Esses resultados são congruentes com o estudo Brasileiro realizado por Silva e Santana (2012), onde se observa o predomínio de perturbações de ansiedade, perturbações depressivas, somáticas, e habilidade social escassa na população e associa os problemas de saúde mental a desigualdade social, sobretudo, em mulheres (Almeida Filho et al., 2004; Anselmi, Barros, Mintem, Gigante, Horta & Victora, 2008; Maia, Durante & Ramos, 2004; Maragno, Goldbaum, Gianini, Novaes & César, 2006; Martin, Quirino & Mari, 2007; Rodrigues-Neto, Figueiredo, Faria & Fagundes, 2008; Silva, Fassa & Kriebel, 2006; Silva & Santana, 2012).

Assim como os maus-tratos infantis, que apresenta medias significativamente diferentes a nível de todas as doenças da saúde mental, ou seja, um possível agravamento da saúde mental. Em Cabo Verde há uma percentagem de 56,5% crianças, dos 0 aos 6 anos, que sofrem abuso físico de seus responsáveis, e depois, a quantidade de denúncias por abusos sexuais de menores quadruplicou-se do ano de 2005 ao ano de 2014 (Correia et. al., 2019). Os resultados encontrados nessa pesquisa correspondem as do estudo conduzido no Brasil, que indica que todos os tipos de maus-tratos infantis (negligência emocional, abuso emocional, abuso físico, negligência física e abuso sexual) interferem consideravelmente com todas as dimensões de sintomas da saúde mental (Waikamp & Serralta, 2018).

Constatamos ainda que, os mau-tratos na vida adulta acarreta sintomas de depressão e ansiedade. Estes dados corroboram os resultados do estudo de Romito, Molzan Turan e De Marchi (2005) ao nível de sintomatologia depressiva e ansiosa. Para além disso, existem outros estudos de âmbito Internacional relacionados aos maus-tratos na fase adulta e o comprometimento ao nível da saúde mental (e.g., Banyard & Cross, 2008; Coker et al., 2002; Kaura & Lohman, 2007; Próspero, 2008).

Deste modo, os resultados obtidos indicaram, no que concerne à variância dos níveis de saúde mental dos pais, que o AVN foi um preditor significativo, e explica em 16% a

variância do escore de saúde mental nos participantes. Ao adicionar a variável Apoio Social Total, a análise revelou que, além dos AVN atuais, a situação laboral da mãe foi um preditor significativo, e o modelo final explicou 23% da variância nas pontuações de saúde mental dos pais.

Na verdade, destacamos a necessidade reportada pelos participantes e famílias que carecem de apoios específicos e especializados indispensáveis para o seu adequado funcionamento, que garanta o bem-estar de todos os seus membros, em particular, o das crianças e dos jovens, e consideramos que este apoio deva assumir um caráter formal, na medida em que nos deparamos com famílias, nas quais a ajuda proveniente das suas redes de apoio informal se mostra insuficiente e ineficaz (López, 2006).

## Capítulo 6 – Conclusão

Apesar de algumas das contrariedades que desafiam as famílias em situação de risco psicossocial serem semelhantes (Evans, 2004), podemos descrever essa população como um grupo diverso ao comparar suas carências, dificuldades, características, etc (Anthony, 2008), principalmente se não classificarmos estas exclusivamente pela condição sócio-económica, mas também a nível emocional (Subirats et al., 2004). Desta maneira, todas estas famílias são capazes de elaborar habilidades e competências para contribuir com o seu próprio progresso se receberem o apoio necessário e adequado (Menéndez et al., 2013). Constatamos que a esfera do apoio social tem, cada vez mais, favorecido a estas famílias. Ao implementar programas parentais, aumenta-se as redes de apoio com opções consideradas apropriadas e saudáveis, além da possibilidade de reparar as originárias (Byrne et al., 2012; Correia et al., 2019).

Consideramos o apoio social formal como um benefício a saúde mental, especialmente quando as famílias percebem que o apoio prestado pelos profissionais é genuíno (Hill & Cain, 2012). Compreendemos que este tipo de apoio social desempenha uma influência positiva nas famílias em situação de risco, se favoravelmente percebido, e caso não haja a dependência destas fontes. Entretanto, não deve assumir o papel das redes de apoio informal que auxiliam estas famílias espontaneamente (López, 2005).

Sugerimos a importância das intervenções psicossociais, e a utilidade de incluir as relações familiares nestas intervenções, já que os acontecimentos de vida negativos estão associados com questões económicas, profissionais, familiares e conjugais, o que repercute na dinâmica familiar. Isso significa que criar grupos de apoio entre estas famílias, irá possibilitar conexões, e sobretudo, alcançar a preservação e o fortalecimento familiar, além de auxiliar nas suas próprias aptidões (López et al., 2007).

Expandir os serviços ao dispor dessas famílias, parece-nos relevante, bem como informa-los e esclarece-los sobre os serviços que já estão à disposição. Consideramos indispensável, que estas famílias se juntem para garantir seus direitos sociais, tal qual o estado se encarregue de seus deveres. Notadamente, os serviços sociais junto com os empregadores da Ilha da Boa Vista, disponibilizarem um estabelecimento que abriga as crianças durante o horário de trabalho dos pais, para que essas crianças se encontrem protegidas, e conseqüentemente, os pais possam cumprir as suas responsabilidades parentais.

Finalmente, é essencial que os profissionais insiram os pais nestes programas, e se esforcem para que estes estejam envolvidos na vida dos filhos, e nos serviços de apoio a família, tanto quanto as mães (Ghate, Shaw e Hazel, 2000).

### **Limitações do Estudo/ Propostas para investigações futuras**

Existem limitações importantes a serem consideradas ao interpretar os resultados deste trabalho.

Para a presente investigação, obtiveram-se algumas mudanças, dada a situação da Pandemia, levando a impossibilidade de concluir o Programa FAF, que por sua vez levou ao impedimento da recolha de dados dos pós-testes dos colaboradores. Por isso, foi necessário a mudança do tema dessa investigação, que por sua vez levou a alguns contratempos, como o atraso na entrega.

Este estudo foi conduzido na Ilha de Boa Vista, Cabo Verde. Por essa razão, a inexistência de instrumentos para a população que fala crioulo Cabo-verdiano, dificultou a comunicação e compreensão de algumas perguntas contidas nos questionários. Para colmatar esta lacuna, é indispensável realizar a validação destes instrumentos para essa população, além da atualização das perguntas, tornando-as adequadas para o determinado segmento social.

Para mais, a carência de estudos de aferição para a população Cabo-verdiana foi um dos obstáculos encontrados. Portanto, usamos estudos Europeus e da America do Sul para comparação.

Não foi possível utilizar os rendimentos mensais da população nesta investigação. Recomendamos que esse valor seja avaliado de outra forma (e.g., opções de valores para assinalar, recibos, etc).

Finalmente, outra limitação do estudo consiste no facto de nos termos baseado somente em medidas auto-descritivas e de termos utilizado apenas um instrumento para medir cada variável. Dessa forma, os estudos futuros deverão incluir informação recolhida por meio de diversos métodos (por exemplo, observacionais) e variadas fontes (e.g., membros da família).

## Referências Bibliográficas

- Abidin, R. (1992). The determinants of parenting behaviours. *Journal of Clinical Child Psychology, 21*, 407-412. doi:10.1207/s15374424jccp2104\_12
- Abreu, C. (2012). Desigualdade social e pobreza: Ontem, hoje e (que) amanhã. *Revista Angolana de Sociologia, 9*, 93-111. Retirado de <https://journals.openedition.org/ras/440>
- Agree, E. (2017). Social changes in women's Roles, families, and generational Ties. *Generations, 41*, 63-70. Retirado de: <https://www.ingentaconnect.com/content/asag/gen/2017/00000041/00000002/art00010>
- Almeida-Filho, N., Lessa, I., Magalhães, L., Araújo, M.J., Aquino, E., James, S.A., & Kawachi, I. (2004). Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: Interactions of gender, ethnicity, and social class. *Social Science & Medicine, 59*, 1339-1353. doi:10.1016/j.socscimed.2003.11.037
- Alonzo, D., & Gearing, R. (2013). Multicultural Populations and Suicide. In M., Gonzalez, (Ed.), *Multicultural Perspectives in Social Work Practice with Families* (3<sup>o</sup> ed., pp. 349-357). Nova York, NY: Springer Publishing Company.
- Álvarez, A., Pagani, M., & Meucci, P. (2012). The clinical application of the biopsychosocial model in mental health: A research critique. *AM J Phys Med Rehabil, 91*, 173-180. doi: 10.1097/PHM.0b013e31823d54be
- Alvarez, M., Byrne, S., & Rodrigo, M. J. (2019). Patterns of individual change and program satisfaction in a positive parenting program for parents at psychosocial risk. *Child & Family Social Work, 25*, 230-239. doi:10.1111/cfs.12678
- Amaral, G. (2001). *Família às avessas: gênero nas relações familiares de adolescentes*. Fortaleza (1<sup>a</sup> ed.) CE: UFC Editora.
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596
- Anderson, C. (2016). The diversity, strengths and challenges of single-parent households. In N. Walsh (Ed). *Normal Family processes: growing, diversity and complexity* (4<sup>o</sup> ed., pp. 128-148). New York NY: The Guilford Press.
- Anselmi, L., Barros, F.C., Minten, G.C., Gigante, D.P., Horta, B.L., & Victora, C.G. (2008). Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública, 42*, 26-33. Retirado de: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2008.v42suppl2/26-33>
- Anthony, E. K. (2008). Cluster profiles of youths living in urban poverty: Factors affecting risk and resilience. *Social Work Research, 32*, 6-17. doi:10.1093/swr/32.1.6
- Appleyard, K., Egeland, B., Dulmen, M. H., & Sroufe, A. L. (2005). When more is not better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*, 235-245. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00351.x
- Armstrong, M. I., Birnie-Lefcovitch, S., & Ungar, M. T. (2005). Pathways between social support, family well-being, quality of parenting, and child resilience: What we know. *Journal of Child and Family Studies, 14*, 269-281. doi:10.1007/s10826-005-5054-4
- Arranz, E., Oliva, A., Olabarrieta, F., & Antolín, L. (2010). Análisis comparativo de las nuevas estructuras familiares como contextos potenciadores del desarrollo psicológico infantil. *Infancia y Aprendizaje, 33*, 503-513. doi:10.1174/021037010793139653

- Arruabarrena, I., & De Paúl, J. (2002). Evaluación de un programa de tratamiento para familias maltratantes y negligentes y familias de alto-riesgo. *Intervención Psicosocial*, *11*, 213- 227. Retirado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1798/179818141005.pdf>
- Atkinson, L., Paglia, A., Coolbear, J., Niccols, A., Parker, K. C., & Guger, S. (2000). Attachment security A meta-analysis of maternal mental health correlates. *Clinical Psychology Review*, *20*, 1019-1040. doi:10.1016/S0272-7358(99)00023-9.
- Ayala-Nunes L., Jimenez, L., Jesus, S. & Hidalgo V. (2017) Social Support, Economic Hardship and Psychological Distress in Spanish and Portuguese At-Risk Families. *Journal of Child and Family Studies*, *27*, 176-186. doi:10.1007/s10826-017-0863-9
- Ayala-Nunes, L., Jimenez, L., Jesus, S., Nunes, C., & Hidalgo, V. (2018). A ecological model of well-being in child welfare referred children. *Social Indicators Research*, *140*, 811–836. <https://doi.org/10.1007/s11205-017-1807-x>
- Ayala-Nunes, L., Nunes, C. & Lemos, I. (2016). Social support and parenting stress in at-risk Portuguese families. *Journal of Social Work*, *0*, 1–19. doi:10.1177/1468017316640200
- Ayón, C. (2018). Latino child welfare: Parents' well-being at the time of entry. *Families in Society*, *92*, 295–300. Doi:10.1606/1044-3894.4127
- Azar, S. T. (2002). Parenting and child maltreatment. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Social conditions and applied parenting* (4<sup>o</sup> ed., p. 361–388). Nova Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Banyard, V. L., & Cross, C. (2008). Consequences of teen dating violence: understanding intervening variables in ecological context. *Violence Against Women*, *14*, 998-1013. doi: 10.1177/1077801208322058
- Barrera M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *Am J Community Psychol*, *14*, 413-445. Retirado de: <https://link.springer.com/article/10.1007%2F00922627>
- Bárrig-Jó, P., Nóbrega, M., Del Prado, J. N., Conde, G., Carbonell, O. A., & De Litvan, M. A. (2016). Attachment representations and maternal sensitivity in low socioeconomic status mothers. *International Journal of Psychological Studies*, *8*, 202– 214. doi :10.5539/ijps.v8n3p202
- Barrón A. (1996). *Apoyo Social: aspectos teoricos y aplicaciones*, Madrid, Siglo XXI.
- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Becvar, D. (2013). *Handbook of Family Resilience*. Missouri: Springer.
- Belsky J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, *35*, 320-335. doi:10.1037/0003-066X.36.3.320
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, *55*, 83-96.
- Belsky, J. (2006). Determinants and consequences of infant-parent attachment. In L. Balter, & C. S. Tamis-LeMonda (Eds.), *Child psychology: A handbook of contemporary issues* (pp. 53– 77). New York, NY: Psychology Press.
- Belsky, J., & Jafee, S. R. (2015). The multiple determinants of parenting. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (vol. 3, pp. 38–85). Hoboken, NJ: Wiley Online Library.
- Benetti, S.P.C., Ramires, V.R.R., Schneider, A.C., Rodrigues, A.P.G., Tre- Marin, D. (2007). Adolescência e saúde mental: Revisão de artigos Brasileiros publicados em periódicos nacionais. *Cad. Saúde Pública*, *23*, 1273-1282. doi:10.1590/S0102-311X2007000600003

- Benzies, K. & Mychasiuk, R. (2009). Fostering family resiliency: A review of the key protective factors. *Child and Family Social Work, 14*, 103–114. doi:10.1111/j.1365-2206.2008.00586.x.
- Bergman, K., Sarkar, P., O'Connor, T. G., Modi, N., & Glover, V. (2007). Maternal stress during pregnancy predicts cognitive ability and fearfulness in infancy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*, 1454-1463. doi:10.1097/chi.0b013e31814a62f6
- Blossfeld, H. P. (1995). Changes in the process of family formation and women's growing economic independence: A comparison of nine countries. In H. P. Blossfeld (Ed.), *The new role of women: Family formation in modern societies* (pp. 3–23). Boulder, CO: Westview Press.
- Blossfeld, H., & Kiernan, K. (2019). *The New Role of Women: Family Formation in Modern Societies*. New York: Routledge.
- Bolger, N., & Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress: Experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*, 458–475. doi:10.1037/0022-3514.92.3.458
- Booth, A., Crouter, A., & Landale, N. (2009). *Immigration and the Family: Research and Policy on U.S. Immigrants*. New Jersey: Routledge.
- Bovier, P., Chamot, E., & Perneger, T. (2004). Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Quality of Life Research, 13*, 161-170. doi:10.1023/B:QURE.0000015288.43768.e4
- Bradley, R. H., & Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology, 53*, 371– 399. doi:10.1146/annurev.psych.53.100901.135233
- Braveman, P., Egerter, S., Arena, K., & Aslam, R. (2014). *Early childhood experiences shape health and well-being throughout life*. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation.
- Bremner, G., & Wachs, T. (2010). *The Wiley-Blackwell Handbook of Infant Development*. West Sussex: Blackwell Publishing Ltd.
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., DeGruy, F. V., & Kaplan, B. H. (1988). The Duke- UNC functional social support questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care, 26*, 709–23. Doi:10.1097/00005650- 198807000-00006
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brooks-Gunn, J., & Duncan, G. J. (1997). The effects of poverty on children. *The Future of Children, 7*, 55–71. doi: 10.2307/1602387
- Brown, S. G., Hudson, D. B., Campbell-Grossman, C., Kupzyk, K. A., Yates, B. C., & Hanna, K. M. (2018). Social support, parenting competence, and parenting satisfaction among adolescent, African American, mothers. *Western Journal of Nursing Research, 40*, 502–519. doi:10.1177/0193945916682724
- Bryman, A. and Cramer, D. (2004). *Quantitative Data Analysis with SPSS 12 and 13: A Guide for Social Scientists*, London: Routledge.
- Burstein, M., Ginsburg, G. S., & Tein, J. Y. (2010). Parental anxiety and child symptomatology: An examination of additive and interactive effects of parent psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology, 38*, 897– 909. doi:10.1007/s10802-010-9415-0
- Byrne, S., Rodrigo, M. J., & Martín, J. C. (2012). Influence of form and timing of social support on parental outcomes of a child-maltreatment prevention program. *Children and Youth Services Review, 34*, 2495–2503. doi:10.1016/j.childyouth.2012.09.016

- Campos, B., Schetter, C., Abdou, C., Hobel, C., Glynn, L., & Sandman, C. (2008). Familialism, social support, and stress: Positive implications for pregnant Latinas. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 14*, 155–162. doi:10.1037/1099-9809.14.2.155
- Cecconello A.M., & Koller S.H. (2017). Intrafamily Violence: A Study on Vulnerability and Resilience. In: Dell'Aglio D., Koller S. (Eds.) *Vulnerable Children and Youth in Brazil* (pp. 9-25). Porto Alegre RS: Springer. doi:10.1007/978-3-319-65033-3\_2
- Cobb, R. J., Lawrence, E., Rothman, A. D., & Bradbury, T. N. (2008). Marital satisfaction across the transition to parenthood. *J. Fam. Psychol. 22*, 41–50. doi: 10.1037/0893-3200.22.1.4
- Cochran, M., & Niegro, S. (2002). Parenting and social networks. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Social conditions and applied parenting* (2<sup>o</sup> ed., pp. 123–148). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, Hillsdale, NJ.: Erlbaum.
- Cohen O. & Finzi-Dottan R. (2012) Reasons for divorce and mental health following the breakup, *Journal of Divorce & Remarriage, 53*, 581-601. doi: 10.1080/10502556.2012.719413
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist, 59*, 676–684. doi:10.1037/0003-066X.59.8. 676.
- Cohen, S. & Samzelius, T. (2020). Through the lens of single parenthood: a comparative snapshot of the impact of neoliberal welfare, housing and employment policies on single mothers in the UK and Sweden. *En Feminismo/s, 35*, 127-153. doi:10.14198/fem.2020.35.05
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*, 310–357. doi:10.1037/0033-2909.98.2.310
- Cohen, S., Underwood, L., Gottlieb, B. (2000). *Social Support Measurement and Intervention*. New York, NY: Oxford University Press.
- Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M., & Smith, P. H. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine, 23*, 260-268. doi: 10.1016/s0749-3797(02)00514-7
- Congress, E., González, M. (2013). *Multicultural Perspectives in Social Work Practices with Families*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Cornish, A. M., McMahon, C. A., Ungerer, J. A., Barnett, B., Kowalenko, N., and Tennant, C. (2006). Maternal depression and the experience of parenting in the second postnatal year. *J. Reprod. Infant Psychol. 24*, 121–132. doi: 10.1080/02646830600644021
- Cornwell, E. Y., & Waite, L. J. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of Health and Social Behavior, 50*, 31–48. doi: <https://doi.org/10.1177/002214650905000103>
- Correia, A., Keong, A., Nunes, C., Hidalgo, V. & Jesús, S. (2019) Formação e apoio familiar em cabo verde. O relato da experiência dos técnicos e dos participantes. *Revista Psicologia e Educação On-Line, 2*, , 24-32. Retirado de: <http://psicologiaeeducacao.ubi.pt/Files/Other/Artigos%20OnLine/2019V2/4-V2N2online2019.pdf>.
- Council of Europe (2009) Positive Parenting. Poster presented at the 29<sup>th</sup> Session of Council of Europe Conference of Ministers responsible for Family Affairs, Vienna, Austria. Retirado de:

[https://www.coe.int/t/dc/files/ministerial\\_conferences/2009\\_family\\_affairs/Positive\\_Parenting\\_en.pdf](https://www.coe.int/t/dc/files/ministerial_conferences/2009_family_affairs/Positive_Parenting_en.pdf)

- Cowan, P. A., Cowan, C. P. & Schulz, M. S. (1996). Thinking about risk and resilience in families. In E. M. Hetherington & E. A. Blechman (Eds.), *Stress, coping and resiliency in children and families* (pp. 1-38). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Cruz, O. (2005) *Parentalidade*, Coimbra: Quarteto
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 73– 122. doi:10.1111/j.1469-7610.1994.tb01133.x
- Cunha, V., Vieira, M., Atalaia S., Correia R. & Ferreira T. (2019). Da Crise À Pós-Crise: Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e a Situação Das Crianças e dos Jovens Adolescentes em Cinco Países Europeus. In J. Ferrao & A. Delicado (Eds.), *Objetivos de Desenvolvimento Sustentavel* (pp. 9-23) Lisboa: OFAP.
- Cutrona, C. E. (1996). *Social Support in Couples: Marriage as a Resource in Times of Stress*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22, 87– 108. doi:10.1017/S0954579409990289
- Cyrułnik, B. (2013). *Los patitos feos: La resiliencia. Una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Debolsillo Cave
- Daly, M. (2007). *Parenting in contemporary Europe: A positive approach*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Daly, M., Bray, R., Byrne, J., Bruckauf, Z., Margaria, A., Pecnik, N., & Samms-Vaughan, M. (2015). *Family and parenting support policy and provision in a global context*. Florence: UNICEF.
- De Falco, S., Emer, A., Martini, L., Rigo, P., Pruner, S., & Venuti, P. (2014). Predictors of mother–child interaction quality and child attachment security in at-risk families. *Frontiers in Psychology*, 5, 898. doi:10.3389/fpsyg.2014.00898
- De Paúl, J. & Arruabarrena, M.I. (2001). *Manual de protección infantil (2ª Ed.)*. Barcelona: Masson.
- Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50– 76. doi:10.1037/0033-2909.108.1.50
- Due, P., Holstein, B., Lund, R., Modvig, J. e Avlund, K. (1999) Social relations: network, support and relational strain. *Soc Sci Med.*, 48, 661-73. doi:10.1016/S0277-9536(98)00381-5
- Ege E, Timur S, Zincir H, Geçkil E. & Sunar-Reeder, B. (2008) Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. *J Obstet Gynaecol Res*, 34, 585–93. doi: /10.1111/j.1447-0756.2008.00718.x
- Ergh, T. C., Rapport, L. J., Coleman, R. D., & Hanks, R. A. (2002). Predictors of caregiver and family functioning following traumatic brain injury: social support moderates caregiver distress. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 17, 155–174.
- Evans, G. W. (2004). The environment of childhood poverty. *American Psychologist*, 59, 77– 92. doi:10.1037/0003-066X.59.2.77
- Feiring, C., Fox, N. A., Jaskir, J., & Lewis, M. (1987). The relation between social support, infant risk status and mother–infant interaction. *Developmental Psychology*, 23, 400-405. doi: 10.1037/0012-1649.23.3.400
- Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419. doi:10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357

- Fernandez, E. (2007). Supporting children and responding to their families: Capturing the evidence on family support. *Children and Youth Services Review*, *29*, 1368-1394. doi:10.1016/j.chidyouth.2007.05.012
- Feuerstein, M., Labbé, E., Kuczmierczyk, A. (1986) *Health Psychology: A Psychobiological Perspective*. New York, NY: Plenum Press.
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*, *33*, 1-6. doi:10.1016/j.infbeh.2009.10.005
- Findler, L., Taubman-Ben-Ari, O., & Jacob, K. (2008). Internal and external contributors to maternal mental health and marital adaptation one year after birth: Comparisons of mothers of pre-term and full-term twins. *Women and health*, *46*, 39–60. doi: 10.1300/J013v46n04\_03
- Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2013). Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: An update. *Journal of the American Medical Association Pediatrics*, *167*, 614 – 621. Doi:10.1001/jamapediatrics .2013.42
- Fisher, J., Mello, M. C. D., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S. & Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, *90*, 139–149. doi: 10.2471/BLT.11.091850
- Flaquer, L. L., Almeda, E., & Navarro, L. (2006). *Monoparentalidad e infancia*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Fonseca, A.F. (1985). *Psiquiatria e Psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Goulbenkian.
- Fraser, M. W., & Richman, J. M. (2001). Resilience: Implications for evidence-based practice. In M. W. Fraser & J. M. Richman (Eds.), *The context of youth violence: Resilience, risk and protection* (pp. 187-198). Westport, CT: Praeger.
- Fuentes, M.C. (2015). What is the Best Parenting Style? Explaining discrepancies across cultural influences. In F. García (Ed.), *Parenting: Cultural Influences and Impact on Childhood Health and Well-Being* (pp. 1-15). New York, NY: Nova Science Publishers.
- Garmezy, N. (1981). Children under stress: Perspectives on antecedents and correlates of vulnerability and resistance to psychopathology. In I. A. Rabin, J. Aronoff, A. M. Barclay, & R. A. Zucker (Eds.), *Further explorations in personality* (pp. 196-269). New York, NY: John Wiley.
- Garmezy, N. & Masten, A. (1994) *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publication.
- Gee, C., & Rhodes, J. (2008). A social support and strain measure for minority adolescent mothers: A confirmatory factorial analytic study. *Child: Care, health and development*, *34*, 87-97. doi:10.1111/j.1365-2214.2007.00754.x
- Ghate, D., Shaw, C., & Hazel, N. (2000). *Fathers and family centres. Engaging fathers in preventive services*. York, UK: York Publishing Services.
- Gilbert, N. (2012). A comparative study of child welfare systems: Abstract orientations and concrete results. *Children and Youth Services Review*, *34*, 532–536. doi:10.1016/j.chidyouth.2011.10.014
- Gjesfjeld, C., Greeno, C., Kim, K., & Anderson, C. (2010). Economic stress, social support, and maternal depression: Is social support deterioration occurring? *Social Work Research*, *34*(3), 135–143. doi:10.1093/swr/34.3.135
- Glazier, R. H., Elgar, F. J., Goel, V., & Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* *25*, 247–255. doi: 10.1080/01674820400024406

- Glick, I., Berman, E., Clarkin, J. & Rait, D. (2000) *Marital and Family Therapy*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Goldberg, D., & Williams, P. (1996). *Cuestionario de salud general GHQ. (General Health Questionnaire)*. Guía para el usuario de las distintas versiones. Barcelona: Masson.
- Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J. Adv. Nurs.* 45, 26–35. doi: 10.1046/J.1365-2648.2003.02857.X
- González, M. M., Jiménez, I., y Morgado, B. (2004). Los retos de la maternidad en solitario. *Revista de Estudios de Juventud*, 67, 145-163. Retirado de: [https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/59371/Los\\_retos\\_de\\_la\\_maternidad\\_en\\_solitario.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/59371/Los_retos_de_la_maternidad_en_solitario.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Governo de Cabo Verde (2014). Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA – Lei no 50/VIII/2013, do B.O. I Série, no 70, de 26 de dezembro [PDF]. Disponível em <https://www.dol.gov/ilab/submissions/pdf/CaboVerde20141204.pdf>. [Consultado a 27/06/2018]
- Gracia, E. (1997) *El Apoyo Social en la Intervención Comunitaria*, Barcelona, Paidós
- Gracia, E., & Musitu, G. (2003). Social isolation from communities and child maltreatment: a cross-cultural comparison. *Child Abuse and Neglect*, 27, 153–168. doi:10.1016/S0145-2134(02)00538-0
- Gracia, E., Musitu, G., & García, F. (1991). Sucesos y cambios estresantes y ajuste psicológico: Un análisis del apoyo social como variable moduladora en padres normales y padres que maltratan a sus hijos. *Revista de Investigación y Estudios Sociales*, 3, 81-94.
- Grant, K. E., O’Koon, J. H., Davis, T. H., Roache, N. A., Poindexter, L. M., Armstrong, M. L., ... & Mcintosh, J.M. (. (2000). Protective factors affecting low-income urban African American youth exposed to stress. *Journal of Early Adolescence*, 20, 388-417. doi: 10.1177/0272431600020004002
- Gray, P. H., Edwards, D. M., O’Callaghan, M. J., & Cuskelly, M. (2012). Parenting stress in mothers of preterm infants during early infancy. *Early Hum. Dev.* 88, 45–49. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2011.06.014
- Gresenz, C., Sturm, R., & Tang, L. (2001). Income and mental health: unraveling community and individual level relationships. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 4, 197-203. Retirado de: <https://www.rand.org/pubs/reprints/RP1212.html?doc=RP-1212>
- Hall-Lande, J. A., Eisenberg, M. E., Christenson, S. L., & Neumark-Sztainer, D. (2007). Social isolation, psychological health, and protective factors in adolescence. *Adolescence*, 42, 265–286. Retirado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17849936/>
- Hardesty, J. L., Ogolsky, B. G., Raffaelli, M., & Whittaker, A. (2019). Relationship dynamics and divorcing mothers’ adjustment: Moderating role of marital violence, negative life events, and social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36, 3651–3672. doi:10.1177/0265407519833178
- Hawthorne, G. (2008). Perceived social isolation in a community sample: its prevalence and correlates with aspects of peoples’ lives. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 140–150. Doi: 10.1007/s00127-007-0279-8
- Heckman, J. J. (2006). Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science*, 312, 1900–1902. doi : 10.1126/science.1128898
- Herczog, M. (2013, Maio) Public policies supporting positive parenthood: new policy perspectives. Comunicação apresentada no 8<sup>th</sup> ChildONEurope Seminar on positive parenthood, Florence, Italy. Retirado de: <http://www.childoneurope.org/issues/publications/COEseries8-Positiveparenthood.pdf>

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. del P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ª. ed.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Hidalgo, V., Lorence, B., Pérez, J., Menéndez, S., Sánchez, J., Jiménez, L. e Arenas, Á. (2009a) *El apoyo social de mujeres solas con responsabilidad familiar. Un estudio con madres de los Servicios Sociales Comunitarios*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer
- Hidalgo, M. V., Menéndez, S., Sánchez, J., López, I., Jiménez, L., & Lorence, B. (2005). *Inventario de Situaciones Vitales Estresantes (ISER)*. Universidade de Sevilha, Sevilha, Espanha.
- Hidalgo, V., Menéndez, S., Sánchez, J., Lorence, B., & Jiménez, L. (2009b). La intervención con familias en situación de riesgo psicosocial. Aportaciones desde un enfoque psicoeducativo. *Apuntes de Psicología*, 27, 413-426. Retirado de: <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/155>
- Hidalgo, V., Pérez-Padilla, J., Sánchez, J., Ayala-Nunes, L., Maya, J., Grimaldi, V., Menéndez, S. (2018) An analysis of different resources and programmes supporting at-risk families in Spain, *Early Child Development and Care*, 188, 1527-1538. doi: 10.1080/03004430.2018.1491560
- Hill, T. D., & Cain, D. S. (2012). Perceived welfare caseworker support and psychological distress among low-income urban women with children. *Social Work*, 57, 353–360. doi:10.1093/sw/sws011
- Jackson, C.B., Moreland, A.D. (2018) Parental Competency as a Mediator in the PACE Parenting Program’s Short and Long-term Effects on Parenting Stress. *J Child Fam Stud* 27, 211–217. doi:10.1007/s10826-017-0859-5
- Jennings, K. D., Stagg, V., & Connors, R. E. (1991). Social networks and mothers’ interactions with their preschool children. *Child Dev*, 62, 966–978. doi: 10.2307/1131146
- Jiménez, L. (2009). Crecer en familias en situación de riesgo. Análisis evolutivo durante la infancia y la adolescencia. (Dissertação de Doutoramento) Universidade de Sevilla, Sevilha, Espanha.
- Jiménez, I., Morgado, B., y González, M. M. (2004). Familias monomarentales y exclusión social, *Revista de Trabajo Social*, 4, 249-260. Retirado de: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/205/b15134672.pdf?sequence=1>
- Jones, A. S., LaLiberte, T., & Piescher, K. N. (2015). Defining and strengthening child well-being in child protection. *Children and Youth Services Review*, 54, 57-70 doi:10.1016/j.chilyouth.2015.05.001
- Jones, A., Charles, P., & Benson, K. (2018). A model for supporting at-risk couples during the transition to parenthood. *Families in Society*, 94, 166–173. doi:10.1606/ 1044-3894.4319
- Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: a review. *Clinical Psychology Review*, 25, 341-363. doi:10.1016/j.cpr.2004.12.004
- Kaplan, B. H., Cassel, J. C., and Gore, S. (1977). Social support and health. *Med. Care*, 15, 47–58. doi: 10.1097/00005650-197705001-00006
- Kaura, S., & Lohman, B. (2007). Dating violence victimization, relationship satisfaction, mental health problems, and acceptability of violence: a comparison of men and women. *Journal of Family Violence*, 22, 367-381. doi: 10.1007/s10896-007-9092-0
- Kendig, S., Keats, J. P., Hoffman, M. C., Kay, L. B., Miller, E. S., Moore Simas, T. A., &... Lemieux, L. (2017). Consensus bundle on maternal mental health: perinatal depression and anxiety. *Journal of Obstet. Gynecol. & Neonatal Nursing* 46, 272-281. doi: 10.1016/j.jogn.2017.01.001

- Klein, D. & White, J. (1996). *Family Theories*. England: Sage Publication.
- Lagdon, S., Ross, J., Robinson, M., Contractor, A. A., Charak, R., & Armour, C. (2018). Assessing the mediating role of social support in childhood maltreatment and psychopathology among college students in Northern Ireland. *Journal of Interpersonal Violence, 1*. doi:10.1177/0886260518755489
- Lamas, C. (1997). Los primeros contactos. In Maurizio Coletti & Juan Luis Linares, *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática* (pp. 83-122). Barcelona: Paidós.
- Landi, I., Giannotti, M., Venuti, P., & Falco, S. (2019) Maternal and family predictors of infant psychological development in at-risk families: A multilevel longitudinal study. *Research in Nursing & Health, 43* 17-27. doi: 10.1002/nur.21989
- Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factor for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry 8*, 24-35. doi: 10.1186/1471-244X- 8- 24.
- Leinonen, A., Solantaus, S. & Punama'ki, L. (2002). The specific mediating paths between economic hardship and the quality of parenting. *International Journal of Behavioral Development, 26*, 423–435. doi:10.1080/01650250143000364
- Limber, S. P., & Hashima, P. Y. (2002). The social context: What comes naturally in child protection. In G. B. Melton, R. A. Thompson, & M. A. Small (Eds.), *Toward a child-centered, neighborhood-based child protection system* (pp. 41–66). Westport, CT: Praeger.
- Lin, N., & Ensel, W. M. (1989). Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review, 54*, 382-399. Doi:10.2307/2095612
- López, F. (2008). *Necesidades en la infancia y en la adolescencia: Respuesta familiar, escolar y social*. Madrid: Pirámide.
- López, I. (2005). *La familia y sus necesidades de apoyo. Un estudio longitudinal y transversal de las redes sociales familiares*. (Dissertação de Doutoramento). Universidad de Sevilla. Sevilla, Espanha.
- López, I. V. (2006) *El apoyo social de familias en situación de riesgo*. Espanha: Fundación Acción Familiar.
- López, I., Menéndez, S., Lorence, B., Jiménez, L., Hidalgo, V., & Sánchez, J. (2007). Evaluación del apoyo social mediante la escala ASSIS: descripción y resultados en una muestra de madres en situación de riesgo psicosocial. *Intervención Psicosocial, 16*, 323-337. Retirado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592007000300003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592007000300003)
- Lorence, B. (2008). Procesos de socialización parental con adolescentes de familias en situación de riesgo psicosocial. V Premio Joven de Investigación de Familia (Documento no 04/08), Madrid, Espanha: Fundación Acción Familiar.
- Lusa (2017). Cabo Verde cria Dia Nacional de luta contra o abuso e exploração sexual de menores. Retirado de: <https://www.dn.pt/lusa/interior/cabo-verde-cria-dia-nacional-de-luta-contra-o-abuso-e-exploracao-sexual-de-menores-8523383.html>
- Luthar, S., & Zelazo, L. B. (2003). Research on resilience: An integrative review. In S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 510-550). New York, NY: Cambridge University Press.
- Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*, 543-562. Doi:10.1111/1467-8624.00164
- Macedo, C., Nunes, C., Costa, D., Ayala-Nunes, L., & Lemos, I. (2013). Apoio social, acontecimentos stressantes, adaptabilidade e coesão em famílias em risco psicossocial. *Psicologia, Saúde & Doenças, 14*, 304-312. Retirado de:

- [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862013000200007](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000200007)
- Macêdo, V., & Monteiro, A. (2004). Enfermagem e a promoção da saúde mental na família: uma reflexão teórica. *Texto Contexto Enferm.*, 13, 585-592. doi:10.1590/S0104-07072004000400011
- Maia, L.C., Durante, A.M., & Ramos, L.R. (2004). Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 38, 650-656. Retirado de: <https://www.scielo.org/article/rsp/2004.v38n5/650-656/>
- Máiquez, M. L., Rodríguez, G., & Rodrigo, M. J. (2004). Intervención psicopedagógica en el ámbito familiar: los programas de educación para padres. *Infancia y Aprendizaje*, 27, 403-406. Doi:10.1174/0210370042396896
- Malphurs, J. E., Field, T. M., Lorraine, C., Pickens, J., Pelaez-Nogueras, M., Yando, R., & Bendell, D. (1996). Altering withdrawn and intrusive interaction behaviors of depressed mothers. *Infant Mental Health Journal*, 17, 152–160. doi:10.1002/(SICI)1097-0355(199622)17:2<152::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-S
- Manuel, J. I., Martinson, M. L., Bledsoe-Mansori, S. E., & Bellamy, J. L. (2012). The influence of stress and social support on depressive symptoms in mothers with young children. *Social Science & Medicine*, 75, 2013–2020. doi:10.1016/j.socscimed.2012.07.034
- Maragno, L., Goldbaum, M., Gianini, R.J., Novaes, H.M.D., & César, C.L.G. (2006). Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 22,1639-1648. Retirado de: <https://www.scielo.org/article/csp/2006.v22n8/1639-1648/pt/>
- Marks, N.F., McLanahan, S.S. (1993) Gender, family structure, and social support among parents. *Journal of Marriage and the Family*; 55, 481-493. doi:10.2307/352817.
- Martin, D., Quirino, J., Mari, J. (2007). Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. *Rev Saúde Pública*, 41, 591-97. Retirado de: <https://www.scielo.org/article/rsp/2007.v41n4/591-597/pt/>
- Martin, A., Gardner, M., & Brooks-Gunn, J. (2012). The mediated and moderated effects of family support on child maltreatment. *Journal of Family Issues*, 33, 920–941. doi:10.1177/0192513X11431683
- Masten, A. S. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. In M. C. Wang & E. W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner city America: Challenges and prospects* (pp. 3-25). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238. Retirado de: <https://psycnet.apa.org/buy/2001-00465-004>
- Masten, A., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability and protective factors in Developmental Psychopathology. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (8ª ed., pp. 1-52). New York, NY: Plenum Press.
- Matos, A. & Sousa, L. (2004). How multiproblem families try to find support in social services. *Journal of Social Work Practice*, 18, 65–80. doi: 10.1080/0265053042000180590
- Matos, A. & Sousa, L. (2006). O apoio das instituições de protecção social às famílias multiproblemáticas. *PSI.- Revista de Psicologia Social e Institucional, Londrina*, 3, 1-23. Retirado de: [https://www.researchgate.net/profile/Ana\\_Matos20/publication/237662459\\_O\\_APOIO\\_DAS\\_INSTITUICOES\\_DE\\_PROTECCAO\\_SOCIAL\\_AS\\_FAMILIAS\\_MULTIPROBLEMATICAS/links/02e7e53bc637f9e031000000/O-APOIO-DAS-](https://www.researchgate.net/profile/Ana_Matos20/publication/237662459_O_APOIO_DAS_INSTITUICOES_DE_PROTECCAO_SOCIAL_AS_FAMILIAS_MULTIPROBLEMATICAS/links/02e7e53bc637f9e031000000/O-APOIO-DAS-)

[INSTITUICOES-DE-PROTECCAO-SOCIAL-AS-FAMILIAS-MULTIPROBLEMATICAS.pdf](#)

- Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J., & Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J. Affect. Disord.*, *60*, 75–85. doi: 10.1016/S0165-0327(99)00159-7
- Maupin, A., Brophy, H., Schiffman, R., & Bocknek, E. (2010). Low-income parental profiles of coping, resource adequacy, and public assistance receipt: Links to parenting. *Family Relations*, *59*, 180-194. doi:10.1111/j.1741-3729.2010.00594.x
- Mayberry, L. J., Horowitz, J. A., & Declercq, E. (2007). Depression symptom prevalence and demographic risk factors among US Women during first 2 years postpartum. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *36*, 542–549. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00191.x.
- McArthur, M., & Winkworth, G. (2016). What do we know about the social networks of single parents who do not use supportive services? *Child & Family Social Work*, *22*, 638–647. Retirado de: <https://doi.org/10.1111/cfs.12278>
- McFadden, K. E., & Tamis-Lemonda, C. S. (2013). Maternal responsiveness, intrusiveness, and negativity during play with infants: Contextual associations and infant cognitive status in a low-income sample. *Infant Mental Health Journal*, *34*, 80– 92. doi:10.1002/imhj.21376
- McLoyd, V. C., & Wilson, L. (1991). The strain of living poor: Parenting, social support, and child mental health. In A. C. Huston (Ed.), *Children in poverty: Child development and public policy* (pp. 105– 135). New York, NY: Cambridge University Press.
- McLoyd, V. C., Aikens, N. L., & Burton, L. M. (2006). Childhood poverty, policy, and practice. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (6<sup>a</sup>ed., pp. 700–775). New York, NY: Wiley.
- Melman, J. (2008) *Família e Doença Mental: Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares* São Paulo, SP: Escrituras.
- Méndez, P. & Barra E. (2008) Apoyo Social Percibido en Adolescentes Infractores de Lei y no Infractores. *Psykhe* *17* (1), 59-64. Doi:10.4067/S0718-22282008000100006
- Menéndez, S., Hidalgo, M., Mendoza, I., Pérez, J., Lorence, B., Sánchez, J., ... & Arenas, Á. (2013). Familias en riesgo que reciben intervenciones de preservación familiar. Perfil psicosocial de una muestra de los Servicios Sociales Comunitarios de la Diputación de Huelva [PDF]. Retirado de: [http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/10398/Familias\\_en\\_riesgo.pdf?sequence=4](http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/10398/Familias_en_riesgo.pdf?sequence=4)
- Menéndez, S., Hidalgo, V., Jiménez, L., Lorence, B., & Sánchez, J. (2010). Perfil psicosocial de familias en situación de riesgo. Un estudio de necesidades con usuarias de los Servicios Sociales Comunitarios por razones de preservación familiar. *Anales de Psicología*, *26*, 378-389. Retirado de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/109381>
- Miller-Graff, L., Scheid, C., Guzmán, D., & Grein, K. (2020). Caregiver and family factors promoting child resilience in at-risk families living in Lima, Peru. *Child Abuse & Neglect*, *108*. doi:10.1016/j.chiabu.2020.104639
- Minuchin, P., Colapinto, J., & Minuchin, S. (2000). *Pobreza, institución y familia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mitchell, R. E., and Trickett, E. J. (1980). Task force report: social networks as mediators of social support. *Community Ment. Health J.*, *16*, 27–44. doi: 10.1007/ BF00780665

- Molina, A. P., Skowron, E. A., & Hackman, D. A. (2020). Maternal intimate partner violence exposure and autonomic reactivity: associations with positive parenting. *Journal of interpersonal violence, 1*. Doi: 0886260520922514
- Moreno, J.M. (2002). Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil. *Anales de Psicología, 18*(1), 135-150. Retirado de: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/28661>
- Morgado, B., González, M. M., y Jiménez, I. (2003). Familias monomarentales: Problemas, necesidades y recursos, *Revista de Trabajo Social, 3*, 139-163. Retirado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/60629663.pdf>
- Najman, J. M., Aird, R., Bor, W., O'Callaghan, M., Williams, G. M., & Shuttlewood, G. J. (2004). The generational transmission of socioeconomic inequalities in child cognitive development and emotional health. *Social Science and Medicine, 58*, 1147–1158. doi:10.1016/S0277-9536(03)00286-7
- Negash, T., & Maguire-Jack, K. (2016). Do social services matter for child maltreatment prevention? Interactions between social support and parent's knowledge of available local social services. *Journal of Family Violence, 31*, 557–565. Doi:10.1007/s10896-015-9788-5
- Nemova, O., Retivina, V., Kutepova, L., Vinnikova, I., & Kuznetsova, E. (2016) Sociocultural Mechanisms of Intergenerational Values and Mindset Translation in Modern Family Development and Generational Change *International Journal of Environmental and Science Education, 11*, 6226-6237 Retirado de: <https://eric.ed.gov/?id=EJ1115550>
- Norman, R., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *Plos Medicine 9*, 1-31. doi: 10.1371/journal.pmed.1001349.
- Nunes C. & Ayala-Nunes L. (2016) Parenting sense of competence in at psychosocial risk families and child well-being. *Bordón, 68*, 1-14. doi:10.13042
- Nunes C. & Ayala-Nunes, L. (2019). Familias em Risco- Avaliacao e Intervencao Psicoeducativa. Faro: Silabas e Desafios.
- Nunes, C., & Ayala-Nunes, L. (2015). Famílias em risco psicossocial: desafios para a avaliação e intervenção. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente, 6*, 95–107. Retirado de: <http://repositorio.ulusiada.pt/handle/11067/3544>
- Nunes, C., Ayala-Nunes, L., Martins, C., & Gonçalves, A. (2019). As famílias em risco psicossocial no Algarve. In C. Nunes & L. Ayala-Nunes (Eds.), *Famílias em Risco: a Avaliação e Intervenção Psicoeducativa* (1ª ed., pp.127–144). Faro: Sílabas&Desafios.
- Nunes, C., Lemos, I., Ayala-Nunes, L., & Costa, D. (2013). Acontecimentos de vida stressantes e apoio social em famílias em risco psicossocial. *Psicologia, Saude & Doenças, 14*, 313–320. Retirado de: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862013000200008](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000200008).
- Nunes, C., Lemos, I., Costa, D., Nunes, L., & Almeida, A. (2011). Social support and stressful life events in portuguese multi-problem families. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 5*, 497-505. Retirado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832343054.pdf>
- Nunes, C., Martins, C., Ayala Nunes, L., Matos, F., Costa, E. & Goncalves, A. (2020). Parents' Perceived social support and children's psychological adjustment. *Journal os Social Work, 0*, 1-16. doi: 10.1177/1468017320911614

- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 9, 379–407. doi: 10.1146/Annurev-Clinpsy-050212-185612
- Osman, F., Salari, R., Klingberg-Allvin, M., Schön, U.K., Flacking, R. (2017). Effects of a culturally tailored parenting support programme in Somali-born parents' mental health and sense of competence in parenting: a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 7, 1-10 doi:10.1136/bmjopen-2017-017600
- Paavilainen, E. & Flinck, A. (2013). National Clinical Nursing Guideline for identifying and intervening in child maltreatment within the family in Finland. *Child Abuse Review* 22, 209–220. doi: 10.1002/car.2207.
- Paavilainen, E., & Flinck, A. (2015). Efficient methods for identifying child maltreatment in social and health care. Nursing Research Foundation: *Clinical guidelines – from evidence to outcomes*, 5, 54-59 Retirado de: [http://www.hotus.fi/system/files/SUOSITUS\\_lasten\\_kaltoinkohtelu\\_ENGLANTI.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/SUOSITUS_lasten_kaltoinkohtelu_ENGLANTI.pdf)
- Paavilainen, E., Åstedt-Kurki, P., Paunonen, M., & Laippala, P. (2001). Risk factors of child maltreatment within the family: Towards a knowledgeable base of family nursing. *International Journal of Nursing Studies* 38, 297–303. Doi:10.1016/S0020-7489(00)00074-2
- Pais-Ribeiro, J. L., & Antunes, S. (2003). Contribuição para o estudo de adaptação do questionário de saúde geral de 28 itens (General Health Questionnaire – GHQ28). *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5, 37–45. Retirado de: <https://www.redalyc.org/pdf/287/28750105.pdf>
- Paris, R., Gemborys, M., Kaufman, P., & Whitehill, D. (2018). Reaching Isolated New Mothers: Insights from a Home Visiting Program Using Paraprofessionals, Families in Society: *The Journal of Contemporary Social Services*, 88, 616-626. doi:10.1606/1044-3894.3684.
- Pérez-Padilla, J., & Menéndez, S. (2016). El estrés parental como predictor de la sintomatología psicológica en madres de familias en riesgo. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 24(1), 51–71. Retirado de: <https://search.proquest.com/openview/06bda83ef6cc081058f516e76bc58a90/1?cbl=966333&pq-origsite=gscholar>
- Petch, J., & Halford, W. K. (2008). Psychoeducation to enhance couples' transition to parenthood. *Clin. Psychol. Rev.* 28, 1125–1137. doi: 10.1016/J.Cpr. 2008.03.005
- Pianta, R. C., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1990). Maternal stress and children's development: Prediction of school outcomes and identification of protective factors. In J. E. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 215–235). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Pickett, K. E., & Wilkinson, R. G. (2015). The ethical and policy implications of research on income inequality and child well-being. *Pediatrics*, 135, 39–47. doi: 10.1542/peds.2014-3549E
- Pierce, G., Lakey, B., Sarason, I., Sarason, B. (1997) *Sourcebook of Social Support and Personality*. New York, NY; Plenum Press.
- Primack, B. A., Hendricks, K. M., Longacre, M. R., Adachi-Mejia, A. M., Weiss, J. E., Titus, L. J., &... Dalton, M. A. (2012). Parental efficacy and child behavior in a community sample of children with and without attention-deficit hyperactive disorder (ADHD). *Attention Deficit Hyperactivity Disorders*, 4, 189–197. doi: 10.1007/s12402-012-0089-z
- Prino, L. E., Rollè, L., Sechi, C., Patteri, L., Ambrosoli, A., Caldarera, A. M., &... Brustia, P. (2016). Parental relationship with twins from pregnancy to 3 months: the relation

- among parenting stress, infant temperament, and well-being. *Front. Psychol.*, 7, 1628. doi: 10.3389/Fpsyg.2016.01628
- Próspero, M. (2008). The effect of coercion on aggression and mental health among reciprocally Violent Couples. *Journal of Family Violence*, 23, 195-202. doi: 10.1007/s10896-007-9143-6
- Ragin, C. C. (2007). *La construcción de la investigación social. Introducción a los métodos y su diversidad*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Universidad de los Andes.
- Raikes, H. A., & Thompson, R. A. (2006). Family emotional climate, attachment security and young children's emotion knowledge in a high risk sample. *British Journal of Developmental Psychology*, 24, 89– 104. doi:10.1348/026151005X70427
- Razurel, C., Kaiser, B., Antonietti, J.P., Epiney, M., & Sellenet, C. (2017) Relationship between perceived perinatal stress and depressive symptoms, anxiety, and parental self-efficacy in primiparous mothers and the role of social support, *Women & Health*, 57, 154-172. doi: 10.1080/03630242.2016.1157125
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 90, 24– 31. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.04.026
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 330– 366. doi:10.1037//0033-2909.128.2.330
- Richards M., Hardy, R., & Wadsworth, M. (1997) The Effects Of Divorce And separation on mental health in a national UK birth cohort. *Psychological Medicine*, 27, 1121-1128. Doi:10.1017/S003329179700559X
- Richards, M. (1977). Caretaking in the first year of life: The role of fathers, and mothers' social isolation. *Care, Health & Development*, 3, 23–36. doi: 10.1111/j.1365-2214.1977.tb00023.x
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Correa, A. D., Martín, J. C., & Rodríguez, G. (2006). Outcome evaluation of a community centre-based program for mothers at high psychosocial risk. *Child Abuse and Neglect*, 30, 1049-1064. doi:10.1016/j.chiabu.2006.03.004
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Martín, J. C., & Byrne, S. (2008). *Preservación familiar. Un enfoque positivo para la intervención con familias*. Madrid: Pirámide.
- Rodrigo, M. J., Martín, J.C., Máiquez, M. L., & Rodríguez, G. (2007). Informal and formal supports and maternal child-rearing practices in at-risk and non at-risk psychosocial contexts. *Children and Youth Srevice Review*, 29, 329-347. doi:10.1016/j.chilyouth.2006.03.010
- Rodrigues-Neto, J.F, Figueiredo, M.F.S., Faria, A.A.S., & Fagundes, M. (2008) Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa – estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr.*, 57, 233-239. doi: 10.1590/S0047-20852008000400002
- Rodríguez, G., Camacho, J., Rodrigo, M. J., Martín, J. C., & Máiquez, M. L. (2006). Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias de servicios sociales municipales. *Psicothema*, 18, 200-206. ISSN 0214 – 9915. Retirado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3198>
- Rodriguez, M., Valentine, J., Sawssan R., Eisenman, D., Sumner, Lekeisha A., & ... Liu, H. (2010). Intimate partner violence and maternal depression during the perinatal period: a longitudinal investigation of Latinas. *Violence Against Women*, 16, 543-559. doi:10.1177/1077801210366959

- Rodriguez, N., Mira, C., Myers, H., Morris, J., & Cardoza, D. (2003). Family or friends: Who plays a greater supportive role for Latino college students? *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 9* (3), 236–250. doi:10.1037/1099-9809.9.3.236
- Romito, P., Molzan Turan, J., & De Marchi, M. (2005). The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Social Science & Medicine, 60*, 1717-1727. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.08.026
- Roubinov, D. S., & Boyce, W. T. (2017). Parenting and SES: Relative values or enduring principles? *Current Opinion in Psychology, 15*, 162–167. doi:10.1016/j.copsyc.2017.03.001
- Rutter, M. (2001). Psychosocial adversity: Risk, resilience and recovery. In J. M. Richman & M. W. Fraser (Eds.), *The context of youth violence: Resilience, risk and protection* (pp. 13- 42). Westport, CT: Praeger.
- Sandler, I.N., Miller, P., Short, J., & Wolchik, S.A. (1989). Social support as a protective factor for children in stress. In D. Belle (Ed.), *Children's social networks and social supports* (pp. 277-307). New York, NY; John Wiley.
- Santin, G., & Klafke, T. (2011) A Família e o Cuidado em Saude Mental. *Barbaroi, 34*, 146-160. Retirado de:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-65782011000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-65782011000100009&lng=pt&nrm=iso)
- Sareen, J., Afifi, T., McMillan, K., & Asmundson, G. (2011). Relationship between household income and mental disorders: findings from a population-based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry, 68*, 419-427. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.15.
- Scarpellini, M., & Carlos, V.Y. (2011, Agosto). Monoparentalidade Feminina e Vulnerabilidade Social: a realidade de mulheres chefes de família no município de Apucarana. Comunicação apresentada no Anais II Simpósio Gênero e Políticas Públicas, Londrina, Brasil.
- Shaffer, A., Egeland, B., & Wang, K. (2010). Risk and resilience among children referred to the Child Welfare System. A longitudinal investigation of child well-being in multiple domains. In M. B. Webb, K. Dowd, B. J. Harden, J. Landsverk, & M. F. Testa (Eds.), *Child welfare and child well-being: New perspectives from the National Survey of Child and Adolescent Well-being* (pp. 83–106). New York, NY: Oxford University Press.
- Silva MC, Fassa AG, Kriebel D. (2006). Minor psychiatric disorders among Brazilian ragpickers: a cross-sectional study. *Enviromental Health: a Global Acess Science Source, 5*, 1-10. doi:10.1186/1476- 069X-5-17.
- Silva, D. & Santana P. (2012) Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática, *Tempus Actas de Saúde Coletiva, 6*, 175-185 Tempus Actas de Saúde. doi: 10.18569/tempus.v6i4.1214
- Sim, A., Bowes, L. & Gardner, F. (2019). The Promotive Effects of Social Support for Parental Resilience in a Refugee Context: a Cross-Sectional Study with Syrian Mothers in Lebanon. *Prev Sci 20*, 674–683. doi:10.1007/s11121-019-0983-0
- Sluzki, C. (1997) *A Rede Social na Prática Sistêmica: Alternativas Terapeuticas*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo
- Soliday, E., Mccluskey-Fawcett, K., & O'Brien, M. (1999). Postpartum affect and depressive symptoms in mothers and fathers. *Am. J. Orthopsychiatry, 69*, 30–38. doi: 10.1037/h0080379
- Sousa, L. (2005). *Famílias multiproblemáticas*, Coimbra: Quarteto.
- Spanier, G. B. (1979). The measurement of marital quality. *J. Sex Marital Ther., 5*, 288–300. doi: 10.1080/00926237908403734

- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. *The Lancet*, *374*, 315–323. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61124-7.
- Subirats, J., Riba, C., Giménez, L., Obradors, A., Giménez, M., Queralt, D., &... Rapport, A. (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Tamayo, M. (2004). *El proceso de la investigación científica: Incluye evaluación y a administración de proyectos de investigación*. México: Limusa.
- Tamis-LeMonda, C. S., & Bornstein, M. H. (2002). Maternal responsiveness and early language acquisition. *Advances in Child Development and Behavior*, *29*, 89–127. doi:10.1016/S0065-2407(02)80052-0
- Tarren-Sweeney, M., & Hazell, P. (2006). Mental health of children in foster and kinship care in New South Wales, Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *42*, 89–97. doi:10.1111/j.1440-1754.2006.00804.x
- Taylor, S. E. (2011). Social support: A review. In H. S. Friedman (Ed.), *Handbook of health psychology* (pp. 189–214). New York, NY: Oxford University Press.
- Thompson, R. (2015) Social support and child protection: Lessons learned and learning. *Child Abuse & Neglect*, *41*, 19–29. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.06.011.
- Thompson, R. A. (1995). *Preventing child maltreatment through social support: A critical analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Thompson, R. A., Flood, M. F., & Goodvin, R. (2006). Social support and developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (2<sup>a</sup> ed., pp. 1-37). New York, NY: Wiley.
- Trigo, J. (1998). Indicators of risk in families receiving attention from social services. *Psychology in Spain*, *2*, 66-75. Retirado de: <http://www.psychologyinspain.com/content/reprints/1998/8.pdf>
- Trillingsgaard, T., Baucom, K. J., & Heyman, R. E. (2014). Predictors of change in relationship satisfaction during the transition to parenthood. *Fam. Relat.*, *63*, 667–679. doi: 10.1111/fare.12089
- Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health. *Perspectives on Psychological Science*, *4*, 236–255. doi:10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x
- Uribe, A.V. & Castell, A.. (1994). Incidencia de los Factores Sociales en la Salud y la Enfermedad Mental. *Revista de Enfermería ROL*, *191*, 65-68.
- Vogel, D. & Wei, M. (2005). Adult attachment and help-seeking intent: The mediating roles of psychological distress and perceived social support. *Journal of Counseling Psychology*, *52*(3), 347-357. doi:10.1037/0022-0167.52.3.347
- Waikamp, V., & Serralta, F. B. (2018). Repercussões do trauma na infância na psicopatologia da vida adulta. *Ciencias Psicológicas*, *12*, 137-144. doi: 10.22235/cp.v12i1.1603
- Walsh, F. (1998). *El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío*. Buenos Aires, BA: ASIBA.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar: Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires, BA: Amorrortu.
- Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New York, NY: Guilford.
- Whalen, C. K., Jamner, L. D., Henker, B., Delfino, R. J., & Lozano, J. M. (2002). The ADHD spectrum and everyday life: experience sampling of adolescent moods, activities, smoking and drinking. *Society for Research in Child Development*, *73*, 209–227. doi:10.1111/1467-8624.00401
- World Health Organization (2007). Breaking the vicious cycle between mental ill-health and poverty. Geneva: World Health Organization [PDF]. Retirado de:

- [http://www.who.int/mental\\_health/policy/development/1\\_Breakingviciouscycle\\_Info sheet.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/development/1_Breakingviciouscycle_Info sheet.pdf)
- World Health Organization (2011). Impact of economic crises on mental health. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe [PDF]. Retirado de: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/134999/e94837.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf)
- Wolfe, D. A. (1999). *Child abuse: Implications for child development and psychopathology*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Wong, D., Kin Ng, T., Ip, P., Chung, M., & Choi, J. (2018). Evaluating the Effectiveness of a Group CBT for Parents of ADHD Children. *J Child Fam Stud* 27, 227–239. doi:10.1007/s10826-017-0868-4
- Wright, R. (2006). Social support and health outcomes in multicultural urban population. *Social Work in Health Care*, 43, 15–28. doi:10.1300/J010v43n04\_02
- Yamaoka, Y., Bard, D. (2019). Positive Parenting Matters in the Face of Early Adversity. *American Journal of Preventive Medicine*, 56, 530-539. doi: 10.1016/j.amepre.2018.11.018
- Yuan-Chiao, L., Walker, R., Richard, P. & Mustafa, Y. (2019) Inequalities in Poverty and Income between Single Mothers and Fathers. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 1-15. doi: 10.3390/ijerph17010135
- Zee, K. S., & Bolger, N. (2019). Visible and invisible social support: How, why, and when. *Current Directions in Psychological Science*, 28, 314–320. doi:10.1177/0963721419835214
- Zee, K. S., Cavallo, J. V., Flores, A. J., Bolger, N., & Higgins, E. T. (2018). Motivation moderates the effects of social support visibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 114, 735–765. doi:10.1037/pspi0000119.
- Zoetl, PA (2016) Prison is for young people! Youth, violence and the state in Praia and Mindelo, Cape Verde. *African Studies Review* 59, 231–249. doi:10.1017/asr.2016.30

## **Anexo**



## CONSENTIMENTO INFORMADO

Sr./Sr.<sup>a</sup>:

\_\_\_\_\_

Com CC/Passaporte, n.º. \_\_\_\_\_

Declaro que fui informado do estudo de avaliação do programa de Formação e Apoio Familiar no qual participa, tendo a oportunidade de realizar todas as questões que considere necessária sobre esta investigação.

Tenho conhecimento de que a participação neste estudo é voluntária e fui informado de forma clara e explícita que os dados recolhidos neste estudo serão tratados e guardados respeitando a minha intimidade e de acordo com a lei de proteção de dados.

Afirmo que li o presente documento e compreendo os compromissos que assumo. Por esse motivo, assino este consentimento informado de forma voluntária para manifestar o meu desejo em participar neste estudo de avaliação do programa de Formação e Apoio Familiar no qual participo.

Em \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020

Assinatura:

