

Paula Regina Colaço Pinho

Saúde mental e stresse parental

**Um estudo comparativo entre famílias com menores
em risco psicossocial e a população geral**



2017

Paula Regina Colaço Pinho

Saúde mental e stresse parental

**Um estudo comparativo entre famílias com menores
em risco psicossocial e a população geral**

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho elaborado sob orientação de:

Professora Doutora Cristina Nunes



2017

Saúde mental e stresse parental

Um estudo comparativo entre famílias com menores em risco psicossocial e a população geral

Declaração de autoria do trabalho

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

Copyright © Paula Regina Colaço Pinho

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.

Agradecimentos

Com enorme gratidão, agradeço ao meu marido e ao meu filho, pelo apoio e motivação, pela paciência e disponibilidade, pela oportunidade que me facultaram para tirar este curso, permitindo conciliar as diversas áreas da minha vida.

Agradeço a toda a minha família, em especial à minha mãe e irmãos, pelo amor, carinho, auxílio e flexibilidade durante estes anos, que, direta ou indiretamente, me facilitaram sempre as condições para continuar.

À memória de meu pai, pelo referencial que é na minha vida e que me serve de suporte e consolo nos momentos menos felizes.

Agradeço à minha orientadora de tese, Professora Doutora Cristina Nunes, pela disponibilidade, orientação técnica e conhecimentos partilhados.

Às famílias que participaram neste estudo pela disponibilidade e colaboração nas entrevistas.

Agradeço por fim a todos os meus amigos que souberam entender as minhas ausências...

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”

Fernando Pessoa

Resumo

A presente investigação teve como principal objetivo analisar e comparar os níveis de saúde mental e de stresse parental de pais de menores em risco psicossocial, com uma amostra de pais sem características de risco. O estudo proporcionou ainda efetuar o perfil sociodemográfico e familiar das famílias em risco psicossocial permitindo-nos compreender alguns aspetos relevantes associados aos contextos e situações a que estas famílias se encontram expostas.

Participaram neste estudo 154 pais e mães, de crianças até aos 12 anos, 65 com uma medida de proteção e promoção nas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens do Algarve devido à existência de situações de risco, e 89 sem esta condição. Foram aplicados os instrumentos Questionário de Saúde Geral, a versão reduzida do Índice de Stresse Parental e um questionário de dados sociodemográficos e familiares.

O perfil sociodemográfico e familiar dos participantes neste estudo com características de risco foi caracterizado por uma maior precaridade educativa, laboral e económica, quando comparadas com a população geral.

Os resultados indicam que os participantes da amostra com características de risco apresentavam níveis clínicos de sintomatologia psicopatológica e de stresse parental percebidos na ordem dos 40%. No que respeita ao grupo da população geral, os resultados demonstraram níveis que rondam os 11,5%. As variáveis demonstraram estar positivamente e significativamente relacionados, com o stresse parental a explicar 28% da variância da saúde mental no grupo risco e 15% no grupo geral.

Conclui-se deste modo que as famílias em risco psicossocial apresentam elevados níveis de stresse parental e mal-estar psicológico, os quais aparentam advir maioritariamente do contexto económico e social em que vivem. A prática da parentalidade em circunstâncias de precaridade psicológica torna-se mais difícil e complexa, pelo que a compreensão desta problemática permite estabelecer intervenções precoces que facilitem e promovam uma melhor saúde mental.

Palavras-chave: Saúde mental, Stresse parental, Famílias, Risco psicossocial.

Abstract

This research aimed to analyze and compare mental health and parenting stress levels on a sample of parents of children at psychosocial risk by comparison with parents without social risk characteristics. It was possible to identify the sociodemographic and family profile of families in psychosocial risk in order to understand particular situations and contexts that these families are exposed.

The study included 154 parents of children up to 12 years, 65 with a protection and promotion measure on the Algarve's Child and Youth Protection Commission due to the existence of risk situations, and 89 without this condition. The assessment instruments were General Health Questionnaire, Parenting Stress Index - Short Form and a sociodemographic and family questionnaire.

The sociodemographic and family profile of the participants with social risk characteristics was characterized by higher educational, labor and economic precariousness, when compared with the general population.

The results show that participants from the risk sample had clinical levels of psychopathological symptoms and parenting stress in the order of 40%. With regard to general population, the results showed levels around 11.5%. The variables proved to be positively and significantly associated, with parenting stress explaining 28% of mental health variance in the risk sample and 15% in the general one.

Families at psychosocial risk presented higher levels of parenting stress and psychological distress, which seem to come mainly from the economic and social context in which they live. Parenting in circumstances of psychological precariousness becomes more difficult and complex, so understanding this problem will allow to establish early interventions that facilitate and promote a better mental health.

Keywords: Mental health, Parenting stress, Families, Psychosocial risk.

Índice

Agradecimentos.....	v
Resumo.....	vi
Abstract.....	vii
Índice.....	viii
Introdução.....	1
Parte I. Revisão da Literatura.....	3
Capítulo 1. Saúde mental e seus determinantes psicossociais.....	3
Capítulo 2. Famílias em risco psicossocial.....	6
2.1 Definição de conceitos e modelos explicativos.....	6
2.2 Fatores de risco e de proteção.....	16
2.3 Famílias em risco psicossocial.....	19
Capítulo 3. Stresse parental.....	23
3.1 Definição e modelos explicativos do stresse.....	23
3.2 Stresse parental.....	29
Parte II. Estudo Empírico.....	34
Capítulo 4. Objetivos do estudo.....	34
4.1 Objetivo geral.....	35
4.2 Objetivos específicos.....	35
Capítulo 5. Metodologia.....	35
5.1 Desenho do estudo.....	35
5.2 Amostra.....	36
5.3 Instrumentos.....	37
5.4 Procedimentos de recolha de dados.....	40
5.5 Procedimentos de análise de dados.....	41
Capítulo 6. Apresentação e Análise dos Resultados.....	42
6.1 Caraterização do perfil sociodemográfico e familiar.....	42
6.2 Caraterização dos níveis de saúde mental/mal-estar psicológico.....	50
6.3 Caraterização dos níveis de stresse parental.....	59
6.4 Relação entre a saúde mental e o stresse parental dos participantes.....	66
Parte III.....	69
Capítulo 7. Discussão dos resultados.....	69

7.1 Perfil sociodemográfico e familiar dos participantes.....	69
7.2 Caracterização do bem-estar psicológico dos participantes.....	71
7.3 Caracterização do stresse parental dos participantes.....	74
7.4 Relação entre a saúde mental e o stresse parental dos participantes	75
Parte IV.....	76
Capítulo 8. Considerações finais.....	76
8.1 Conclusão.....	76
8.2 Limitações.....	78
Capítulo 9. Referências Bibliográficas	79
Anexos	91
Anexo I Consentimento informado.....	91

Índice de Figuras

Figura 1.1 Principais determinantes da saúde	5
Figura 2.1 Modelo ecológico de Brofenbrenner	9
Figura 2.2 Fluxo de stresse na família.....	11
Figura 2.3 Modelo de análise dos determinantes da parentalidade	13
Figura 2.4 Modelo de hipotéticas relações entre os subsistemas familiares e o processo de socialização da criança.....	15
Figura 2.5 Modelo tripartido das relações familiares	16
Figura 2.6 Modelo biopsicossocial da saúde	17
Figura 2.7 Fatores de risco e proteção psicossocial	18
Figura 3.1 Síndrome geral de adaptação de Selye	24
Figura 3.2 Modelo transacional de stresse	25
Figura 3.3 Modelo MARS do comportamento individual.....	28
Figura 3.4 Modelo ABCX duplo do stresse familiar	30
Figura 3.5 Modelo dos percursos influentes de acordo com os determinantes do comportamento parental.....	32
Figura 5.1 Desenho do estudo.....	36
Figura 6.1 Nacionalidade dos participantes.....	44
Figura 6.2 Nível educativo dos participantes	44
Figura 6.3 Situação laboral dos participantes	45
Figura 6.4 Tipo de trabalho dos participantes.....	46
Figura 6.5 Distribuição da idade da criança por classe etária.....	47
Figura 6.6 Distribuição relativa à situação familiar dos participantes	48
Figura 6.7 Distribuição da configuração familiar	48
Figura 6.8 Caracterização dos participantes consoante a situação económica	50
Figura 6.9 Comparação da subescala Sintomas Somáticos entre os participantes....	52
Figura 6.10 Comparação da subescala Ansiedade e Insónia entre os participantes ..	52
Figura 6.11 Comparação da subescala Disfunção Social entre os participantes.....	53
Figura 6.12 Comparação da subescala Depressão Grave entre os participantes	53
Figura 6.13 Comparação da escala GHQ Total entre os participantes	53
Figura 6.14 Comparação da subescala Disfunção Parental entre os participantes	60
Figura 6.15 Comparação da subescala Interação Disfuncional Progenitor-Criança entre os participantes	61
Figura 6.16 Comparação da subescala Criança Difícil entre os participantes	61
Figura 6.17 Comparação da escala Total entre os participantes	62

Índice de Tabelas

Tabela 1.1 Proporção de utentes ativos inscritos em CSP da região do Algarve com registo de perturbações de ansiedade e depressiva entre 2011-2014.....	5
Tabela 2.1 Estágios do ciclo de vida familiar	7
Tabela 2.2 Padrões de interação progenitor-filho em famílias em risco psicossocial..	21
Tabela 6.1 Características dos participantes consoante o sexo	43
Tabela 6.2 Características dos participantes consoante a idade	43
Tabela 6.3 Características da criança consoante o sexo	46
Tabela 6.4 Características da criança consoante a idade	47
Tabela 6.5 Caracterização familiar	49
Tabela 6.6 Características da saúde mental (GHQ) e das suas subescalas	51
Tabela 6.7 Coeficiente de correlação de Pearson entre as subescalas do GHQ-28...	51
Tabela 6.8 Correlação da saúde mental com variáveis sociodemográficas dos participantes	54
Tabela 6.9 Descrição da idade dos participantes com valores acima do ponto de corte (GHQ).....	54
Tabela 6.10 Comparação de valores médios das dimensões Sintomas Somáticos, Depressão Grave e GHQ Total, no grupo risco, em função do sexo (Teste de Mann-Whitney)	55
Tabela 6.11 Correlação da saúde mental com a idade das crianças	56
Tabela 6.12 Comparação de médias e desvio-padrão nas dimensões Sintomas Somáticos, Disfunção Social, Depressão Grave e GHQ Total, em função do tipo de família, no grupo risco (Teste Kruskal-Wallis).....	56
Tabela 6.13 Correlação da saúde mental com o número de filhos e com o número de menores de 14 anos no lar, em ambas as amostras	57
Tabela 6.14 Correlação da saúde mental com o rendimento familiar dos participantes	58
Tabela 6.15 Comparação da saúde mental entre grupo geral e grupo risco	59
Tabela 6.16 Características dos níveis de stresse parental (PSI) e das suas subescalas	59
Tabela 6.17 Coeficiente de correlação de Pearson entre as subescalas do PSI-SF... 60	
Tabela 6.18 Comparação de medianas dimensões Criança Difícil e PSI Total, no grupo risco, em função do estatuto de imigrante (Teste de Mann-Whitney)	62
Tabela 6.19 Correlação do stresse parental com a idade das crianças.....	63
Tabela 6.20 Comparação de médias nas diferentes dimensões do PSI-SF, no grupo risco, em função do sexo das crianças (Anova)	63

Tabela 6.21 Comparação de medianas nas diferentes dimensões do PSI-SF, no grupo risco, em função da estrutura familiar (Teste de Mann-Whitney).....	64
Tabela 6.22 Correlação do stresse parental com variáveis do agregado familiar dos participantes	65
Tabela 6.23 Correlação do stresse parental com o rendimento familiar dos participantes	65
Tabela 6.24 Comparação do stresse parental entre grupo geral e grupo risco.....	66
Tabela 6.25 Relações entre a saúde mental e o stresse parental nas famílias da população em geral e nas de risco psicossocial.....	67
Tabela 6.26 Análise de regressão linear múltipla prevendo a saúde mental (grupo geral)	67
Tabela 6.27 Análise de regressão linear múltipla prevendo a saúde mental (grupo risco).....	68

Introdução

A família é um sistema dinâmico e complexo de relações interpessoais, sujeita a diversas mudanças ou crises evolutivas. De acordo com o modelo ecológico de Bronfenbrenner, o sistema familiar encontra-se sujeito tanto a mudanças e pressões internas, quando referentes aos seus membros, como a mudanças e pressões externas, quando dizem respeito às instituições sociais que os influenciam (Alarcão, 2002; Kreppner, 2000; Rodrigo & Palacios, 2005).

Mas nem sempre os indivíduos e as famílias possuem a capacidade de adaptação, de utilização de novas soluções, ou se encontram cognitivamente ou emocionalmente preparadas para determinadas situações ou momentos de vida (Dessen & Polonia, 2007), podendo configurar-se como fatores de risco que comprometem a capacidade de praticar uma parentalidade adequada (Nunes & Ayala-Nunes, 2015) e favorecem a vulnerabilidade da criança e da família aumentando a probabilidade de desenvolvimento de problemas psicológicos e/ou comportamentais (Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004; Ramos, 2004).

Nessas situações podem surgir situações de stresse e desequilíbrio, sendo necessário que cada elemento efetue mudanças que possibilitem a adaptação às novas situações, de acordo com o seu estatuto e função dentro da própria família (Alarcão, 2002; Rodrigo & Palacios, 2005).

O stresse parental surge devido à acumulação de situações causadoras de stresse perante as exigências de ser pai ou ser mãe, desenvolvendo sentimentos negativos relativamente à criança ou a si mesmo, diretamente imputáveis ao exercício da parentalidade (Abidin, 1992; Cmic & Low, 2002).

Os pais que lidam com o stresse de maneira pouco adaptativa encontram-se propensos a transmitir esses comportamentos aos seus filhos. O uso de estratégias adequadas perante situações de stresse promove, por um lado uma melhor adaptação dos pais à situação, como também a formação de hábitos e o desenvolvimento de competências das crianças (APA, 2016).

A presente investigação faz parte de uma pesquisa em Psicologia Clínica e da Saúde, que se propôs estudar as famílias em situação de risco psicossocial. A este respeito, têm sido realizados diversos estudos que intentam proporcionar conhecimentos que caracterizem os indivíduos que integram estas famílias, e que, de alguma forma possam vir a contribuir para o desenvolver ou aperfeiçoar de medidas de prevenção primária e secundária junto deste grupo.

Neste sentido, o presente estudo pretende analisar a saúde mental e o stresse parental em famílias com menores em risco psicossocial, visando colaborar para a compreensão dos fatores que influenciam estas famílias.

De modo a realizarmos o presente trabalho e atingirmos os objetivos delineados, o estudo foi dividido em quatro partes. Primeiramente, apresentaremos a revisão da literatura, desenvolvida em três capítulos: 1. Saúde mental; 2. Famílias em risco psicossocial; 3. Stresse parental.

No primeiro capítulo procurou-se definir o conceito de saúde mental e explicar a relação entre os determinantes psicossociais da saúde e o bem-estar psicológico.

O segundo capítulo divide-se em três tópicos. O primeiro aprofunda conhecimentos sobre a família. De seguida abordamos o conceito de fatores de risco e de proteção. Por último, apresentamos uma revisão sobre famílias em risco psicossocial, assim como a atual legislação portuguesa relativa à intervenção especializada dirigida às famílias com crianças em situação de risco psicossocial.

No terceiro capítulo abordamos os pressupostos teóricos que sustentam o conceito de stresse e, posteriormente, as conceções acerca do stresse parental.

Na segunda parte, descrevemos o estudo empírico que pretende responder às seguintes questões:

- Quais as características sociodemográficas que diferenciam as famílias com menores em risco psicossocial da população geral no Algarve?
- As relações que existem entre saúde mental e stresse parental são semelhantes ou diferentes nas famílias em risco e na população geral do Algarve?

No quarto capítulo apresentamos os objetivos em estudo, estabelecidos para obtermos respostas às nossas interpelações. O quinto capítulo refere-se à metodologia e tipo de estudo utilizado. No sexto capítulo são descritos os resultados obtidos após a análise dos dados recolhidos através das entrevistas efetuadas.

Na discussão dos resultados – procurou-se comparar e discutir os resultados obtidos com os elementos presentes na bibliografia de referência utilizada.

Por último efetuou-se as conclusões gerais de acordo com os resultados assim como as suas limitações.

Parte I. Revisão da Literatura

Capítulo 1. Saúde mental e seus determinantes psicossociais

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde mental, como uma vasta área de atividades que se encontram direta ou indiretamente ligadas com o bem-estar mental, incluídos na definição da OMS para saúde: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença” (WHO, 2011, 2015).

A promoção da saúde é, de acordo com a Carta de Ottawa (1986), o processo que permite à população melhorar a sua qualidade de vida e saúde, fomentando a sua autonomia sobre este processo (WHO, 1986).

Em 2005, a Carta de Bangkok vem complementar e desenvolver os valores, princípios e estratégias da Carta de Ottawa para abordar os determinantes da saúde, afirmando que as políticas, parcerias funcionais e alianças que tenham por objetivo capacitar as comunidades, melhorar a saúde e a equidade na saúde devem ser incluídas e priorizadas nos projetos de desenvolvimento global e nacional (WHO, 2005).

A 8ª Conferência Global para a Promoção da Saúde, realizada em Helsínquia, em junho de 2013, destacou a responsabilidade central dos governos perante a sua população relativamente à saúde e a equidade, afirmou a necessidade urgente de políticas de saúde e bem-estar coerentes, e reconhece que para isso será necessário força de vontade política, coragem e visão estratégica (WHO, 2013).

A saúde mental encontra-se, desta forma, relacionada com a promoção do bem-estar, a prevenção de transtornos mentais, e o tratamento e reabilitação de pessoas atingidas por transtornos mentais. A saúde mental de um indivíduo pode ser determinada pela genética, comportamento, cultura, hábitos e estilos de vida, e também pelo ambiente físico, social, económico e tecnológico a que está exposto (WHO, 2015).

Thomas Scheff e Erving Goffman concebem a doença mental como uma construção social, visto implicar a infração de normas sociais largamente aceites, rejeitando a visão de doença como intrínseca ao indivíduo mas localizando-a na dinâmica social (cit in Moreira, Melo, Pires, Crusellas, & Lima, 2005; Scott, 2010). O rótulo atribuído cria então os sintomas, sendo o indivíduo visto e tratado de modo diferenciado pelos que o rodeiam, podendo ainda conduzi-lo a alterações de comportamento e criar um ciclo de expectativas que se auto confirmam (Moreira et al., 2005).

Desta forma, quando se fala em saúde mental há que referir que os elementos capazes de gerar a doença mental podem existir mas não implicam diretamente a presença de doença. Esta evidência é explicada pela inter-relação de diversos fatores, onde um indivíduo perante determinados fatores de risco desenvolve uma perturbação, e outro perante os mesmos fatores não (Moreira et al., 2005).

Os resultados de saúde pertinentes para a promoção da saúde são consequência de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais (Bennett & Murphy, 1999).

De modo a promover a consciencialização sobre a influência dos determinantes psicossociais na situação de saúde e sobre a necessidade de fomentar a equidade na saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS), estabeleceu em 2005 a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS). De acordo com a CDSS, as desigualdades na saúde surgem devido às circunstâncias em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem, sendo moldadas pelas condições económicas, sociais, políticas e culturais (CDSS, 2010).

Um dos modelos que procura explicar a relação entre os determinantes psicossociais e a saúde é o modelo de Dahlgren e Whitehead (Figura 1.1; 2007). Os autores descreveram uma teoria ecológica e social para a compreensão do processo saúde-doença, baseada nas relações entre o indivíduo e o ambiente que o rodeia. Deste modo, dispõem os determinantes para a saúde em quatro níveis interdependentes que agem direta e indiretamente sobre a saúde do indivíduo.

No centro encontra-se o indivíduo, com as suas características individuais (i.e., idade, sexo, fatores genéticos, personalidade), exercendo influência sobre o seu potencial e condições de saúde.

No primeiro nível encontram-se os comportamentos e estilos de vida que podem promover ou danificar a saúde (e.g., tabagismo, atividade física, alimentação, hábitos de sono), condicionados por determinantes sociais do segundo nível, nomeadamente as influências das redes sociais e comunitárias (e.g., amigos, vizinhos, grupos comunitários, família).

De seguida, estão os determinantes intermediários, fatores relativos às condições de vida e de emprego (e.g., desemprego, acesso a serviços sociais e de saúde, disponibilidade de alimentos, educação e aprendizagem, transporte, habitação, condições, ambiente de trabalho e rendimentos).

No último nível, encontram-se os macrodeterminantes, relacionados com as condições socioeconómicas, culturais e ambientais da sociedade (Buss & Filho, 2007; Dahlgren & Whitehead, 2007).



Figura 1.1 Principais determinantes da saúde (adaptado de Dahlgren & Whitehead, 2007)

De acordo com o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, realizado por Caldas de Almeida e Xavier (2013), com base numa amostra de 8.253 indivíduos, Portugal apresenta uma das mais elevadas taxas de prevalência de doenças mentais da Europa (22,9%), destacando-se as perturbações de ansiedade com 16.5% e as perturbações do humor com 7.9%.

No Algarve, o registo de utentes com perturbações mentais que frequentam os Cuidados de Saúde Primários (CSP) (Tabela 1.1) mostra um padrão invariável em quatro períodos observados, sendo expetável um aumento sucessivo nos anos que se seguem (DGS, 2016).

Tabela 1.1 Proporção de utentes ativos inscritos em CSP da região do Algarve com registo de perturbações de ansiedade e depressiva entre 2011-2014 (adaptado de DGS,2016)

	2011	2012	2013	2014
Perturbação de Ansiedade	1,44%	2,09%	2,96%	3,45%
Perturbação Depressiva	2,40%	3,34%	4,43%	5,04%

Dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD, 2014) estimam que uma em cada duas pessoas irá experienciar algum tipo de doença mental ao longo da sua vida, reduzindo as suas perspetivas de emprego, a sua produtividade e o seu salário.

Segundo o relatório sobre custo-efetividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde, realizado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2011), existe evidência científica do custo-efetividade da intervenção psicológica, verificando-se melhorias dos resultados em saúde assim como redução das despesas no setor da saúde.

Esta poupança foi verificada através da redução de custos diretos obtida através da diminuição da procura e do consumo de serviços (i.e., número de consultas; dias de internamento; procura do serviço de urgência) assim como do consumo de fármacos (número de psicofármacos; maior adesão à terapêutica); e através da redução de custos indiretos com a saúde, obtida através do aumento da produtividade do trabalhador, da redução do absentismo por doença e da redução dos encargos do estado com os benefícios sociais e fiscais associados à doença (OPP, 2011).

Capítulo 2. Famílias em risco psicossocial

2.1 Definição de conceitos e modelos explicativos

De acordo com Kreppner (2000) a família é considerada uma instituição onde não só se efetua uma transmissão genética, de geração em geração, como também uma passagem de valores, crenças, ideias e significados. Consiste na união de pessoas que partilham um projeto de vida em comum, e na qual se desenvolvem fortes sentimentos de pertença, estabelecendo-se entre os seus membros, como consequência da durabilidade dos laços de apego, relações de reciprocidade, intimidade e dependência (Palacios & Rodrigo, 2005).

De um modo geral, a família experimenta diversas mudanças ou crises evolutivas de acordo com o ciclo de vida ao longo do tempo (Tabela 2.1), consequência do processo de desenvolvimento dos seus membros, das mudanças nos seus relacionamentos e de fatores situacionais ou contextuais (Carter & McGoldrick, 2005; Rodrigo & Palacios, 2005), cujo efeito na dinâmica familiar interage com fatores transgeracionais e históricos (Relvas & Lourenço, 2001).

Tabela 2.1 Estágios do ciclo de vida familiar (adaptado de Carter & McGoldrick, 2005)

Estágio do Ciclo de Vida Familiar	Processo Emocional de Transição	Mudanças de segunda ordem necessárias ao desenvolvimento familiar
Jovem solteiro: sair de casa	Aceitar a responsabilidade emocional e financeira;	<ul style="list-style-type: none"> a. Diferenciação do <i>self</i> quanto à família de origem; b. Desenvolvimento de relacionamentos íntimos com pares; c. Estabelecimento do <i>self</i> quanto ao emprego e independência financeira;
Novo casal: união pelo casamento	Compromisso com o novo sistema;	<ul style="list-style-type: none"> a. Formação do sistema conjugal; b. Reajuste nos relacionamentos com família alargada e amigos para incluir o cônjuge;
Família com filhos pequenos	Aceitar novos membros no sistema;	<ul style="list-style-type: none"> a. Ajuste do sistema conjugal para criar espaço para o (s) filho (s); b. União na educação dos filhos, nas financeiras e tarefas domésticas; c. Reajuste nos relacionamentos com a família alargada para incluir os papéis de pais e avós;
Família com adolescentes	Aumentar a flexibilidade das fronteiras familiares para permitir a independência dos filhos e as fragilidades dos avós	<ul style="list-style-type: none"> a. Mudança no relacionamento progenitor-filho permitindo ao adolescente movimentar-se dentro e fora do sistema; b. Reajuste de questões conjugais e profissionais da meia-idade; c. Princípio do tornar-se cuidador da geração mais velha;
Família com filhos adultos	Aceitar diversas saídas e entradas no sistema familiar;	<ul style="list-style-type: none"> a. Reajustar o sistema conjugal a uma díade; b. Desenvolvimento de relacionamentos entre pais e filhos adultos; c. Reajuste nos relacionamentos para incluir parentes por afinidade e netos; d. Lidar com incapacidades e morte dos pais (avós);
Família no final do ciclo vital	Aceitar a mudança dos papéis geracionais	<ul style="list-style-type: none"> a) Manter o funcionamento e os interesses próprios e/ou do casal face ao declínio fisiológico: explorar novos papéis familiares e sociais; b) Facultar mais apoio à geração do meio; c) Despertar o sistema familiar para a sabedoria e experiência dos idosos, facultando suporte a um nível de funcionamento ótimo; d) Lidar com a perda do cônjuge, irmãos e outros iguais e preparação para a morte.

Apesar da existência de papéis e funções na família, Carter e McGoldrick (2005) salientam que o verdadeiro valor da família encontra-se nos relacionamentos, considerando que o desenvolvimento individual surge no contexto de relações emocionais significantes, sejam elas de sangue, adoção, casamento ou por acordo.

De acordo com a teoria ecológica de Bronfenbrenner, o desenvolvimento humano é encarado como um conjunto de interações dinâmicas entre os processos proximais e os múltiplos contextos nos quais o indivíduo está inserido e que afetam diretamente o seu bem-estar biopsicossocial (Benetti et al., 2013).

Este modelo permite a investigação e análise da família através de quatro aspetos multidirecionais interrelacionados: pessoa, processo, contexto e tempo, sendo por isso denominado Modelo PPCT (Martins & Szymanski, 2004). O modelo promove o conhecimento de como o indivíduo ou sistema familiar (pessoa) vive determinada experiência (processo), inserido em determinado meio ambiente global (contexto).

Estes contextos são caracterizados por aspetos físicos, sociais e culturais que descrevem o indivíduo ou sistema familiar assim como a sua influência. O último aspeto refere-se à época ou duração do evento (tempo), à estabilidade do sistema relacional, das rotinas, da sua narrativa pessoal e história social (Martins & Szymanski, 2004; Zillmer, Schwartz, Muniz, & Meincke, 2011).

Bronfenbrenner reforça que o contexto familiar e o comportamento parental são influenciados pelo contexto ecológico em que vivem (1987, cit in Rodrigo & Palacios, 2005; Coll, Marchesi, & Palacios, 2004). Essa influência sobre o desenvolvimento individual e familiar engloba vários níveis estruturais e subsistemas, os quais sendo interdependentes e dinâmicos, ressoam no sistema em si e produzem mudanças nos envolventes (Ramos, 2004).

Os subsistemas caracterizados por Bronfenbrenner são quatro:

- O microssistema, que engloba atividades e relações desenvolvidas nos contextos onde o indivíduo vive experiências significativas, como sejam o domicílio, a escola, o trabalho, o grupo de iguais;
- O mesossistema, abrange a integração entre dois ou mais contextos, como as interações entre a família e a escola, entre a família e a comunidade;
- O exossistema, está relacionado com um ou mais contextos que, apesar de não exercerem impacto direto com o indivíduo ou com a família, desencadeiam situações que os atingem como é o caso do meio laboral dos pais, os vizinhos, os meios de transporte, a assistência médica ou social;

- O macrosistema, abarca os valores culturais, os sistemas de crenças, os padrões sociais, as ideias quanto às formas de cuidar, de educar e de proteger a criança, e que influenciam o funcionamento dos outros subsistemas (Coll et al., 2004; Pumar et al., 1996; Ramos, 2004; Rodrigo & Palacios, 2005).

Posteriormente foi incorporado, ao modelo prévio, o elemento cronossistema (Figura 2.1), adicionando a dimensão tempo às estruturas existentes, incluindo mudanças e pressões que podem ser progressivas ou repentinas (Benetti et al., 2013).

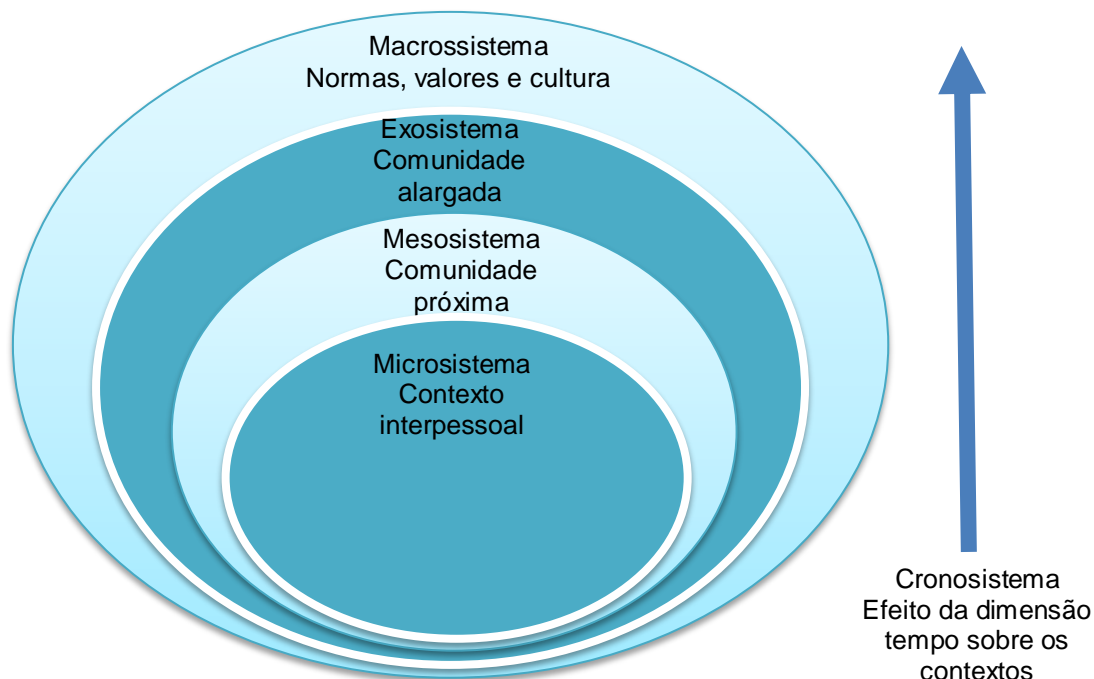


Figura 2.1 Modelo ecológico de Bronfenbrenner (adaptado de Benetti et al., 2013)

Essas mudanças e pressões, designadas como internas quando se relacionam com o desenvolvimento dos seus membros e dos seus subsistemas de funcionamento, e como externas, quando dizem respeito às exigências de adaptação dos vários elementos às instituições sociais que os influenciam (Alarcão, 2002), explicam o desenvolvimento humano como um processo contextualizado e interativo, onde o indivíduo surge como um elemento ativo e também dependente de outros que com ele interajam (Benetti et al., 2013).

De acordo com teoria do sistema familiar de Murray Bowen, a família é vista como uma unidade emocional, que influencia pensamentos, sentimentos e ações dos seus membros. Dentro dos limites do sistema, os padrões individuais são desenvolvidos segundo os pedidos de atenção, aprovação e suporte, e de acordo com as reações a necessidades, expectativas e preocupações. Esta conexão e reatividade produz uma interdependência entre os membros de um sistema familiar. Assim sendo,

a mudança no funcionamento de um elemento é previsivelmente acompanhado por alterações no funcionamento dos outros (Kerr, 2000).

Manter determinados padrões comportamentais pode conduzir a um equilíbrio no sistema, mas também a disfunções familiares (Kerr, 2000). Um aumento de tensão no sistema pode ter origem na pressão externa sobre um determinado membro ou devido a condições que afetam a família na globalidade (Pardeck, 1989), promovendo, por um lado, a união e o fortalecimento familiar, e por outro produzindo padrões de interação disfuncionais (Kerr, 2000).

Quando os níveis de ansiedade aumentam, a ligação emocional familiar torna-se mais tensa do que reconfortante. Nesta linha de pensamento, perante uma situação de depressão no cônjuge, o companheiro pode ter que assumir mais responsabilidades, mantendo-se a estabilidade no relacionamento. Eventualmente, esse elemento poderá não ser capaz de manter essa função durante um longo período de tempo, produzindo ansiedades que contaminam o sistema por completo (Kerr, 2000).

Para compreender o desenvolvimento individual ao longo do ciclo de vida familiar, Carter e McGoldrick (2005) referem a necessidade de analisar o indivíduo dentro do contexto familiar e sociocultural, com o seu passado e características atuais, que mudam ao longo do tempo. Cada sistema (e.g., individual, familiar e sociocultural) pode ser analisado de acordo com duas dimensões causadoras de ansiedade (Figura 2.2), e que descreve o fluxo de stresse na família.

Para o indivíduo o eixo vertical inclui a herança biológica e a complexa programação de comportamentos adquiridos através do próprio temperamento, dificuldades congénitas e composição genética. O eixo horizontal refere-se ao seu desenvolvimento emocional, cognitivo, interpessoal e físico, ao longo do seu percurso de vida, mediante determinado contexto histórico.

Ao nível da família, o eixo vertical inclui a história da família, os padrões de relacionamento e funcionamento que são transmitidos através das gerações, nomeadamente atitudes familiares, tabus, expectativas, rótulos e questões por resolver. O eixo horizontal descreve o modo como a família lida com as transições e mudanças que ocorrem ao longo do ciclo de vida, previsíveis ou imprevisíveis, como uma doença crónica ou a perda de um emprego.

Ao nível sociocultural, o eixo vertical inclui os estereótipos, padrões de poder, hierarquias sociais e crenças que foram passadas através das gerações. O eixo horizontal está relacionado com a ligação à comunidade ou falta dela, acontecimentos recentes e políticas sociais que afetam o indivíduo e a família num determinado

momento, retratando as consequências de preconceitos que limitam as opções de uns e apoiam os poderes de outros (Carter & Mc Goldrick, 2005).

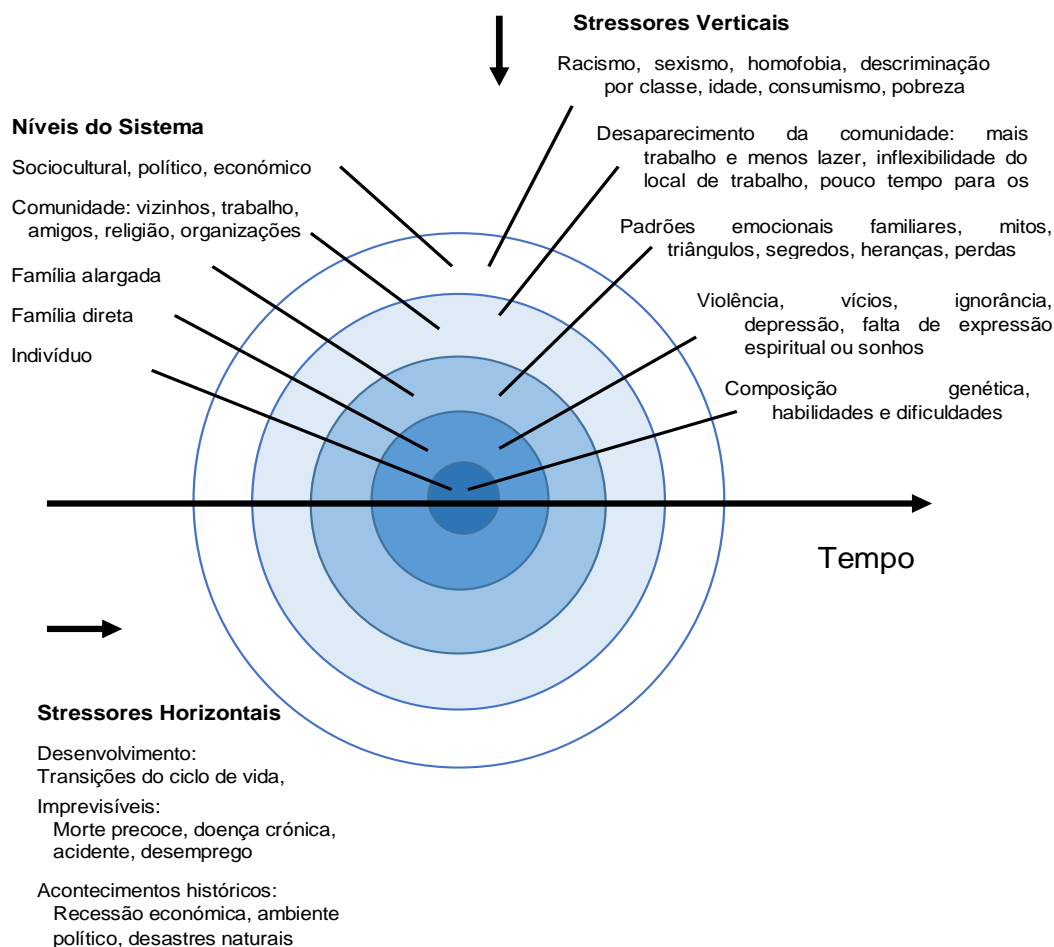


Figura 2.2 Fluxo de stress na família (adaptado de Carter & McGoldrick, 2005)

A partir do séc. XX, o conceito tradicional de família tem sofrido transformações, e a estrutura anteriormente formada por um homem e uma mulher unidos pelo matrimónio, e pelos filhos do casal, em que o marido trabalhava fora de casa e a esposa cuidava dos filhos, no denominado tipo de família nuclear, deu lugar a situações de divórcio, ao aumento de famílias monoparentais e reconstruídas, às uniões de facto, e à participação da mulher no mercado de trabalho (Palacios & Rodrigo, 2005).

Estas alterações na configuração familiar, devido a interrupções ou mudanças no tradicional ciclo de vida familiar, presenteiam as famílias com mais uma ou duas fases adicionais do ciclo de vida familiar de forma a estabilizar e a continuar com o seu desenvolvimento, num nível mais complexo (Carter & McGoldrick, 2005).

Nas últimas décadas verifica-se um aumento no número de famílias reconstituídas (i.e., constituídas após divórcio/separação ou viuvez) e monoparentais

(i.e., geração de pais representada por um único elemento) (Alarcão, 2002; INE, 2013).

Atualmente, as famílias caracterizam-se pela pluralidade e diversidade, com estruturas, recursos e características variadas. Esses recursos e características facilitam ou dificultam mudanças e adaptações que surgem naturalmente ao longo do ciclo vital familiar (e.g., formação do casal, entrada para a escola, adolescência), classificando certas experiências como crises ou transições normais (López, 2006).

A passagem para a parentalidade implica a adoção de novos papéis, o enfrentar de diversas exigências, nomeadamente a partilha das tarefas entre o casal e a satisfação com a relação conjugal e com a parentalidade (Hidalgo & Menéndez, 2003). A complexidade deste processo reside no exercício mais ou menos competente dos novos papéis de pai e mãe e conseqüentemente no benefício apreendido pelo menor (Hidalgo, 2005).

O modelo ecológico de Belsky (Figura 2.3; 1984) presume que a parentalidade é diretamente influenciada por três determinantes, nomeadamente fatores individuais dos progenitores (e.g., personalidade, saúde mental), fatores da criança (caraterísticas individuais) e fatores do contexto social geral no qual a relação progenitor-criança se encontra inserida (e.g., relações conjugais, rede social, ocupação profissional dos progenitores).

Além disso, o modelo assume que a história de desenvolvimento dos progenitores, o seu relacionamento conjugal, a rede social e a sua função profissional influenciam as suas personalidades e o seu bem-estar psicológico, que por sua vez afetam o processo da parentalidade e conseqüentemente o desenvolvimento da criança (Belsky, 1984).

Neste sentido, a ocorrência de coerência e adequação entre as características da criança e dos seus progenitores, assim como situações de estabilidade profissional e social, apoiam e promovem a estabilidade parental e familiar, diminuindo tensões diárias e promovendo um funcionamento familiar positivo, particularmente nas relações maritais e nas interações pais-filhos (Barroso & Machado, 2010).

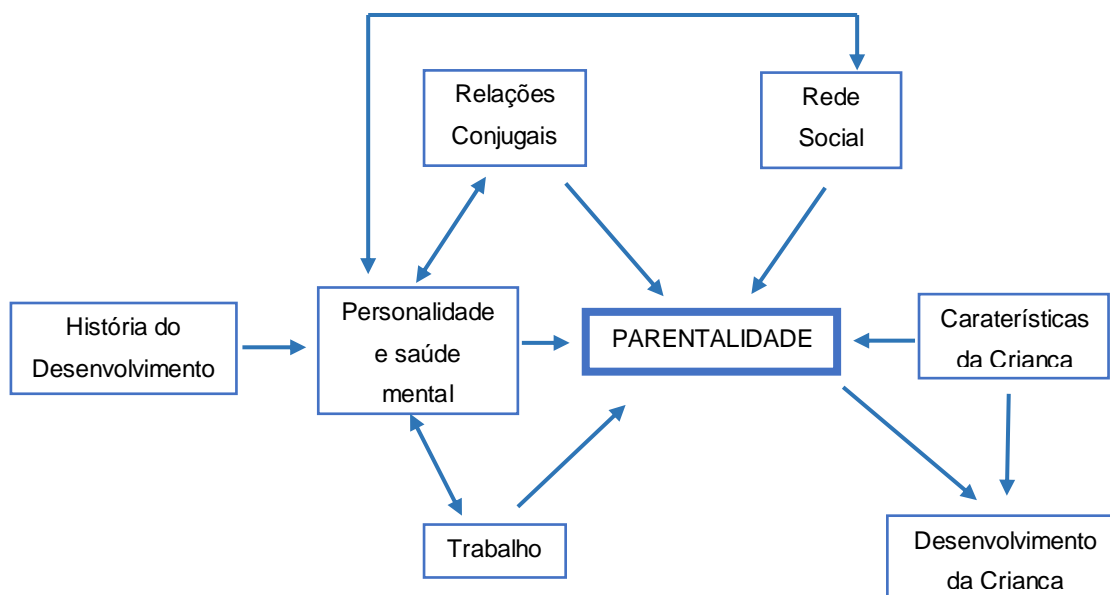


Figura 2.3 Modelo de análise dos determinantes da parentalidade (adaptado de Belsky, 1984)

A família como sistema social é de grande impacto sobre o desenvolvimento e comportamento dos seus elementos, particularmente no desenvolvimento e socialização das crianças e no desenvolvimento e realização pessoal dos adultos (Rodrigo & Palacios, 2005).

Neste sentido, Palacios e Rodrigo (2005) destacam quatro funções básicas que a família deve realizar relativamente ao desenvolvimento dos menores:

- Assegurar a sobrevivência física dos menores, um crescimento saudável e o seu processo de socialização básico, nomeadamente a comunicação, a linguagem e representação por símbolos;
- Proporcionar um ambiente de afeto e apoio que promova um desenvolvimento psicológico saudável;
- Facultar aos menores estimulações que os transformem em indivíduos aptos para se adaptarem às necessidades e exigências do seu ambiente físico e social;
- Proporcionar o acesso a outras oportunidades educativas que compartilhem com a família o processo educativo do menor.

O processo de socialização e desenvolvimento do menor encontra na família o seu principal facilitador. De acordo com Parke e Buriel (2008), é um processo no qual padrões, habilidades, motivos, atitudes e comportamentos mudam em conformidade com o que é desejável e apropriado para o atual e futuro papel do indivíduo na sociedade.

O modelo de socialização da criança na família proposto por Parke e Buriel (2008) reconhece a interdependência de papéis e funções de todos os membros da

família, sugerindo que cada subsistema familiar exerce uma influência direta e indireta sobre o desenvolvimento social da criança.

Através da Figura 2.4 podemos verificar o reconhecimento efetuado pelos autores quanto à importância da interação dos subsistemas familiares na aprendizagem social da criança. De salientar que os autores reconhecem a escassa informação existente sobre a verdadeira proporção de influência da relação progenitor-criança em oposição a outro tipo de relação familiar, ou o impacto da mudança dessas relações no decorrer do desenvolvimento infantil.

O modelo descrito por Parke e Buriel (2008) demonstra a possibilidade de diversas vias na compreensão dos relacionamentos, sustentadas pelos efeitos da participação ativa em subsistemas diádicos ou triádicos (i.e., irmão-criança; criança-irmão-progenitor) e exposição a interações de outros subsistemas (i.e., pai-mãe; progenitor-irmão).

O subsistema de coparentalidade reconhece que pais e mães atuam como uma equipa assim como de forma individual no processo da parentalidade, sendo utilizada como uma estratégia de socialização e compromisso com a criança.

No que concerne ao subsistema conjugal, os autores referem que o conflito é inevitável na generalidade dos relacionamentos e que nem sempre é prejudicial para o funcionamento familiar e para o desenvolvimento da criança (Parke & Buriel, 2008). Se por um lado, a exposição a discórdias conjugais está relacionada com relações interpessoais de baixa qualidade com irmãos e pares, assim como com problemas de comportamento internalizados e externalizados (Benetti, 2006), por outro, quando o conflito acontece em grau moderado, é exposto de forma construtiva e demonstra sinais de poder ser resolvido, a criança pode aprender exemplos de como negociar conflitos e resolver problemas (Cummings & Davies, 1994 cit in Parke & Buriel, 2008).

O subsistema de irmãos faz referência ao desenvolvimento de padrões de interação e capacidades de compreensão social que irão servir de base aos relacionamentos com as outras crianças. Uma influência indireta deste subsistema é a aprendizagem feita pela criança de emoções sociais complexas através da observação da interação do progenitor com os irmãos, nomeadamente a rivalidade e a inveja.

As famílias como unidades sofrem alterações ao longo do desenvolvimento como resposta a transformações individuais dos seus membros, a circunstâncias de vida e a períodos de transição planeados e não planeados (Parke & Buriel, 2008).

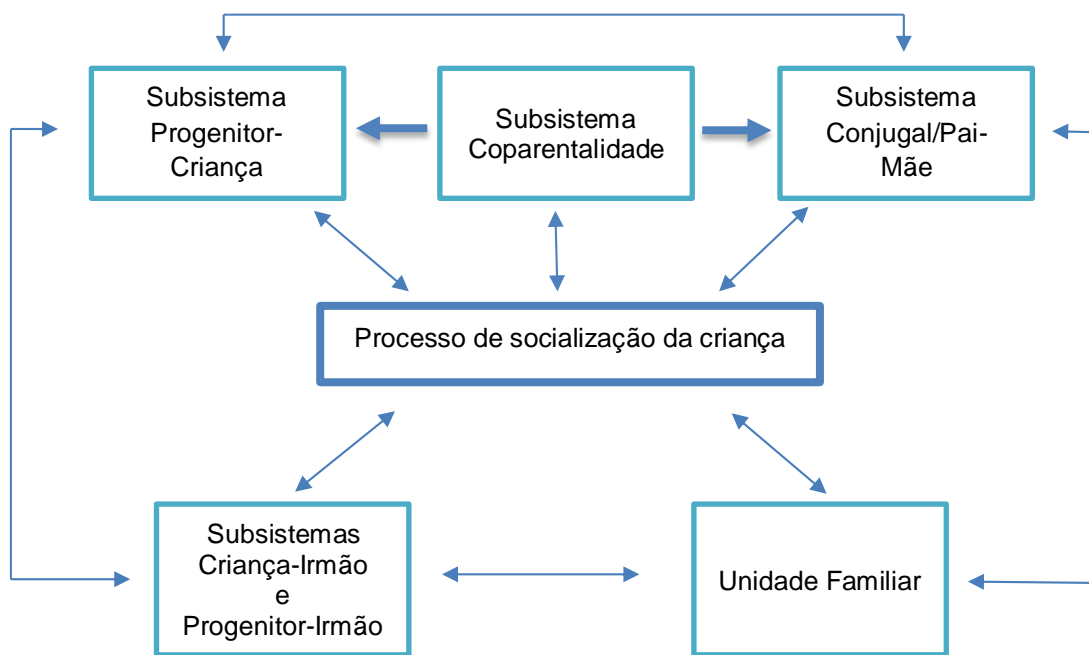


Figura 2.4 Modelo de hipotéticas relações entre os subsistemas familiares e o processo de socialização da criança (adaptado de Parke & Buriel, 2008)

Considerando o subsistema progenitor-criança e a função parental neste processo de socialização e desenvolvimento, Parke, Burks, Carson, Neville e Boyum (1994 cit in Parke & Buriel, 2008) sugeriram uma abordagem tripartida (Figura 2.5) que define a parentalidade através do desempenho de três papéis. De acordo com os autores, o modelo tradicional de estudo colocava a sua atenção somente sobre um dos caminhos do processo de socialização: o impacto do relacionamento progenitor-criança ou estilos educativos.

Segundo o modelo proposto, os pais podem influenciar os seus filhos através de um segundo papel, o de pais como instrutores, educadores ou conselheiros, regulando padrões de comportamento através de normas, regras e outros aspetos culturais assim como prestando apoio, fornecendo sugestões e orientações apropriadas sobre como gerir novas situações ou desafios sociais.

No terceiro papel os pais atuam como gestores da vida social dos seus filhos, regulando oportunidades para contactos sociais e experiências cognitivas, facilitando ou impedindo a sua concretização.

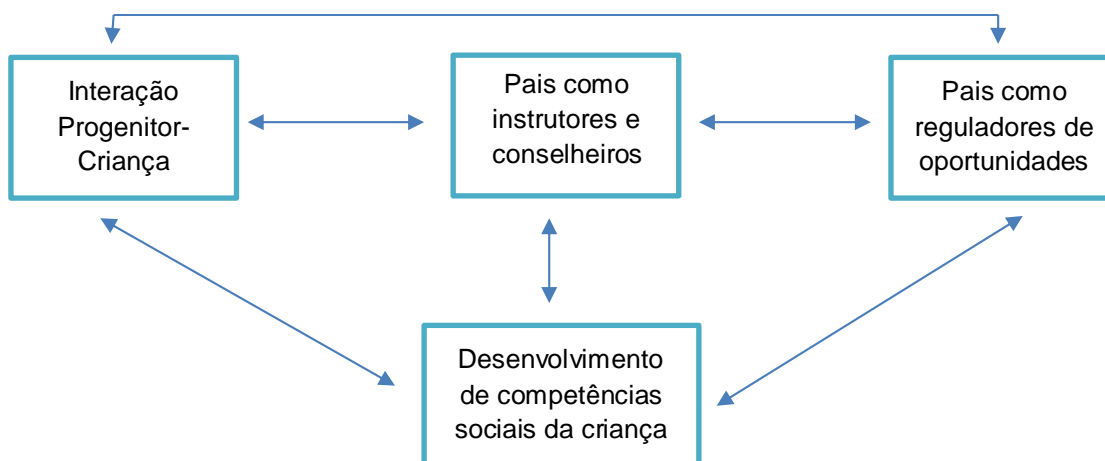


Figura 2.5 Modelo tripartido das relações familiares (1994; adaptado de Parke & Buriel, 2008)

A família é um sistema dinâmico e complexo de relações intrapessoais, que envolve aspetos cognitivos, emocionais, sociais e culturais. Cada família varia consideravelmente entre si no que diz respeito às capacidades de adaptação, à abertura quanto a novas soluções, na maneira como observa as necessidades do outro, como reage às alterações que surgem ao longo do desenvolvimento e como o espaço individual é gerido (Kreppner, 2000).

O desenvolvimento de estratégias de enfrentamento adequadas, quanto às pressões enfrentadas pelo sistema familiar, tem por base as relações afetivas, a segurança sentida no meio familiar, a ausência de divergências e a organização quer familiar quer institucional. Tais aspetos adquirem a posição de fatores de proteção familiar, promovem o desenvolvimento de habilidades e competências sociais, e conduzem a um sistema familiar funcional e satisfatório (Dessen & Polonia, 2007).

Mas nem sempre os indivíduos e as famílias possuem as capacidades de adaptação, de utilização de novas soluções, ou se encontram cognitivamente ou emocionalmente preparadas para determinadas situações ou momentos de vida, podendo desenvolver padrões de relacionamento disfuncionais e dinâmicas familiares pouco saudáveis (Dessen & Polonia, 2007).

2.2 Fatores de risco e de proteção

Poletto e Koller (2008) mencionam que independentemente do contexto familiar, institucional ou escolar, as variadas influências e eventos de vida podem configurar-se como fatores de risco ou de proteção. Essas influências dependerão naturalmente da existência e da qualidade de relações emocionais e sociais, da presença de afetividade e da resposta que o contexto ambiental lhes vá facultar.

Os fatores de risco e de proteção psicossocial familiar devem, deste modo, ser abordados como processos, resultantes da interação de diferentes fatores que alteram o comportamento e atitude do indivíduo perante determinada situação (Poletto & Koller, 2008), e que são suscetíveis de influenciar a saúde mental de modo positivo ou negativo (Figura 2.6).

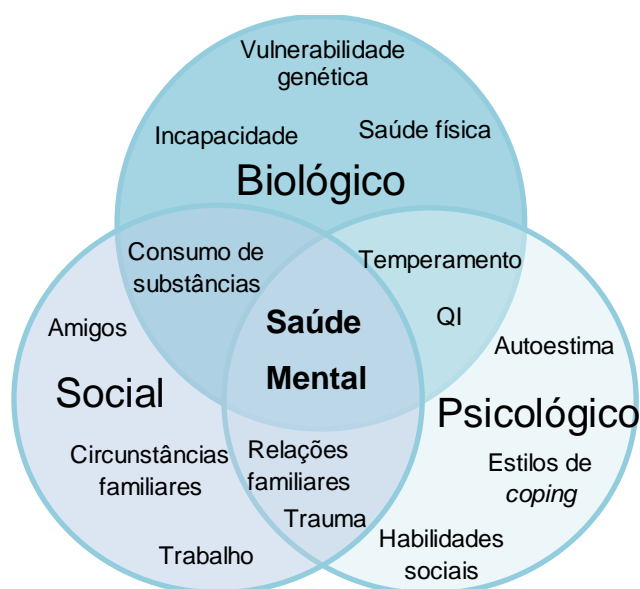


Figura 2.6 Modelo biopsicossocial da saúde (adaptado de Commonwealth of Australia 2012)

Os fatores de risco podem afetar tanto a criança como também a sua família, e poderão ser biológicos, relacionais, sociais/ambientais e familiares (Ramos, 2004), aumentando com a acumulação de fatores de risco.

Os acontecimentos considerados de risco transformam-se em obstáculos individuais ou familiares, que dificultam ou limitam as competências parentais, comprometendo a capacidade para praticar uma parentalidade adequada (Nunes & Ayala-Nunes, 2015), favorecendo a vulnerabilidade da criança e dos restantes elementos, e o aumento da probabilidade de desenvolvimento de problemas emocionais ou comportamentais dos seus filhos (Pesce et al., 2004; Ramos, 2004).

Os conceitos de vulnerabilidade e resiliência referem-se genericamente à predisposição ou suscetibilidade do indivíduo, perante experiências negativas, para determinada doença ou padrões de desenvolvimento desadaptados (Masten & Gewirtz, 2006). As autoras diferenciam a vulnerabilidade primária, proveniente das características pessoais e inatas, presentes desde a nascença e evidentes, desde muito cedo, no desenvolvimento da criança, da vulnerabilidade secundária, adquirida através da experiência após o nascimento. Especificamente, a resiliência pode ser definida como a capacidade de um sistema dinâmico adaptar-se com êxito a

perturbações que ameaçam a sua função, viabilidade ou desenvolvimento (Masten, 2014).

Thies (2006), numa breve revisão de estudos clássicos sobre a resiliência, descreve a tríade de categorias de proteção identificadas inicialmente por Rutter, nos anos 70, aprofundada por Garmezy nos anos 80 e confirmada por Werner e Smith, num estudo longitudinal em quatro tempos, que acompanhou um grupo de cerca de 700 crianças desde o período pré-natal até cerca dos 40 anos de idade. A Figura 2.7 fornece uma lista de alguns dos fatores de resiliência estudados: centrados na criança; centrados na família e sócio ambientais.

	Fatores de Proteção	Fatores de Risco
Fatores individuais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autoestima e autoconceito elevados; ▪ Habilidades cognitivas, sociais e emocionais; ▪ Auto percepção e autoeficácia positiva; ▪ Motivação e autonomia; ▪ Temperamento fácil; ▪ Orientação social positiva; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sofrimento neonatal, prematuridade e baixo peso à nascença; ▪ Deficiências congénitas ou adquiridas; ▪ Défices cognitivos; ▪ Separações maternas precoces; ▪ Impulsividade; ▪ Pensamento negativo; ▪ Baixa autoestima; ▪ Comportamentos de risco (e.g., consumo de substâncias);
Fatores familiares	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência de laços afetivos no sistema familiar; ▪ Estilos parentais de suporte; ▪ Harmonia, estabilidade e organização familiar; ▪ Progenitores com qualidades designadas como fatores protetores (ver fatores individuais); ▪ Progenitores envolvidos na educação da criança; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarmonia, instabilidade ou rutura familiar; ▪ Falta de laços afetivos entre pais e filhos; ▪ Práticas parentais severas ou inconsistentes; ▪ Progenitor (s) com doença crónica, mental ou física, e/ou consumo de substâncias; ▪ Monoparentalidade; ▪ Mães adolescentes e/ou imaturas; ▪ Criminalidade paterna; ▪ Morte de um familiar;
Fatores ambientais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambiente escolar/profissional positivo facilitador do sentido de pertença; ▪ Envolvimento com pares pró sociais e obedientes a regras; ▪ Relacionamentos próximos com adultos habilitados, pró sociais e disponíveis nos momentos críticos; ▪ Participação em redes comunitárias (e.g., clubes, escuteiros) ▪ Acesso a serviços de apoio social e de saúde; ▪ Segurança económica; ▪ Segurança pública; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insucesso escolar/desemprego; ▪ Pobreza; ▪ Precaridade socioeconómica; ▪ Discriminação; ▪ Isolamento social; ▪ Falta de acesso a serviços de apoio social e de saúde; ▪ Habitação degradada; ▪ Institucionalização; ▪ Migração.

Figura 2.7 Fatores de risco e proteção psicossocial (adaptado de Masten & Reed, 2002; Moreira et al., 2005; Ramires, Passarini, Flores, & Santos, 2009; Ramos, 2004)

Os fatores de proteção foram assim definidos segundo as categorias estudadas pelos investigadores da resiliência em famílias em risco, de acordo com as características da criança, da família ou do ambiente (Masten & Reed, 2002).

Entendem-se como fatores de proteção aqueles que reduzem a vulnerabilidade ou aumentam a resistência individual ou familiar aos riscos a que se encontram expostos (Rutter, 2005) protegendo-os física, psicológica e socialmente, de forma a assegurar um desenvolvimento saudável (Masten & Reed, 2002).

2.3 Famílias em risco psicossocial

O funcionamento perfeito de um sistema complexo requer o ajuste singular de um grande número de fatores, mas o funcionamento desajustado ou o fracasso desse mesmo sistema pode ocorrer de diversas formas devido ao distúrbio de qualquer um desses fatores. As famílias descritas como normativas ou em risco psicossocial situam-se em determinado ponto do contínuo de possíveis situações que variam entre o equilíbrio e bem-estar até à instabilidade ou mal-estar familiar, sendo que os fatores condicionantes e os recursos do sistema são até certo ponto circunstanciais. (Rodrigo, Máiquez, Martín, & Byrne, 2008).

Considera-se em risco psicossocial, qualquer família onde, por diversos fatores de natureza pessoal, relacional e/ou ambiental, os responsáveis pelo cuidado e educação da criança ou jovem atuem de forma inadequada no que concerne ao exercício das funções parentais, prejudicando ou colocando em perigo o desenvolvimento integral do menor (Portaria nº 139/2013, 2 abril), mas sem que a situação atinja um grau de severidade que possa justificar uma ordem de separação, pelos serviços sociais, da criança à sua família (Rodrigo et al., 2008).

A investigação tem considerado certas características familiares como fatores de risco que impedem as famílias de cobrir as necessidades evolutivas e educativas dos seus filhos ou não promovem, de forma adequada, o desenvolvimento das crianças e adolescentes (e.g., stresse familiar pelas carências quanto a recursos e habilidades de manutenção da economia familiar e por disporem de habitações com condições pouco adequadas; desocupação; ambientes familiares pouco estimulantes e por vezes disfuncionais; elevada incidência de problemas de saúde, de sentimentos de incompetência e de percursos pessoais complicados e com alto fracasso educativo (Lorence, Hidalgo, & Dekovic, 2013; Rodrigo et al., 2008).

A carência quanto a recursos e habilidades representa uma privação do direito básico de cada ser humano participar inteiramente na vida social, económica, cultural e política da comunidade onde se encontra inserido (Alves, 2009).

Os níveis de pobreza, persistentemente elevados em Portugal, incluem a falta de recursos económicos, a exclusão social e a pobreza multidimensional (Alves, 2009).

O risco de pobreza económica é determinado em função do índice da linha de pobreza, correspondente a 60% da mediana do rendimento disponível equivalente (Eurostat, 2016).

A exclusão social refere-se a um processo que limita o acesso a rendimentos e a determinados recursos pessoais, familiares e culturais, seja devido a pobreza, falta de competências básicas e de oportunidades de aprendizagem, ou como resultado de discriminação (Council of Europe, 2004).

O último caso reúne o acesso não adequado a habitação, educação, saúde e justiça, assim como fragilidades individuais que dificultem a preservação das necessidades humanas básicas (Alves, 2009; Council of Europe, 2004).

A constituição do agregado familiar possui efeitos significativos relativamente ao rendimento disponível, verificando-se que as famílias monoparentais com filhos a cargo se encontram em maior risco de pobreza ou exclusão social (EAPN, 2016a; Hunter & Price-Robertson, 2012). A situação face ao mercado de trabalho também possui um papel fundamental visto ser a fonte de rendimento dos agregados familiares (EAPN, 2016a).

A tarefa de ser pai ou mãe perante situações de stresse psicossocial é garantidamente concretizada perante grandes dificuldades. A repercussão do stresse familiar depende da acumulação de elementos stressores, do seu teor e intensidade, assim como dos seus recursos e capacidades, desviando o foco da atenção dos pais para temas prementes, tornando-os insensíveis às características dos filhos e às suas reações no quotidiano. Esta diminuição na capacidade de atenção e reflexão favorece o reparo nas situações negativas e promove tomadas de decisão rígidas e automáticas, surgindo um certo desinteresse no acompanhamento dos filhos ou até práticas de maltrato físico, de abandono e negligência (Rodrigo et al., 2008).

Rodrigo e colaboradores (2008) numa revisão sobre padrões de interação familiar progenitor-filho em famílias em situação de risco confirmaram a existência de comportamentos aversivos e agressivos em detrimento de comportamentos pró-sociais e afetivos, assim como a existência de comportamentos de evitação (Tabela 2.2).

Tabela 2.2 Padrões de interação progenitor-filho em famílias em risco psicossocial (adaptado de Rodrigo et al., 2008)

Interação com abuso físico e psíquico	Interação com negligência
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conflitos de poder, controlo e rejeição; ▪ Agressividade física e verbal; ▪ Poucos comportamentos positivos; ▪ Pouco afeto positivo; ▪ Insensibilidade com agressividade encoberta; ▪ Interferem nas tarefas dos filhos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comportamentos passivos; ▪ Falta de interesse pelo outro; ▪ Isolamento na realização das tarefas; ▪ Pouca iniciativa nas interações; ▪ Não respondem aos filhos; ▪ Não supervisionam nem atendem às necessidades dos filhos.

A perspetiva ecológica sistémica realça as dificuldades e as oportunidades de adaptação e interação entre o sistema familiar e o ambiente onde se encontra e onde desenvolve as suas atividades, sendo necessário promover uma ideia clara do papel parental, do projeto educativo familiar e das potencialidades da família (Rodrigo et al., 2008).

Na área da saúde mental, a intervenção psicossocial atual visa potenciar a saúde e os recursos disponíveis de que dispõe o indivíduo, compreendendo os intervenientes no seu quotidiano, envolvendo as dimensões mentais, sociais e culturais, e integrando sujeito, família e comunidade. Essa intervenção é feita através de uma abordagem multidisciplinar, que visa estabelecer vínculos entre os elementos, fortalecer as relações existentes e desse modo promover a (re) inserção social do indivíduo e a construção da sua cidadania. A intervenção social torna-se, desta forma, um permanente desafio, sendo necessário sair do âmbito das reflexões para o âmbito das ações (Alves & Francisco, 2009).

A atual lei portuguesa, através da Portaria nº 139/2013, de 2 de abril, reconhece a necessidade de uma intervenção especializada direcionada às famílias em situação de risco psicossocial, tendo como base o Decreto-Lei nº 4/2007, de 16 de janeiro, que identifica como objetivos do subsistema de segurança social, a prevenção e reparação de situações de carência e desigualdade socioeconómica, de dependência, disfunção, exclusão ou vulnerabilidades sociais bem como a integração e promoção comunitárias das pessoas e o desenvolvimento das respetivas capacidades, assegurando ainda especial proteção aos grupos mais vulneráveis, nomeadamente crianças, jovens, pessoas com deficiência e idosos, bem como a outras pessoas em situação de carência económica ou social, e o Decreto-Lei nº 147/99, de 1 de setembro, que consagra o princípio da responsabilidade parental, implicando que os pais assumam a sua função parental mediante a aquisição de competências pessoais, familiares e sociais.

Neste sentido, a legislação portuguesa vai de encontro às recomendações do Conselho da Europa de maio de 2006, em que a família foi considerada como uma unidade base e um fator de bem-estar e estabilidade para a sociedade (Council of Europe, 2006).

Reconhecendo o crescente interesse no campo da parentalidade positiva, e o seu benefício para os menores, pais e sociedade em geral, as políticas sociais desenvolvidas em Portugal para prestar apoio a famílias em risco psicossocial passam pelos denominados CAFAP (i.e., Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental), que visam dar resposta às necessidades de educação e de promoção do bem-estar e do desenvolvimento das crianças, jovens e suas famílias (Portaria nº 139/2013, 2 abril).

A intervenção baseia-se na qualificação familiar, feita através da aquisição e fortalecimento de competências parentais, dotando as famílias de recursos e habilitações necessárias a uma melhor dinâmica familiar e reforçando o sistema social de apoio, apelando à sua adaptação às rotinas e atividades quotidianas promovendo a autonomia familiar (Portaria nº 139/2013, 2 abril).

Os programas de suporte familiar integram três modalidades, de acordo com as características das famílias:

- Preservação familiar - tem por objetivo prevenir a retirada do menor do seu meio natural de vida;
- Reunificação familiar – visa o regresso do menor ao seu meio familiar, nomeadamente nos casos de acolhimento em instituição ou em família de acolhimento;
- Ponto de encontro familiar – visa a manutenção ou restabelecimento dos vínculos familiares nos casos de interrupção ou perturbação grave da convivência familiar (Portaria nº 139/2013, 2 abril).

Desta forma, os menores irão beneficiar de um ambiente familiar mais estável, harmonioso e menos conflituoso, resultando numa diminuição dos problemas comportamentais (e.g., agitação, revolta, indisciplina) e emocionais (e.g., preocupação, ansiedade). Por outro lado, os pais irão desenvolver relações mais positivas, seguras, coerentes, com baixos níveis de stresse, de reações impetuosas e de sintomatologia depressiva, refletindo-se num maior equilíbrio familiar e laboral resultante da diminuição do número de problemas diários (Council of Europe, 2008).

Os resultados da metanálise realizada por Nelson e Caplan (2014) sobre a efetividade de programas de prevenção, sugerem que o maltrato infantil e a negligência podem ser prevenidos. As 12 revisões da literatura analisadas

apresentaram resultados positivos nos programas de educação parental, visíveis nos comportamentos, atitudes e conhecimentos parentais, não sendo conclusivo uma maior efetividade nas intervenções a longo prazo ou intensivas relativamente a intervenções a curto prazo.

Nos últimos anos, na sequência de diversos estudos e investigações com famílias em risco psicossocial, tem-se verificado avanços significativos na caracterização do perfil de risco psicossocial das famílias do Algarve e do sul de Espanha (Nunes, Lemos, Ayala-Nunes & Costa, 2013; Menéndez et al., 2013; Ayala-Nunes, García, Jiménez, & Jesus, 2016), sendo de salientar o benefício que estas famílias poderiam alcançar através de programas de educação e apoio parental, particularmente dirigidos para o aumento das competências parentais, de forma a potenciar as interações positivas entre pais e filhos, reduzir o stresse parental e desenvolver redes de apoio emocional (Nunes & Ayala-Nunes, 2015).

Os resultados alcançados na sequência de trabalhos efetuados com famílias em risco psicossocial revelam importantes necessidades de intervenção e apoio que ultrapassam a precaridade socioeconómica que as caracteriza (Menéndez et al., 2013). Os primeiros resultados obtidos em programas de formação e de apoio demonstram a eficácia das intervenções, sendo considerado um recurso comunitário valioso para a intervenção com as famílias em situação de risco psicossocial (Hidalgo, Menéndez, Sánchez, Lorence, & Jiménez, 2009).

Capítulo 3. Stresse parental

3.1 Definição e modelos explicativos do stresse

Os primeiros estudos sobre stresse foram efetuados por Hans Selye, que denominou, em 1936, de Síndrome Geral de Adaptação. Em 1950, aquando da sua monografia, renomeou o conceito para stresse, tendo na década de 70 distinguido os termos *distress* e *eustress*, caso a resposta ao elemento promotor de stresse fosse iniciado, respetivamente, por emoções desagradáveis ou positivas (Szabo, Tache, & Somogyi, 2012).

O *eustress* reflete a avaliação positiva feita pelo indivíduo da situação em que se encontra, representando o stresse que motiva e produz incentivo para continuar, manifestando-se benéfico para o sujeito. Por outro lado o stresse também pode ser prejudicial, revelando-se através de emoções negativas, devido a uma perceção de falta de recursos e de impotência do indivíduo perante a situação, sendo designado por *distress* (Fonseca & Jordão, 2014; Szabo et al., 2012).

Em 1956, Selye descreve o stresse como uma reação adaptativa, única e geral, do corpo quando sujeito a elementos causadores de stresse. A sua teoria, visando explicar a origem e desenvolvimento dos sintomas que definem um quadro de doença, apresenta três fases distintas: alarme, resistência e exaustão (Figura 3.1; Meleiro, 2007).

A fase de alerta consiste na reação do organismo em resposta ao estímulo, classificando-o de ameaça ou perigo, ativando o seu sistema para a fuga ou para a luta, libertando as designadas hormonas do stresse, como a adrenalina, noradrenalina e cortisol.

A fase de resistência tem o seu início após a resposta do corpo, sendo provável que o nível de stresse tenha sido reduzido ou eliminado. As defesas do organismo diminuem uma vez que é necessário reparar os tecidos dos músculos que foram danificados e reduzir a produção de hormonas. Apesar destas alterações, o organismo permanece alerta, em particular se o estímulo persiste e o corpo necessita prolongar a luta.

A fase de exaustão surge quando o organismo já se encontra com uma estimulação prolongada e o corpo começa a perder a sua capacidade para combater o stresse e reduzir o impacto nocivo que estes produzam. Esta fase pode ser referida como a porta de entrada para uma sobrecarga de stresse ou *burnout*, conduzindo a problemas de saúde.

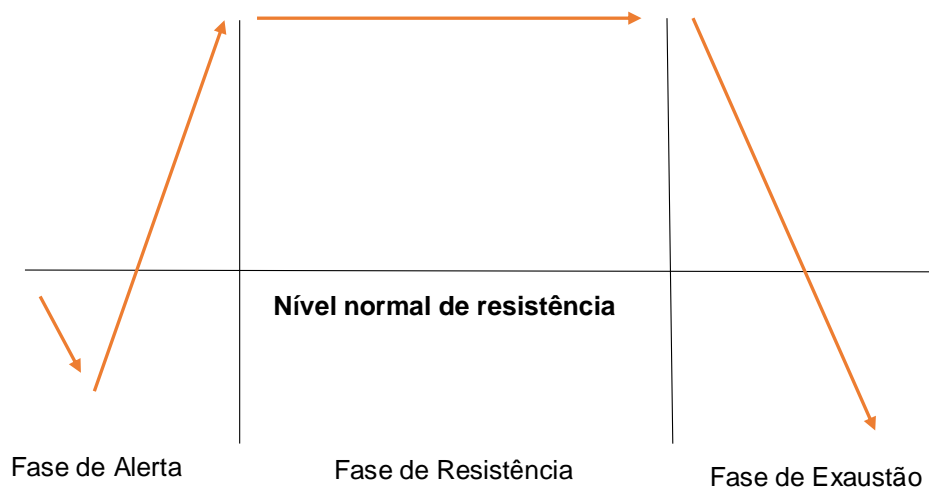


Figura 3.1 Síndrome geral de adaptação de Selye (adaptado de Curtis, 2000)

O modelo transacional de Lazarus e Folkman (1984) dá ênfase às transações entre o indivíduo e a situação. Este modelo avalia os processos de *coping*, ou seja, as estratégias cognitivas, emocionais e comportamentais que o indivíduo utiliza para se adaptar.

Estas transações desenvolvem-se através da avaliação da situação e dos acontecimentos através de um processo de feedback (e.g., avaliação das exigências criadas pela situação; avaliação do significado de determinado estímulo ou fator ambiental; avaliação dos recursos e alternativas de resposta disponíveis) e da elaboração de estratégias de adaptação (e.g., avaliação da situação, dos recursos disponíveis, procura de informação, expressão de afetos ou repressão, procura de ajuda, resolução do problema) (Lazarus & Folkman, 1984).

De acordo com os autores, o processo de avaliação cognitiva realizado pelo indivíduo é efetuado em três etapas: avaliação primária, avaliação secundária e reavaliação (Figura 3.2).

Na avaliação primária o indivíduo, através de seu sistema de crenças e motivações, avalia o acontecimento como algo irrelevante (i.e., não constitui ameaça ao seu bem-estar); benigno (i.e., preserva ou melhora o bem-estar do indivíduo); stressante (i.e., requer esforço adaptativo). Esta última avaliação contém três tipos de stresse: dano, ameaça e desafio. O dano surge mediante uma perda evidente. A ameaça diz respeito a uma antecipação do dano. O desafio acontece quando o indivíduo percebe a possibilidade de alcançar benefícios no caso de utilizar estratégias de *coping* adequadas.

A avaliação secundária, o indivíduo avalia as suas capacidades e competências pessoais assim como os seus recursos socioeconómicos.

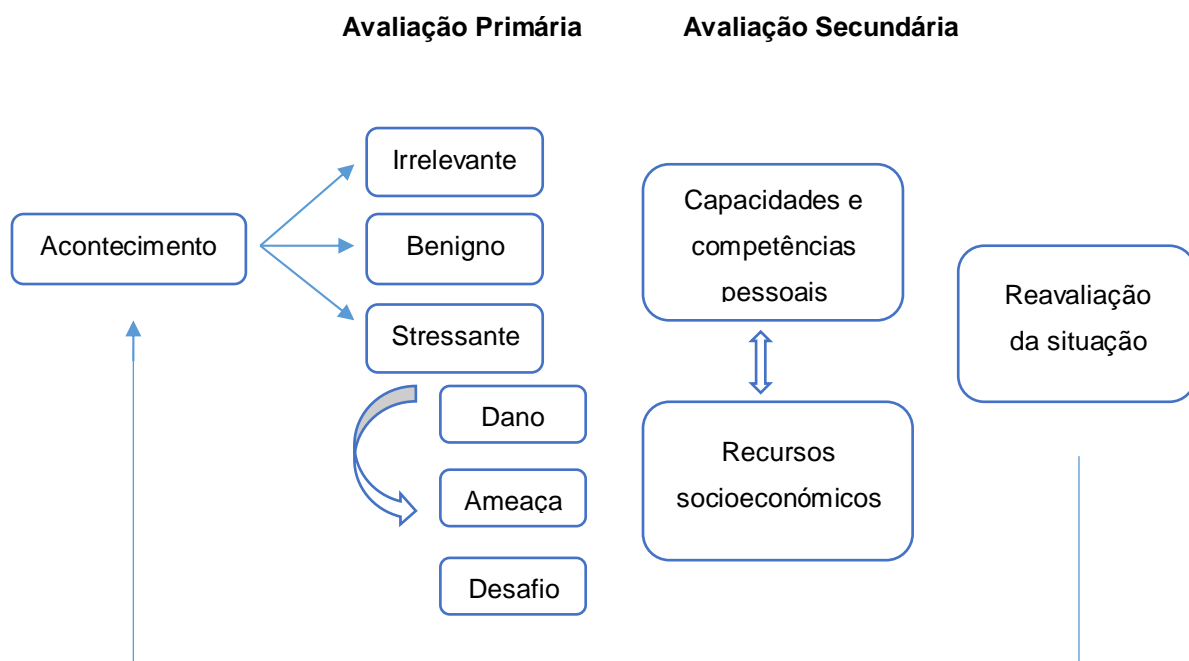


Figura 3.2 Modelo transacional de stress (adaptado de Lazarus & Folkman, 1984)

A fase de reavaliação confere dinamismo ao processo, reativando a fase inicial através da análise dos resultados da transação, podendo ser nesta fase avaliado como irrelevante ou benigno. Quando os acontecimentos são reavaliados como potencialmente prejudiciais ou quando os indivíduos percebem os seus recursos, pessoais e/ou sociais, insuficientes para enfrentar ou evitar a consequência negativa, o indivíduo vivenciará uma exposição prolongada ao stresse, desencadeando problemas de saúde (Lazarus & Folkman, 1984).

Esta relação entre níveis de stresse, acontecimentos vitais e doenças foi estudada por Holmes e Rahe (1967), através de uma escala de avaliação de reajustamentos social. Os autores referem os acontecimentos significativos de vida como fatores de stresse, pois compelem, bastantes vezes, a modificações nos hábitos, relações sociais, padrões de funcionamento ou alterações no estilo de vida. Os resultados da investigação resultaram ser positivos, confirmando uma forte correlação entre as situações de vida stressantes e a doença. Mais tarde, um estudo longitudinal com 100 participantes, de ambos os sexos, demonstrou que as contrariedades do quotidiano se encontram positivamente correlacionadas com os sintomas psicológicos, assim como indicaram ser preditores de stresse mais poderosos do que os acontecimentos vitais (Kanner, Coyne, Schaefer, & Lazarus, 1981).

Estas contrariedades do quotidiano, também denominadas acontecimentos diários menores, quando frequentes e persistentes ao longo do tempo promovem respostas de stresse com efeitos psicológicos e biológicos negativos, causadores de grande desconforto psíquico (Margis, Picon, Cosner, & Silveira, 2003).

Apesar dos acontecimentos de vida stressantes se encontrarem associados a sintomatologia psicológica, os riscos são ainda maiores no caso de ameaçarem relações sociais importantes através da perda, humilhação, constrangimento, agressividade ou conflito (Silberg, Rutter, Neale, & Eaves, 2001). Faro e Pereira (2012), numa revisão da literatura sobre stresse, atribuição de causalidade e emoções destacaram a atribuição de causalidade e as emoções como importantes construtos na pesquisa de diferenças individuais na vulnerabilidade ao stresse.

A responsabilidade que os indivíduos atribuem às situações que ocorrem na sua vida, por um lado ligada aos seus esforços e capacidades (i.e., locus de controlo interno), e por outro ligada a fatores externos que estão fora do seu alcance (i.e., locus de controlo externo), determinam o seu posicionamento perante os problemas que enfrentam. Perante essa análise uns acreditam que a solução está dependente da sua própria atuação, enquanto os restantes tornam-se dependentes do exterior para que ocorra alguma mudança (Rotter, 1990).

As respostas comportamentais primárias perante um elemento indutor de stresse são: enfrentamento (i.e., ataque), evitação (i.e., fuga) e passividade (i.e., enfraquecimento). A avaliação inicial, automática à situação ou estímulo, compreende uma reação afetiva, pelo que a resposta adequada a cada situação depende de uma aprendizagem anterior de comportamentos ajustados e da existência de reforços afetivos (Margis et al, 2003).

Face a um desequilíbrio entre as exigências da situação e os recursos do indivíduo para lidar com ela, cada sujeito utiliza, de modo individual, determinadas estratégias de *coping*. O conceito de *coping* sugere o envolvimento de comportamentos, cognições e perceções, que proporcionem algum tipo de proteção, encontrando-se relacionados com o bem-estar pessoal (Mendes, 2002).

Vaz Serra (2000) caracteriza o stresse segundo a sua natureza física (e.g., calor ou barulho excessivo), psicológica (e.g., existência de conflitos conjugais; receio de falar com estranhos) e social (e.g., desemprego; baixa remuneração), salientando que a linearidade entre as diferentes tipologias não existe, ocorrendo por vezes alterações ou fusões entre elas.

Segundo Ramos (2004) as circunstâncias indutoras de stresse podem ser categorizadas como: stresse individual; familiar; de função (e.g., parental, profissional); e social (Ramos, 2004).

A nível individual encontramos o stresse relacionado com a doença ou deficiência grave, tratamentos e intervenções médicas, alteração dos hábitos de sono ou alimentares, maus tratos, abuso sexual.

O stresse ao nível familiar diz respeito à organização, estrutura e funcionamento familiar (e.g., separação conjugal, morte, prisão, gravidez, saída de um filho do lar, mudança de domicílio, dificuldades de comunicação).

O stresse de função poderá estar ligado com as condições e particularidades da tarefa (e.g., modificação do tipo de tarefa, alteração de responsabilidade, mudanças de horário); com as características relacionais (e.g., dificuldades com o (a) companheiro (a), patrão ou colegas); com as características da carreira (e.g., nova orientação profissional, aposentação).

O stresse social está relacionado com as condições de vida e ambiente social (e.g., nível socioeconómico, o desenvolvimento do país, alteração das condições de vida, a etnia/ cultura, a migração) (Holmes & Rahe, 1967; Ramos, 2004).

Quanto aos processos de *coping*, a literatura dá-nos conta de diferentes tipos de estratégias.

Lazarus e Folkman (1984) orientaram a avaliação dos recursos pessoais para duas categorias funcionais: *coping* centrado no problema, que visa controlar o

problema na sua origem, enfrentando a situação para resolver o problema através do uso de estratégias como alterar o problema, aceitação da responsabilidade; e *coping* centrado na emoção, que tem por objetivo regular as tensões e o sofrimento emocional originados pela situação.

Ramos (2004) apresenta duas estratégias adicionais: *coping* evitante, que visa reduzir, através de estratégias passivas a tensão emocional do indivíduo (e.g., fuga, evitamento, negação, resignação, fatalismo, distração); e *coping* vigilante, que procura através de estratégias de implicação, vigilância e ação resolver a situação (e.g., suporte social, procura de informações e de meios).

A eficácia das estratégias de *coping* utilizadas varia consoante as características do indivíduo, assim como quanto ao tipo, gravidade, duração e grau de controlo da situação (Ramos, 2004).

McShane e Von Glinow (2010), explicam as estratégias de comportamento individual através do modelo MARS (motivação, habilidade, perceção do papel a desempenhar, fatores situacionais) (Figura 3.3). Este modelo destaca os fatores chave do comportamento, a personalidade e os valores pessoais. A motivação representa a força interna do indivíduo, afetando a direção, intensidade e persistência. A habilidade contém as capacidades naturais e as aprendidas. A perceção do papel a desempenhar representa o grau de compreensão sobre a sua função. Os fatores situacionais representam as condições ambientais, que se encontram para além do controlo imediato do indivíduo.

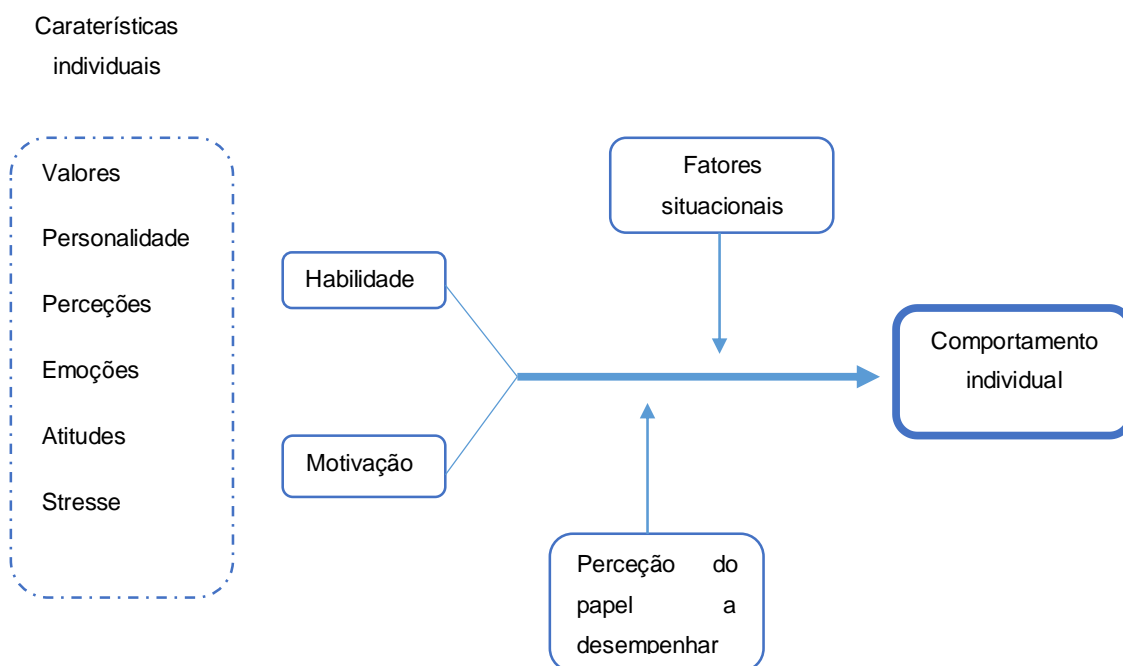


Figura 3.3 Modelo MARS do comportamento individual (adaptado de McShane & Von Glinow, 2010)

3.2 Stresse parental

Criar uma família pode ser gratificante e exigente mesmo em ambientes social e economicamente saudáveis, pelo que acontecimentos stressantes podem tornar as situações muito mais desafiadoras (APA, 2016).

O stresse familiar pode surgir de diversas formas, seja ele por mudanças normais e esperadas, próprias do desenvolvimento e crescimento do sistema familiar (e.g. casar; ter um filho) como por mudanças situacionais (e.g., divórcio; desemprego; morte de um elemento). Esses elementos são cumulativos envolvendo esforços simultâneos quer a nível laboral, familiar e social. Quando a família passa por muitos fatores causadores de stresse, num curto período de tempo, surge a denominada situação de crise, sendo necessário uma mudança na estrutura ou na interação familiar para que a adaptação possa ocorrer (Hockenberry & Wilson, 2014).

Os primeiros estudos sobre stresse familiar foram conduzidos por Reuben Hill (1948), após a Segunda Guerra Mundial, baseando-se em extensas observações sobre as famílias que tinham perdido familiares contrastando com aquelas que não (Kahl et al, 2007). O autor define o stresse familiar como um estado que surge de um desequilíbrio entre a situação percebida e as capacidades para a superar, propondo que o impacto de um elemento causador de stresse e a crise ou adaptação que daí sucede resulta de um conjunto de fatores em interação.

O modelo proposto por Hill, denominado ABC-X, em que um acontecimento indutor de stresse (A) interagindo com os recursos da família (B) e com o significado que a família atribui ao acontecimento (C), produzindo (X) que pode ser a crise ou a capacidade para lidar com a mudança (Pozo, Sarriá, & Méndez, 2006).

McCubbin e Patterson, em 1983, redefiniram o anterior modelo de forma a explicar os ajustes realizados pela família para se adaptar a novos acontecimentos ao longo do tempo (Pozo et al., 2006) e para estabelecer uma associação com os estudos de Selye (ie., fisiológicos) e de Lazarus (i.e., psicológicos), definindo o elemento causador de stresse como um acontecimento ou transição de vida com impacto sobre a família, que produz ou tem o potencial de produzir, mudanças no sistema social familiar (e.g., limites, objetivos, valores, papéis) (McCubbin, Sussman, & Patterson, 2013).

Os autores focaram-se nos fatores pós-crise acrescentando os recursos familiares adquiridos, ao longo do tempo, após a situação de crise, e que influenciam, junto com a acumulação de situações e as perceções do indivíduo, os resultados, melhor ou pior conseguidos pela família, que determinam a adaptação familiar,

consoante obtenham ou não equilíbrio e satisfação familiar (Figura 3.4; McCubbin & Patterson, 1983).

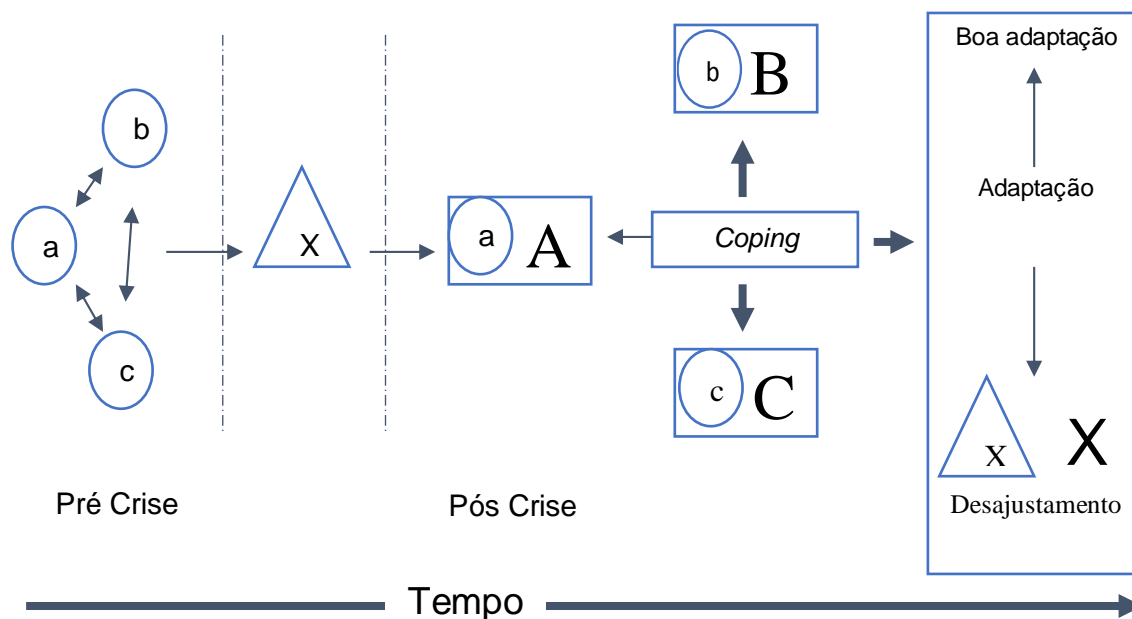


Figura 3.4 Modelo ABCX duplo do stresse familiar (Adaptado de McCubbin e Patterson, 1983). (a) Acontecimento gerador de stresse. (b) Recursos da família. (c) Percepção de (a). (x) Crise. (aA) Acumulação de situações. (bB) Recursos novos e antigos. (cC) Percepção de (aA) e (bB).

Ao longo de qualquer história familiar surgem variadas circunstâncias que originam situações de stresse e desequilíbrio, sendo a principal função de cada elemento efetuar mudanças que possibilitem a adaptação às novas situações (Rodrigo & Palacios, 2005).

Essa responsabilidade individual que perdura dentro de cada sistema familiar, relacionada com o estatuto e função que cada um tem a desempenhar (Alarcão, 2002), constitui a condição de convívio e de sustentação de todo o sistema, tendo por base a igualdade ou a diferença (Dias, 2011).

Muitas das narrativas diárias com crianças são para os pais fontes de alegria e prazer, facultando-lhes sensações de competência e confiança quando metas e desafios são atingidos e resolvidos. Por outro lado, também existem momentos onde o comportamento infantil e as tarefas diárias relativas à parentalidade se tornam confusas, frustrantes ou irritantes, desenvolvendo situações facilmente percebidas pelos pais como stressantes (Crnic & Low, 2002).

O stresse parental, provém da acumulação de situações geradoras de stresse dentro de uma família, particularmente perante as exigências que enfrentam no seu papel de progenitor (Abidin, 1992).

A definição de stresse parental, feita por Deater-Deckard em 1998, faz referência a existência de uma reação psicológica aversiva para com as exigências de

ser pai/mãe, desenvolvendo sentimentos negativos relativamente à criança ou a si mesmo, diretamente imputáveis ao exercício da parentalidade (Crnic & Low, 2002).

O stresse parental não é somente um resultado do comportamento infantil, existindo também características parentais, fases de desenvolvimento e contextos externos ao sistema familiar que podem criar situações de stresse, afetando indiretamente a sua perceção do processo de parentalidade (Crnic & Low, 2002). Wheatley e Wille (2009), num estudo longitudinal que avaliou o stresse desde a infância até à adolescência, corroboraram que o stresse parental muda consoante a maturidade da criança, verificando-se o foco principal na infância na necessidade de cuidados enquanto na adolescência sobressai a aceitação da independência do jovem, sugerindo a existência de uma forte durabilidade do stresse parental apoiado pela dinâmica familiar e relacionamentos entre os membros.

O modelo proposto por Abidin (Figura 3.5; 1992) pressupõe que o comportamento parental e a conseqüente adaptação da criança são influenciados por determinadas variáveis: sociais, ambientais, comportamentais e de desenvolvimento. O foco principal do modelo é colocado nesses fatores, sendo que o autor sugere que o que realmente os influencia são as características da personalidade do indivíduo relacionadas com o seu papel parental.

A variável Papel Parental (i.e., compromisso para com a função) representa no modelo as crenças e as expectativas, servindo como moderadora de influências mais distais, nomeadamente a sua própria história de vinculação, que inclui os seus objetivos pessoais e as suas expectativas para com os outros. É após este processo de avaliação de dano ou benefício que se produz o nível de stresse experimentado.

Teoricamente, o stresse parental é visto como uma variável que potencializa e encoraja os progenitores a utilizarem os recursos que possuem disponíveis para amparar a sua parentalidade. A riqueza ou escassez de recursos disponíveis exercem um papel fundamental no comportamento parental final (Abidin, 1992).

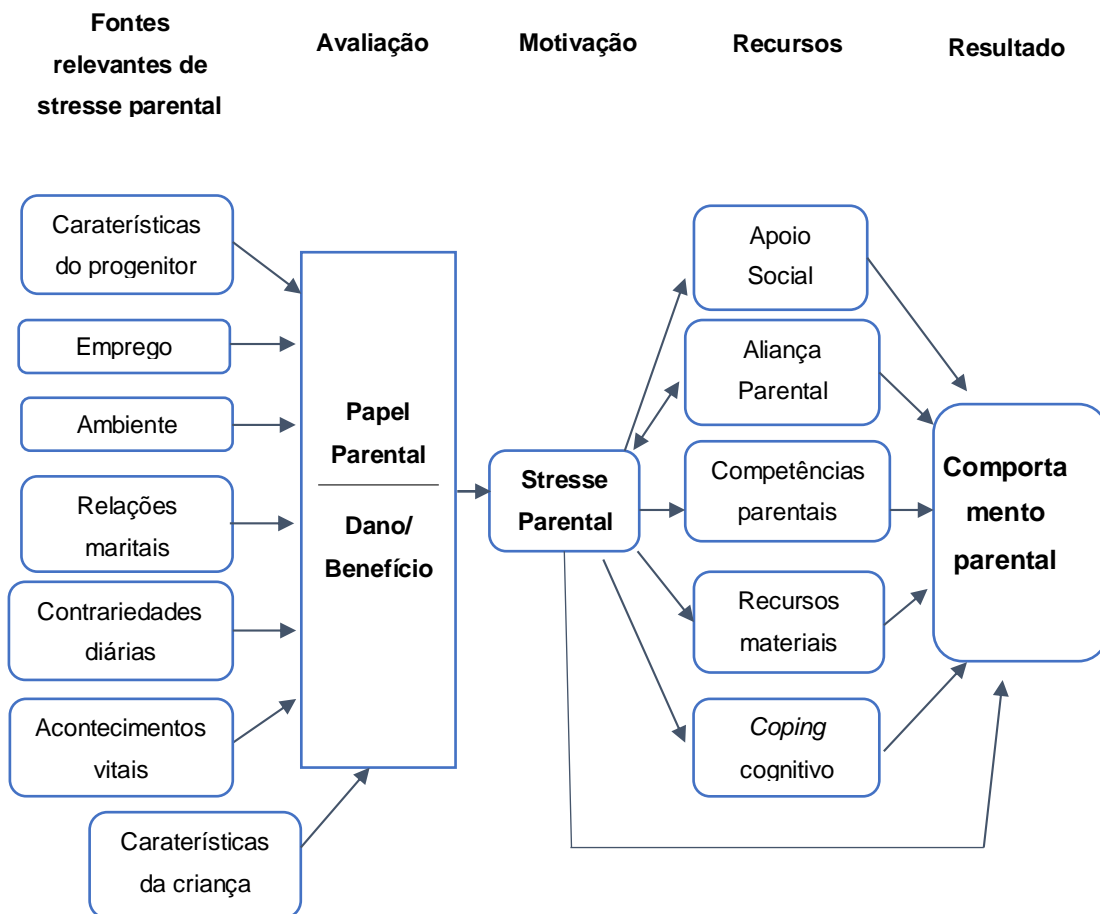


Figura 3.5 Modelo dos percursos influentes de acordo com os determinantes do comportamento parental (Abidin, 1992).

O stresse parental é desta forma o resultado de diversas avaliações feitas por cada progenitor em determinado contexto dependendo do seu nível de comprometimento para com a função de cuidador.

As crianças modelam o seu comportamento de acordo com o modelo dos seus cuidadores, incluindo os relacionados com o stresse. Pais que lidam com o stresse de maneira pouco saudável encontram-se propensos a transmitir esses comportamentos para os seus filhos. Alternativamente, o uso de estratégias adequadas perante situações de stresse, para além de promoverem uma melhor adaptação e felicidade para si mesmos, também promovem a formação de hábitos e o desenvolver de competências importantes para as crianças (APA, 2016).

Pais que vivem em contextos com elevado número de acontecimentos geradores de stresse, encontram-se mais vulneráveis aos efeitos negativos do stresse, em particular no decorrer das práticas parentais, afetando a relação progenitor-criança (Cronin, Becher, Christians, Maher, & Dibb, 2015).

Relativamente à situação económica e laboral, as investigações destacam que a pressão económica influencia os processos e as interações realizadas em ambiente familiar.

Num estudo que relacionava a situação económica, stresse parental, práticas parentais e problemas comportamentais infantis (Puff & Renk, 2014), os resultados demonstraram importantes relações entre as variáveis, mesmo entre famílias da classe média, consideradas relativamente resilientes. O estudo envolveu 124 progenitores e 119 crianças, dos 2 aos 6 anos, tendo sido verificado que os pais com dificuldades económicas apresentavam um maior número de situações de stresse, não se sentiam apoiados ou satisfeitos no papel de pai/mãe, e apresentavam dificuldades em colocar limites e em comunicar com os filhos. O stresse parental foi ainda relacionado, positiva e significativamente, com problemas de internalização, de externalização e problemas globais nas crianças em estudo.

Na mesma linha, Pérez, Menéndez e Hidalgo (2014), num estudo com 109 mães de famílias com características de risco psicossocial, constataram a existência de elevados níveis de tensão associados ao exercício da parentalidade no que respeita à idade e número de filhos e nível de escolaridade, mas não verificaram diferenças significativas em função do nível de pobreza e da monoparentalidade.

O estudo de Ayala-Nunes, Lemos e Nunes (2014), que analisou o stresse parental e as competências parentais percebidas, em 80 mães de famílias em risco psicossocial, constatou a existência de níveis bastante elevados de stresse parental neste tipo de população, assim como relações significativas entre o stresse parental e as competências parentais percebidas. Os resultados do estudo revelaram que a situação laboral da mãe e a satisfação parental constituíam preditores significativos de stresse parental, explicando a sua variância em 37% e comprovando-se a contribuição dos fatores sociodemográficos e psicológicos para o desenvolvimento do mesmo.

Sob outra perspetiva, um estudo focado no suporte social e stresse parental percebidos, utilizando uma amostra que consistiu em 167 pais e mães de famílias consideradas em situação de risco, apurou a existência de uma rede de apoio social e emocional menor entre os pais que relataram níveis clinicamente significativos de stresse parental (Ayala-Nunes, Nunes, & Lemos, 2016). As autoras observaram ainda que, apesar de estes pais não poderem ser descritos como socialmente isolados, mais de metade dos participantes mencionam as crianças como elementos de apoio para assuntos de suporte emocional, tais como revelarem sentimentos íntimos ou pedir conselhos, podendo servir de indicador para uma parentalidade disfuncional.

Como se pode observar, o número de estudos que envolvem a parentalidade e o stresse parental tem vindo a ser desenvolvida mas ainda são diminutas as investigações em populações com crianças em risco psicossocial.

Subsiste da mesma forma escassa informação de amostras utilizando pais e mães, verificando-se uma maior participação do sexo feminino.

Cabe destacar a falta de estudos comparativos entre populações com crianças em risco psicossocial e famílias com crianças sem história de risco evidente.

Por outro lado, constatamos a falta de dados normativos para a população portuguesa para determinar o ponto de corte para níveis clinicamente significativos de stresse parental, tendo sido necessário recorrer aos utilizados por Abidin (1995) (Ayala-Nunes, Lemos, & Nunes, 2014; Ayala-Nunes, Nunes, & Lemos, 2016).

Estas evidências sugerem a necessidade de realização de mais estudos que possam contribuir para o aumento dos conhecimentos na área e proporcionar indicações e sugestões para todos os técnicos que trabalham em contextos de risco.

Parte II. Estudo Empírico

Considerando a revisão da literatura efetuada, apresentamos nesta secção a pesquisa empírica que realizámos para dar resposta às questões iniciais:

1. Quais as características sociodemográficas que diferenciam as famílias com menores em risco psicossocial da população geral no Algarve?
2. As relações que existem entre saúde mental e stresse parental são semelhantes ou diferentes nas famílias em risco e na população geral do Algarve?

Capítulo 4. Objetivos do estudo

A delimitação do nosso objeto de estudo teve por base o nosso interesse na identificação de indicadores que nos permitam inferir acerca da saúde mental e do stresse parental no desenvolvimento e funcionamento familiar.

Consideramos que os resultados desta investigação poderão proporcionar informações pertinentes que contribuam para um maior conhecimento das famílias algarvias, nomeadamente no que refere à saúde mental e stresse parental. A combinação de dados decorrentes poderá facilitar o desenvolvimento de programas de promoção ou intervenção precoce, assim como otimizar uma intervenção atempada de situações identificadas como problemáticas, através da educação e formação parental.

4.1 Objetivo geral

O objetivo principal do presente estudo é explorar a influência das características do contexto familiar de famílias com menores em risco psicossocial e de famílias pertencentes à população em geral, o stresse parental percebido e a saúde mental.

4.2 Objetivos específicos

Decorrentes da descrição do objeto de estudo da presente investigação, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

1. Descrever o perfil sociodemográfico e familiar das famílias com menores em risco psicossocial e das famílias normativas;
2. Analisar a relação existente entre saúde mental e stresse parental nas famílias com menores em risco psicossocial;
3. Analisar a relação existente entre saúde mental e stresse parental nas famílias normativas;
4. Comparar a saúde mental e stresse parental das famílias em risco psicossocial com as das famílias normativas.

Capítulo 5. Metodologia

Neste capítulo, com base nos objetivos previamente estabelecidos, apresentamos a metodologia utilizada na atual investigação, nomeadamente o desenho do estudo, a amostra, os instrumentos e os procedimentos de recolha e análise de dados.

5.1 Desenho do estudo

O desenho da investigação consiste no plano elaborado e concretizado pelo investigador de modo a obter respostas quanto às questões de investigação (Fortin, 1999; Pais-Ribeiro, 2007).

A presente investigação caracteriza-se como um estudo quantitativo, com um desenho transversal, de tipo exploratório, descritivo, comparativo e correlacional.

De acordo com Briceño-León (2003), uma investigação quantitativa proporciona uma análise dos dados descritivos, através de técnicas estatísticas, mais objetiva, clara e exata, visto a recolha de dados se encontrar melhor controlada.

A utilização de um estudo de natureza transversal, em que os dados são recolhidos no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado, auxilia a investigação a obter resultados de uma exposição relativamente constante no tempo (Hochman, Nahas, Filho, & Ferreira, 2005; Pais-Ribeiro, 2007).

Os estudos de carácter exploratório possibilitam descobrir novos fenómenos e clarificar os existentes, através da observação e registo da incidência dos mesmos, de modo a explorar as suas diversas dimensões (Fortin, 1999; Hernández, Fernández-Collado, & Baptista, 2014). Em conformidade com o mesmo, não foram elaboradas hipóteses, sendo as análises efetuadas de acordo com os objetivos delineados (Hernández et al., 2014).

O estudo de tipo descritivo-correlacional pretende descrever, nomear ou caracterizar as variáveis associadas a determinado fenómeno, situação ou acontecimento, sem qualquer intervenção sobre as mesmas, de modo a torná-lo conhecido, assim como analisar as eventuais relações entre as mesmas (Fortin, 1999; Hernández et al., 2014).

No que concerne ao estudo comparativo, Fortin (1999) refere que este método contribui para uma melhor compreensão do comportamento humano pois auxilia na determinação de semelhanças e/ou diferenças entre as amostras relativamente a determinadas características. A Figura 5.1 mostra o desenho desta investigação de acordo com as variáveis presentes para análise.

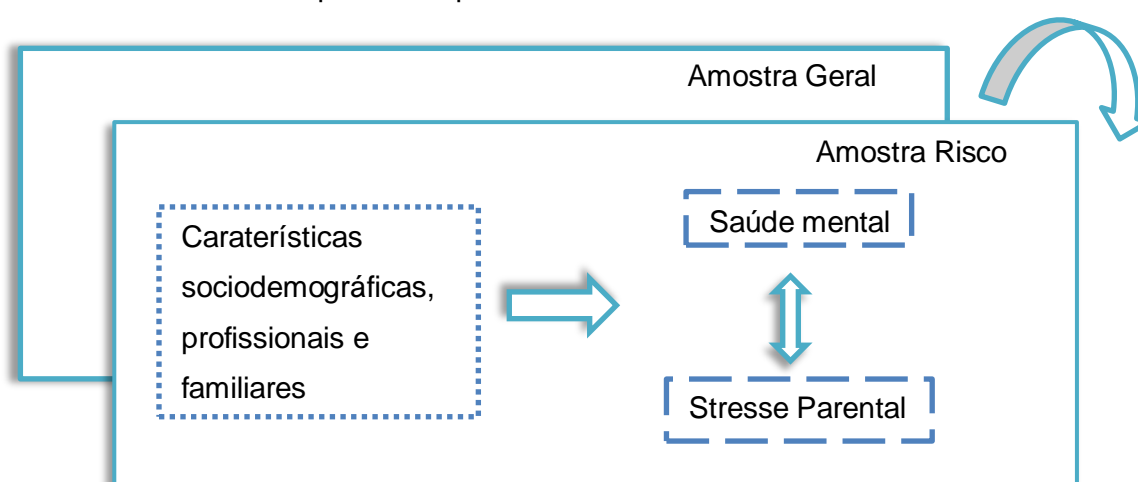


Figura 5.1 Desenho do estudo

5.2 Amostra

O presente estudo teve por base duas amostras não probabilísticas por conveniência, pois a seleção dos participantes obedece às características da investigação e dos objetivos em estudo (Hernández et al., 2014).

Participaram nesta pesquisa um total de 154 pais e mães de crianças menores, selecionados de acordo com os seguintes critérios:

Grupo Risco – pais e mães de crianças com idade até aos 12 anos, residentes no Algarve, com uma medida de promoção e proteção nas Comissões de Proteção de

Crianças e Jovens devido à existência de situações de risco, sem gravidade suficiente que necessite de medidas de proteção de afastamento da família, perfazendo um total de 65 participantes;

Grupo Geral – pais e mães de crianças com idade até aos 12 anos, residentes no Algarve, sem risco psicossocial conhecido, completando um total de 89 participantes.

5.3 Instrumentos

O protocolo de investigação foi administrado a famílias, de modo individual, tendo sido composto por uma folha inicial de informação aos participantes quanto à investigação, seguida do consentimento informado, e um questionário sociodemográfico.

Os instrumentos que compõem o protocolo pretendem recolher dados dos participantes e respetivo agregado familiar, avaliar o stresse parental percebido (PSI-SF) e a saúde mental e o bem-estar psicológico (GHQ-28).

5.3.1 Questionário de Dados Sócio Demográficos e Familiares

De modo a caracterizar os pais e mães relativamente ao seu perfil sociodemográfico e familiar, foi utilizado o questionário elaborado por Nunes e Ayala-Nunes (2016).

Este questionário recolhe informação dos participantes no que respeita às dimensões individuais e familiares, nomeadamente: idade, sexo, nacionalidade, nível de escolaridade e situação laboral, composição e estrutura do agregado familiar, idade, número e sexo dos filhos, e rendimento familiar.

5.3.2 Questionário de Saúde Geral (GHQ-28 – General Health Questionnaire)

O GHQ-28 é um instrumento desenvolvido por Goldberg e Hillier (1979) tendo já sido traduzido para 38 idiomas (Sterling, 2011). De acordo com os autores, o GHQ deteta quebras no funcionamento usual do indivíduo, identificando quer a incapacidade para realizar atividades habituais assim como o aparecimento de novos elementos stressantes. O instrumento considera-se desta forma apropriado para avaliar a saúde mental ou o bem-estar psicológico (Pais-Ribeiro & Antunes, 2003; Pais-Ribeiro et al., 2015).

A escala permite avaliar um ponto de corte, cujo valor a partir do qual pode considerar-se indicador de alteração do bem-estar psicológico ou da saúde mental (Goldberg & Williams, 1988 cit in Pais-Ribeiro et al., 2015). Segundo os autores, um

ponto de corte 5/6 permite uma sensibilidade de 77% e uma especificidade de 78%, sendo de referir que por si só o questionário de rastreio não estabelece um diagnóstico clínico. Esta escala não mede, no entanto, atributos persistentes (*long standing*) dos indivíduos, mas sim até que ponto o indivíduo acredita que o seu estado de saúde difere do habitual. Esta investigação visa classificar uma saúde mental de menor ou maior qualidade (Pais-Ribeiro et al., 2015).

O questionário compõe-se por 28 itens, avaliados por uma escala ordinal de 4 posições que varia do 0 ao 3. Trata-se de um instrumento de autorresposta distribuído por quatro subescalas, cada uma com 7 itens: Sintomas Somáticos (SS; itens 1 a 7); Ansiedade e Insónia (AI; itens 8 a 14); Disfunção Social (DS; itens 15 a 21); e Depressão Grave (DG; itens 22 a 28) (Sterling, 2011). O somatório parcial de cada uma das subescalas varia entre 0 e 21, e a pontuação global varia entre 0 e 84, correspondendo a valores mais baixos uma melhor saúde mental ou bem-estar psicológico (Pais-Ribeiro et al., 2015).

O GHQ-28 apresenta valores de consistência interna elevados com valores do alfa de Cronbach de: 0,85 para a dimensão Sintomas Somáticos; 0,89 para a subescala Ansiedade e Insónia; 0,86 para a Disfunção Social; 0,89 para a Depressão Grave; e 0,94 para a Escala Total (Pais-Ribeiro et al., 2015).

A consistência interna estima a fiabilidade de um instrumento, pois quanto menor é a variância de um mesmo item numa determinada amostra de sujeitos, menor é o erro de medida que este possui associado (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

Segundo Freitas e Rodrigues (2005), a distribuição de valores de alfa entre 0,60 e 0,75 demonstram uma fiabilidade moderada; valores situados entre 0,75 e 0,90, traduzem uma fiabilidade alta; e valores acima de 0,90 indicam uma excelente fiabilidade.

A consistência interna do GHQ-28 apurada neste estudo foi considerada boa, confirmada pelos valores de $\alpha = 0,80$ para os Sintomas Somáticos; $\alpha = 0,83$ para a Ansiedade e Insónia; $\alpha = 0,63$ para a Disfunção Social; $\alpha = 0,91$ para a Depressão Grave; e $\alpha = 0,92$ para a Escala Total.

5.3.3 Índice de Stresse Parental – Forma Reduzida (*Parenting Stress Index - Short Form (PSI-SF)*)

O PSI-SF é um instrumento desenvolvido por Abidin, em 1995, e que se propõe avaliar as características da criança, dos pais e o stresse experimentado pelo indivíduo no decorrer da sua função parental (pai/mãe) (Abidin, 2014; Santos, 2011).

Baseado no modelo teórico dos determinantes do comportamento parental disfuncional, o questionário constitui-se por 36 itens, avaliados por uma escala de concordância de tipo *Likert*, com 5 opções de resposta: 1 (Discordo Totalmente); 2 (Discordo); 3 (Não tenho a certeza); 4 (Concordo); e 5 (Concordo Totalmente) (Abidin, 1995).

No presente estudo utilizámos a versão portuguesa de Santos (2011).

É um instrumento de autopreenchimento que nos faculta uma medida da intensidade do stresse parental percebido, distribuído por três subescalas:

1. *Distress Parental* (DP) – avalia a dificuldade percecionada, o sofrimento e a angústia experienciados no papel de pai/mãe (e.g., “Sinto-me limitado/a por causa das minhas responsabilidades como pai/mãe”);
2. Interação Disfuncional Progenitor-Criança (ID) – avalia as perceções de insatisfação do progenitor, através das interações com o seu filho e que não fortalecem o seu papel de pai/mãe (e.g., “O meu filho raramente faz coisas que me façam sentir bem”);
3. Criança Difícil (CD) – avalia a perceção do pai/mãe de características comportamentais básicas da criança associadas à sua capacidade de autorregulação (e.g., “O meu filho parece que não sorri tanto quanto a maior parte das crianças”).

Cada subescala é constituída por 12 itens, em que a pontuação total de cada uma varia entre um valor mínimo de 12 e um valor máximo de 60 pontos.

A pontuação total desta escala faculta o indicador do nível de stresse percecionado pelo progenitor, sendo considerado como normativo uma pontuação situada entre o percentil 20 e 85. Valores acima do percentil 85 são considerados altos, necessitando intervenção clínica. Os valores de corte para este percentil são: 86 (Escala Total); 33 (*Distresse Parental*); 26 (Interações Disfuncionais Progenitor-Criança); 33 (Criança Difícil). Também foi considerado de risco pontuações abaixo do percentil 20. Os valores de corte para este percentil são: 59 (Escala Total); 20 (*Distress Parental*); 14 (Interações Disfuncionais Progenitor-Criança); 19 (Criança Difícil) (Abidin, 1995).

O Índice de Stresse Parental (PSI-SF), engloba ainda a subescala Resposta Defensiva (RD), obtida através do somatório dos itens 1, 2, 3, 7, 8, 9 e 11. Esta subescala avalia a propensão do progenitor valorizar a sua própria imagem e minimizar a existência de dificuldades no relacionamento progenitor-criança. Esta subescala não foi avaliada no presente estudo.

O PSI-SF apresenta uma consistência interna satisfatória, com valores de coeficiente de alfa de Cronbach de 0,87 para a subescala *Distress Parental*, 0,80 para a subescala Interação Disfuncional Pais/Mãe-Criança, 0,85 para a subescala Criança Difícil e 0,94 para o Stresse Parental Total (Abidin, 1995).

Os índices alfa de Cronbach obtidos na amostra do nosso estudo foram de 0,85 para o *Distress Parental*, 0,72 para a Interação Disfuncional Progenitor-Criança; 0,86 para Criança Difícil e 0,91 para o Stresse Parental Total.

5.4 Procedimentos de recolha de dados

O inquérito por entrevista foi escolhido como uma estratégia que possibilitava a reciprocidade entre os intervenientes, proporcionando uma apresentação da investigação em curso e do papel solicitado ao entrevistado, capturando a sua atenção para o tema e assegurando a sua cooperação (Günther, 2003).

Na apresentação do inquérito, foram primeiramente explicados os objetivos da pesquisa, no âmbito mais alargado da investigação, e a confidencialidade e anonimato dos dados obtidos. Foram obtidos os consentimentos informados (Anexo I) e salientado a importância da colaboração dos pais e mães para a realização deste estudo.

Os participantes foram ainda informados sobre a possibilidade de abandonarem o estudo a qualquer momento, sem que para isso observassem algum prejuízo ou efeito negativo. Os instrumentos de recolha de dados foram aplicados individualmente, com uma duração média de 60 minutos.

Relativamente ao grupo risco, os questionários foram aplicados através de uma entrevista individual, por vários colaboradores do projeto interuniversitário “Famílias em situação de risco psicossocial na Andaluzia ocidental e no Algarve: necessidades de intervenção e adaptação de instrumentos de avaliação do contexto familiar”, coordenado pela Doutora Cristina Nunes, e para o qual receberam formação específica.

No que respeita ao grupo geral, o preenchimento foi efetuado pelo pai/mãe de forma autónoma, encontrando-se o investigador disponível para esclarecer qualquer incerteza decorrente do conteúdo dos mesmos.

No final do preenchimento os questionários foram colocados em envelope fechado, de modo a garantir a confidencialidade dos dados.

Os questionários aplicados encontravam-se integrados num protocolo de instrumentos inseridos numa investigação mais ampla, realizada pela Universidade do Algarve, através de vários pesquisadores que colaboram num projeto de investigação coordenado pela Professora Doutora Cristina Nunes.

5.5 Procedimentos de análise de dados

Os dados recolhidos foram analisados estatisticamente através do programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 23.0 para Windows.

Primeiramente, recorreremos a uma análise de modo a verificar a existência de casos extremos na distribuição normal. São designados por casos extremos os valores que constituem a amostra e que se encontram afastados da maioria. A existência de dados com valores dispersos no tratamento estatístico tende a enviesar os resultados obtidos, inflacionando as variâncias (Figueira, 1998). Os casos assim considerados foram detetados através das caixas de bigode e da análise da curtose e assimetria e excluídos das análises posteriores quando apresentavam valores superiores a (± 2) .

Num segundo momento, recorreremos a uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas e familiares, com o objetivo de caracterizar as amostras e identificar o perfil das populações (Almeida & Freire, 2008). As variáveis do tipo nominal foram analisadas de acordo com as frequências e percentagens, enquanto as variáveis quantitativas escalares foram analisadas através da média e mediana (i.e., medida de tendência central), desvio-padrão (i.e., medida de dispersão) e mínimos e máximos (i.e., medida de amplitude).

Os procedimentos de análise da fidelidade dos instrumentos utilizados foram efetuados através do Alfa de Cronbach, de modo a determinar a consistência interna de cada escala e/ou dimensão.

De modo a verificar a homogeneidade entre as duas amostras, foi utilizado o teste Qui-quadrado (X^2). Este teste avalia quantitativamente a associação existente entre variáveis qualitativas através da comparação de proporções (Afonso & Nunes, 2011). Na presença de dados quantitativos foi utilizado o teste de Levene de modo a averiguar a igualdade de variâncias.

A intensidade e a direção da relação linear entre as variáveis foram analisadas através dos testes de correlação de Pearson e Spearman, de acordo com o tipo de variáveis em causa, nomeadamente relação entre variáveis métricas ou relação entre variáveis métricas e ordinais.

Para a análise das diferenças entre as médias recorreremos aos testes paramétricos t-test de Student, sempre que estava em causa a comparação de dois grupos independentes em relação a uma variável contínua, e ao teste de análise de variância One-Way ANOVA para testar diferenças entre diversas situações e para duas ou mais variáveis. A escolha de testes paramétricos pressupõe a existência de uma distribuição normal, homogeneidade dos dados e variáveis intervalares e contínuas (Afonso & Nunes, 2011). Para realizar comparações múltiplas a *posteriori*

elegemos o Teste Games-Howell visto ajustar-se para variações e tamanhos de amostras desiguais nos grupos. De modo a complementar a veracidade das diferenças entre variáveis independentes com mais de duas categorias ou contínuas, utilizamos o eta quadrado (η^2) como medida de tamanho de efeito. Esta medida estatística indica a percentagem de variância da variável dependente que pode ser explicada pela variável independente. (Lindenau & Guimarães, 2012). Após estes procedimentos, com o objetivo de detetarmos diferenças entre os dois grupos ao analisarmos diversas variáveis dependentes, recorreremos à análise de variância multivariada (MANOVA) através da interpretação do Teste Lambda de Wilks.

No caso de análise de grupos com tamanho reduzido e perante o pressuposto de inexistência da normalidade da distribuição foram utilizados testes não paramétricos. Sempre que as comparações das medianas foram efetuadas entre dois grupos utilizamos o Teste de Mann-Whitney, sendo que quando existiam mais de dois grupos utilizamos o Teste Kruskal-Wallis (Field, 2009).

Relativamente às variáveis qualitativas, utilizamos tabelas de contingência de modo a registar as observações entre grupos independentes de duas ou mais variáveis. De forma a verificar a associação entre as variáveis recorreremos à estatística X^2 (Teste de independência).

Posteriormente foi efetuada a análise inferencial através da Regressão Linear Múltipla. Este teste permite analisar as relações funcionais entre variáveis dependentes e preditoras (independentes) através do grau de explicação que as variáveis preditores fornecem a respeito do comportamento da variável dependente. Esta análise estatística tem como finalidade obter conclusões sobre as populações em estudo, tendo por base a informação recolhida através das amostras (Almeida & Freire, 2008; Field, 2009). A introdução dos preditores foi feita hierarquicamente, tendo estas sido escolhidas de acordo com as análises estatísticas anteriores entre a variável dependente e as características de perfil da amostra em estudo.

O nível de significância utilizado neste estudo foi de p inferior a 0,05, sendo um dos níveis convencionalmente utilizado nas ciências sociais e humanas (Loureiro & Gameiro, 2011).

Capítulo 6. Apresentação e Análise dos Resultados

6.1 Caracterização do perfil sociodemográfico e familiar

A amostra participante neste estudo foi constituída por um total de 154 participantes, dividida em dois grupos de pais e mães, com idades compreendidas entre os 17 e os 57 anos. A idade dos filhos variou entre os 0 e os 12 anos.

A diferenciação das famílias, por um lado com menores em risco psicossocial e por outro pertencente à população geral, foi efetuada através da denominação grupo risco e grupo geral, respetivamente.

A caracterização das duas amostras foi feita tendo em conta os seguintes parâmetros: sexo e idade do participante; nacionalidade; nível educativo; situação profissional; idade e sexo da criança; tipologia e agregado familiar; rendimentos e pobreza quantitativa.

6.1.1 Caracterização dos participantes

O grupo risco é composto por 65 participantes, dos quais 29% são do sexo masculino e 71% do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 17 e os 57 anos.

O grupo geral, com 89 participantes, é constituído por 43% de elementos do sexo masculino e 57% do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 22 e os 53 anos.

A comparação entre sexos (Tabela 6.1) mostra uma predominância de participantes do sexo feminino, não se verificando diferenças significativas entre as amostras ($X^2 = 2,92$; $gl = 1$; $p = 0,087$).

Tabela 6.1 Características dos participantes consoante o sexo

	Geral (N = 89)		Risco (N = 65)		Total (N = 154)	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Masculino	38	42,70%	19	29,23%	57	37,01%
Feminino	51	57,30%	46	70,77%	97	62,99%

Relativamente à comparação da idade dos participantes (Tabela 6.2), verificou-se uma diferença significativa, de pequeno efeito, entre as duas amostras [$F(1,152) = 7,05$; $p = ,009$; $\eta^2 = ,04$].

Além de uma média mais elevada para o grupo geral, observamos uma maior dispersão nos valores do grupo risco (Geral: $M = 39,47$, $DP = 6,51$; Risco: $M = 36,15$, $DP = 9,00$).

Tabela 6.2 Características dos participantes consoante a idade

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>
Geral	39,47	6,51	22	53
Risco	36,15	9,00	17	57

Os participantes são, na sua generalidade, de nacionalidade portuguesa (Geral: 92,13%; Risco: 84,62%) (Figura 6.1), não sendo encontrada diferenciação significativa entre as duas amostras ($X^2 = 2,16$; $gl = 1$; $p = ,141$).

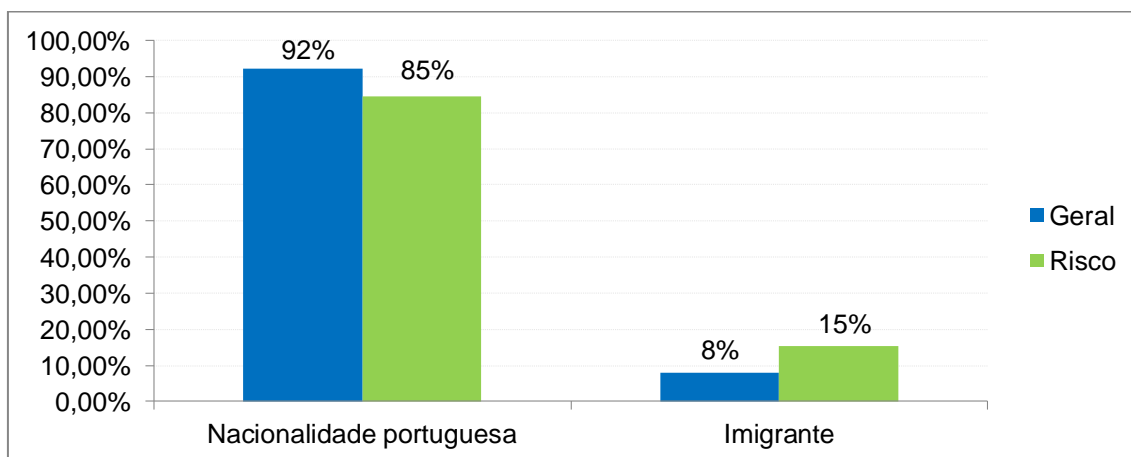


Figura 6.1 Nacionalidade dos participantes

No que concerne ao nível educativo dos participantes (Figura 6.2), a generalidade dos participantes pertencente ao grupo risco apresenta um baixo nível educativo, sendo que 38,46% não concluiu o primeiro ciclo e 44,62% possui o ensino básico completo.

Relativamente ao grupo geral verificou-se que a maioria dos participantes apresenta um nível educativo médio e alto, sendo que 44,94% concluíram o ensino secundário e 29,21% integram a categoria estudos universitários.

Podemos observar uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo geral e o grupo risco ($X^2 = 55,86$; $gl = 3$; $p = ,000$).

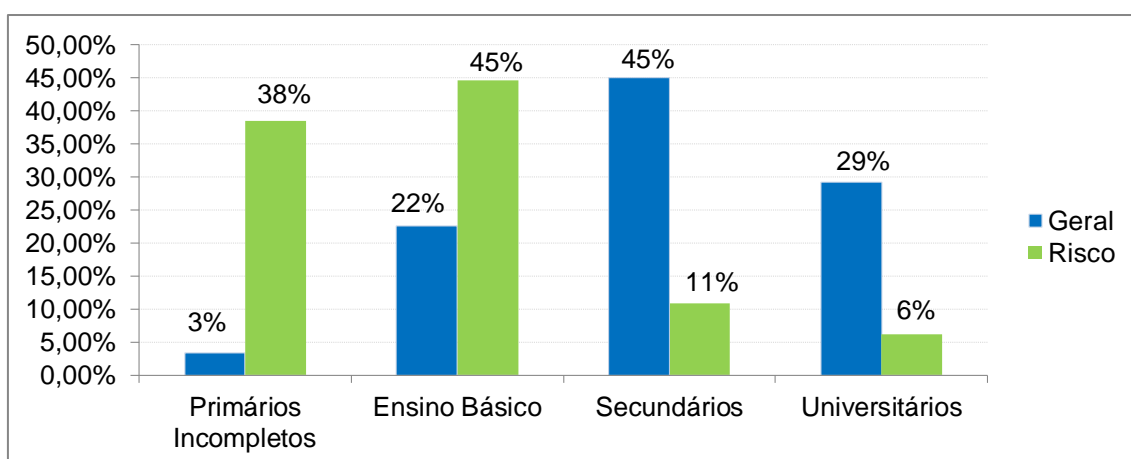


Figura 6.2 Nível educativo dos participantes

6.1.2 Caracterização socioprofissional

Na Figura 6.3 podemos observar a categorização das duas amostras no que respeita à situação laboral.

No que concerne ao grupo geral, verificamos que 92,13% dos participantes encontram-se ativos e 7,87% desempregados.

Relativamente ao grupo risco registamos que 41,54% dos participantes estão empregados e 58,46% sem ocupação.

Analisando os resultados constatamos a existência de diferenças significativas entre as duas amostras ($X^2 = 46,50$; $gl = 1$; $p = ,000$).

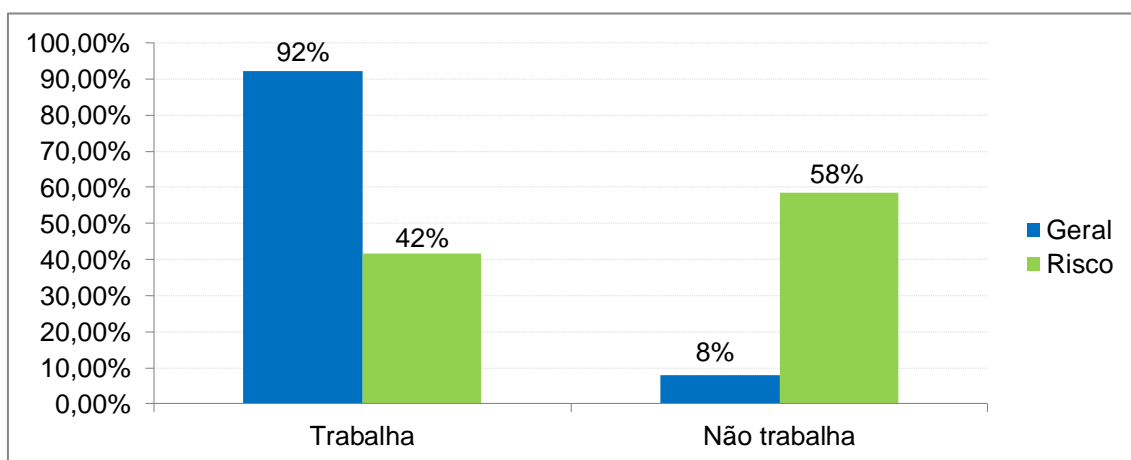


Figura 6.3 Situação laboral dos participantes

Quanto ao tipo de trabalho dos participantes foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras ($X^2 = 28,83$; $gl = 2$; $p = ,000$).

Conforme pode ser conferido na Figura 6.4, os dados mostram que 74,10% dos participantes do grupo risco apresentam empregos com baixa qualificação, 18,50% empregos de média qualificação e 7,40% empregos onde a alta qualificação é necessária.

Relativamente ao grupo geral, verificamos que 56,20% dos participantes apresenta empregos de média qualificação, 24,70% empregos de alta qualificação e 19,10% empregos de baixa qualificação.

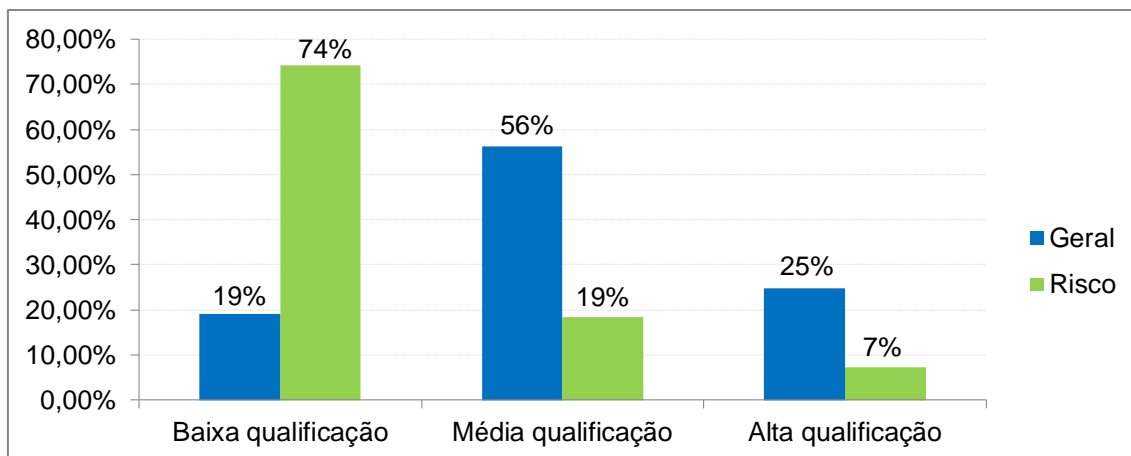


Figura 6.4 Tipo de trabalho dos participantes

1.1.3 Caracterização da criança

No que se refere ao sexo dos filhos (Tabela 6.3), no grupo geral podemos observar que 53% das crianças são do sexo feminino, enquanto no grupo risco podemos verificar que 62% são do sexo masculino.

Na comparação entre sexos não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($X^2 = 3,11$; $gl = 1$; $p = ,078$).

Tabela 6.3 Características da criança consoante o sexo

	Geral (N = 89)		Risco (N = 65)		Total (N = 154)	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Masculino	42	47,19%	40	61,54%	82	53,25%
Feminino	47	52,81%	25	38,46%	72	46,75%

Quanto à idade das crianças (Figura 6.5), que cumpriam o requisito de ter menos de 12 anos, podemos observar que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, entre os dois grupos [$F(1,152) = 1,35$; $p = ,247$; $\eta^2 = ,01$], sendo de salientar a homogeneidade entre as duas amostras.

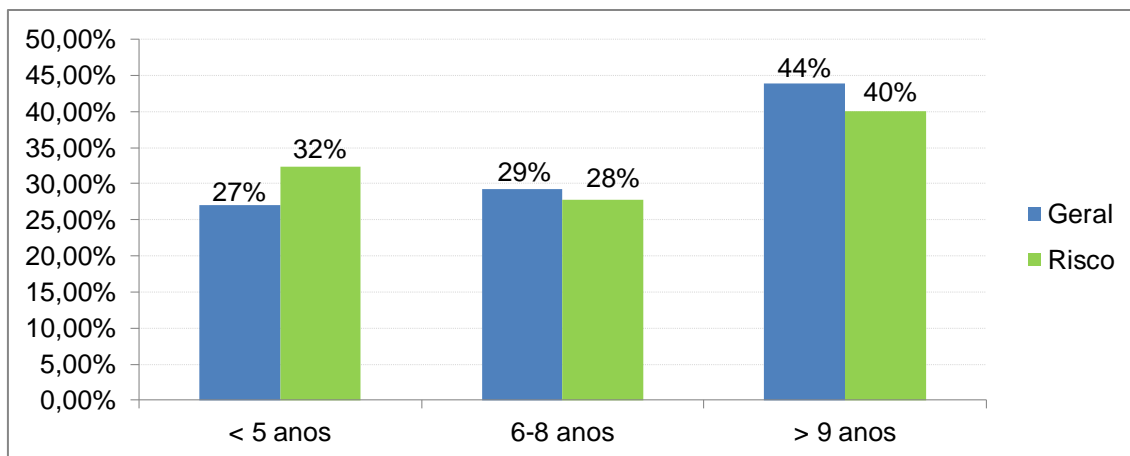


Figura 6.5 Distribuição da idade da criança por classe etária

Na Tabela 6.4 podemos verificar que a média de idades ronda os 7 anos em ambos os grupos (Geral: $M = 7,60$; $DP = 2,96$; Risco: $M = 6,96$, $DP = 3,55$) com uma amplitude que difere entre as amostras (Geral: 2-12; Risco: 0-12).

Tabela 6.4 Características da criança consoante a idade

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>
Crianças do grupo geral	7,60	2,96	2	12
Crianças do grupo risco	6,96	3,55	0	12

6.1.4 Caracterização familiar

Quanto ao estado civil dos participantes foram observadas diferenças estatísticas significativas entre as duas amostras ($X^2 = 69,67$; $gl = 3$; $p = ,000$).

Como se pode verificar na Figura 6.6, 86,52% dos participantes pertencentes ao grupo geral encontram-se casados ou vivem em união estável, 10,11% encontram-se separados ou divorciados e 3,37% encontram-se solteiros.

Por outro lado, verifica-se que 46,15% dos participantes do grupo risco encontram-se separados ou divorciados, 24,62% solteiros, 20% casados ou em união estável e 9,23% encontram-se viúvos.

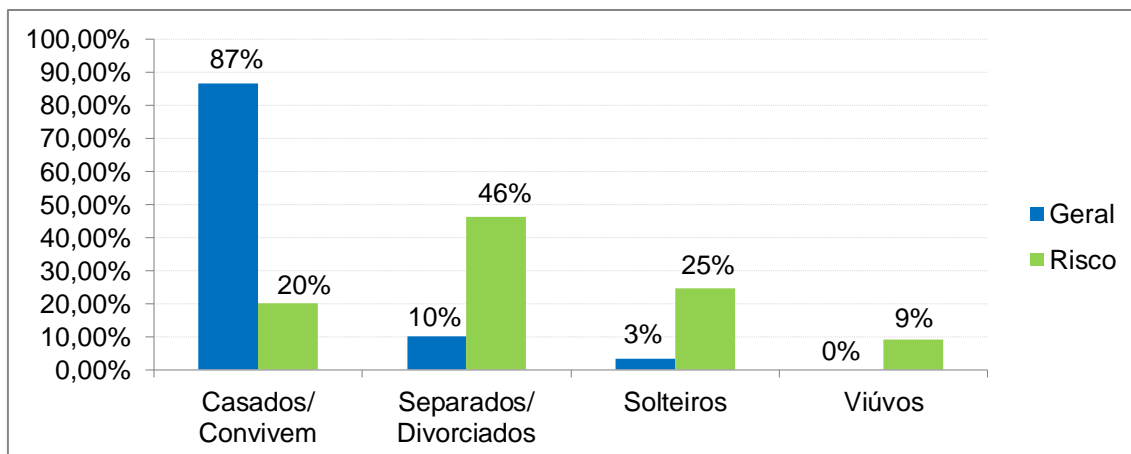


Figura 6.6 Distribuição relativa à situação familiar dos participantes

Ao nível da estabilidade familiar, 100% dos participantes do grupo geral assinalaram possuir um ambiente familiar estável. Relativamente ao grupo risco, 92,31% referiram a existência de estabilidade familiar, observando-se diferenças significativas entre as duas amostras ($X^2 = 7,08$; $gl = 1$; $p = ,008$).

No que concerne à tipologia familiar, verificam-se diferenças significativas entre as duas amostras ($X^2 = 43,69$; $gl = 2$; $p = ,000$), sendo possível observar (Figura 6.7) que, no grupo geral, 85,39% são famílias nucleares, 12,36% famílias monoparentais e 2,25% famílias reconstruídas.

Relativamente ao grupo risco, verificamos 35,38% dos participantes pertencem a famílias nucleares, 35,38% a famílias monoparentais e 29,23% vivem em famílias reconstruídas.

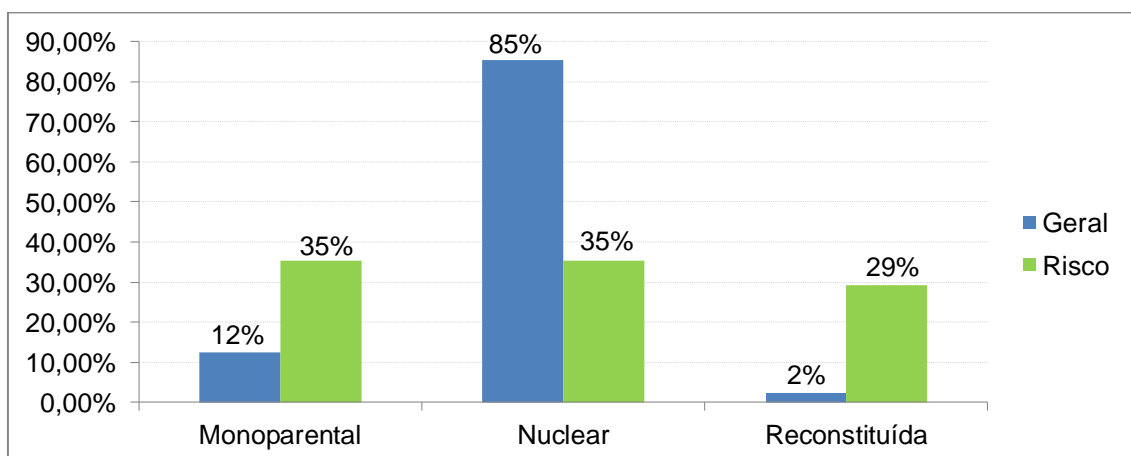


Figura 6.7 Distribuição da configuração familiar

Relativamente à constituição do agregado familiar (Tabela 6.5), podemos verificar a existência de uma diferença estatística de pequeno efeito entre as duas amostras [$F(1,152) = 4,06$; $p = ,046$; $\eta^2 = ,03$]. Observamos que, no grupo geral a

média de elementos existente por família é 3,66 ($DP = 0,88$), enquanto no grupo risco a média de elementos é 4,06 ($DP = 1,56$).

O número de filhos por família varia entre 1 e 3 no grupo geral e 1 e 5 no grupo risco (Geral: $M = 1,74$, $DP = 0,63$; Risco: $M = 2,31$, $DP = 1,09$), registando-se uma diferença significativa de efeito moderado entre os dois grupos [$F(1,152) = 16,50$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,10$].

Como se pode ainda verificar na Tabela 6.5, verificamos existir diferenças estatisticamente significativas, de efeito moderado, entre as duas amostras, relativamente ao número de menores de 18 anos inseridos no agregado familiar [$F(1,152) = 15,46$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,09$]. Observamos uma amplitude de 0 a 3 elementos no grupo geral ($M = 1,52$; $DP = 0,62$) e uma amplitude de 0 a 4 elementos no grupo risco ($M = 2,00$; $DP = 0,90$).

Relativamente ao número de menores de 14 anos no lar, verificamos uma diferença significativa, de menor efeito, entre os dois grupos [$F(1,152) = 8,60$; $p = ,004$; $\eta^2 = ,05$]. Foi verificado uma amplitude de 0 a 3 elementos no grupo geral ($M = 1,38$, $DP = 0,57$) e uma amplitude de 0 a 4 no grupo risco ($M = 1,71$, $DP = 0,81$).

Importa referir que, relativamente ao número de família extensa no lar, foram verificadas diferenças significativas, de pequeno efeito [$F(1,152) = 4,35$; $p = ,039$; $\eta^2 = ,03$], entre as duas amostras analisadas (Geral: $M = 0,10$, $DP = 0,40$; Risco: $M = 0,38$, $DP = 1,20$), observando-se amplitudes entre 0 e 2 no grupo geral e 0 e 7 no grupo risco.

No que concerne aos rendimentos familiares, foram observadas diferenças estatisticamente significativas, de grande efeito [$F(1,139) = 47,79$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,26$], entre os dois grupos (Geral: $M = 1651,83$, $DP = 680,53$; Risco: $M = 872,99$, $DP = 648,11$).

Tabela 6.5 Caraterização familiar

	Geral		Risco		F	p	η^2
	M	DP	M	DP			
Nº de filhos	1,74	0,63	2,31	1,09	16,50	,000	,10
Tamanho agregado familiar	3,66	0,88	4,06	1,56	4,06	,046	,03
Menores de 18 anos no lar	1,52	0,62	2,00	0,90	15,46	,000	,09
Menores de 14 anos no lar	1,38	0,57	1,71	0,81	8,60	,004	,05
Nº de família extensa no lar	0,10	0,40	0,38	1,20	4,35	,039	,03
Rendimentos mensais	1651,83	680,53	872,99	648,11	47,79	,000	,26

De modo a compreender um pouco mais o significado dos rendimentos familiares, foi tido em consideração o número de pessoas que vivem em cada agregado familiar e foram comparados com o limiar de pobreza em Portugal, situado

nos 421 euros a 12 meses (PORDATA, 2016a), referentes a 60% do rendimento médio da população portuguesa (EAPN Portugal, 2016b).

O rendimento médio do agregado familiar dos participantes foi classificado em quatro categorias (Figura 6.8), considerando-se: Não Pobre, rendimentos acima do limiar da pobreza; Pobreza Moderada, rendimentos abaixo de 60% do rendimento médio; Pobreza Alta, rendimentos abaixo de 40% da média; Pobreza Severa, rendimentos abaixo de 25% da média.

Foram analisados os níveis de pobreza, observando-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2 = 51,01$; $gl = 3$; $p = ,000$) entre os dois grupos. É de salientar que 93,51% dos participantes do grupo geral encontram-se inseridos na categoria não pobre e 6,49% integram a categoria pobreza moderada.

Relativamente ao grupo risco, 39,06% integram a categoria não pobre, 23,44% a categoria pobreza moderada, 20,31% a categoria pobreza alta e 17,19% a categoria pobreza severa.

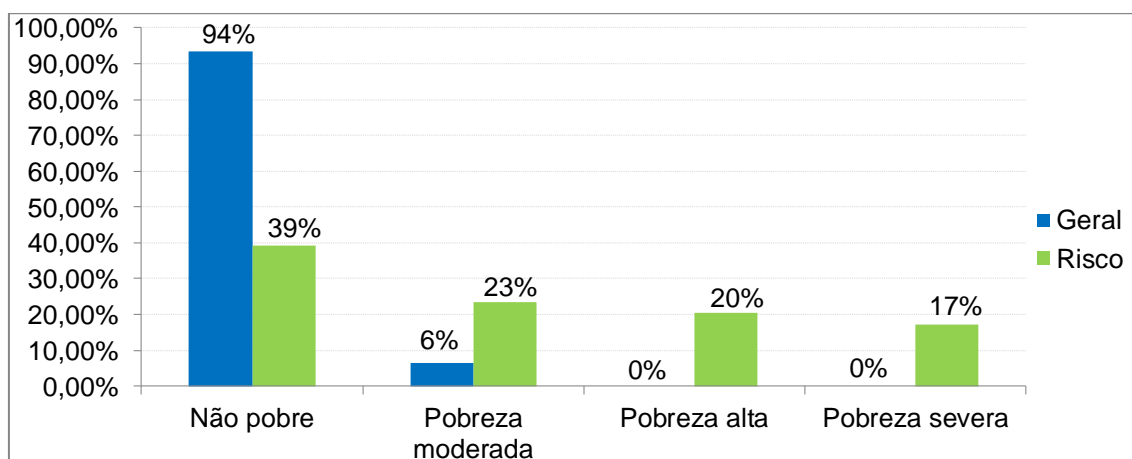


Figura 6.8 Caraterização dos participantes consoante a situação económica

6.2 Caraterização dos níveis de saúde mental/mal-estar psicológico

Através da Tabela 6.6, podemos observar diferenças significativas, de efeito moderado, na escala GHQ Total ($F = 20,90$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,12$), na subescala Sintomas Somáticos ($F = 11,74$; $p = 0,001$; $\eta^2 = 0,07$), e na subescala Ansiedade e Insónia ($F = 12,19$; $p = ,001$; $\eta^2 = ,07$), com resultados mais elevados no grupo risco.

Relativamente à subescala Depressão Grave, observamos diferenças estatisticamente significativas, de grande efeito, entre os dois grupos ($F = 35,3$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,19$).

No que respeita à subescala Disfunção Social não foram verificadas diferenças significativas entre as duas amostras ($F = 0,12$; $p = ,726$).

Relativamente a esta investigação verificamos que a média do grupo risco se encontra em 23,52 ($DP = 14,12$), enquanto a média do grupo geral se situa nos 15,52 ($DP = 7,29$).

Tabela 6.6 Características da saúde mental (GHQ) e das suas subescalas

	Geral (N = 89)		Risco (N = 65)		F	p	η^2
	M	DP	M	DP			
	GHQ total	15,52	7,29	23,52			
Sintomas Somáticos	4,00	2,79	6,00	4,44	11,74	,001	,07
Ansiedade e Insónia	4,64	3,48	6,94	4,69	12,19	,001	,07
Disfunção Social	6,02	1,22	6,14	2,77	0,12	,726	ns
Depressão Grave	0,85	1,45	4,45	5,45	35,3	,000	,19

Nota. ns = não significativo

Através da Tabela 6.7, observamos que todas as relações entre o mal-estar psicológico (i.e., GHQ total) e as suas dimensões (i.e., subescalas do instrumento) resultaram ser significativas e ter um sentido positivo. Por sua vez, todos os sintomas se correlacionaram entre si de maneira positiva e estatisticamente significativa.

Tabela 6.7 Coeficiente de correlação de Pearson entre as subescalas do GHQ-28

	1	2	3	4	5
1. Sintomas Somáticos	-	,598***	,525***	,516***	,859***
2. Ansiedade e Insónia	,678***	-	,410***	,537***	,882***
3. Disfunção Social	,353**	,408***	-	,379***	,640***
4. Depressão Grave	,475***	,671***	,512***	-	,717***
5. GHQ Total	,792***	,885***	,640***	,859***	-

Nota. As correlações com os participantes do grupo geral (N = 89) encontram-se apresentadas acima da diagonal, e as correlações com os participantes do grupo risco (N = 65) encontram-se apresentadas abaixo da diagonal. GHQ-28 (Questionário de Saúde Geral – 28 itens).

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$.

De modo a analisarmos as diferenças entre o mal-estar psicológico do grupo geral e do grupo risco, procedemos a uma análise exploratória dentro de cada subescala, relativamente às pontuações obtidas.

O ponto de corte do instrumento em cada subescala situa-se entre os valores 5/6, e na escala Total nos valores 23/24. Valores superiores ao nível de corte do instrumento sugerem a existência de alterações no bem-estar psicológico do indivíduo, assim como valores superiores sugerem a existência de sintomatologia relacionada com sofrimento psicológico (Sterling, 2011).

Através da Figura 6.9 podemos observar que 47,70% dos participantes do grupo risco se situam nas classes que indicam níveis elevados de sintomatologia somática, comparativamente com 23,60% do grupo geral.

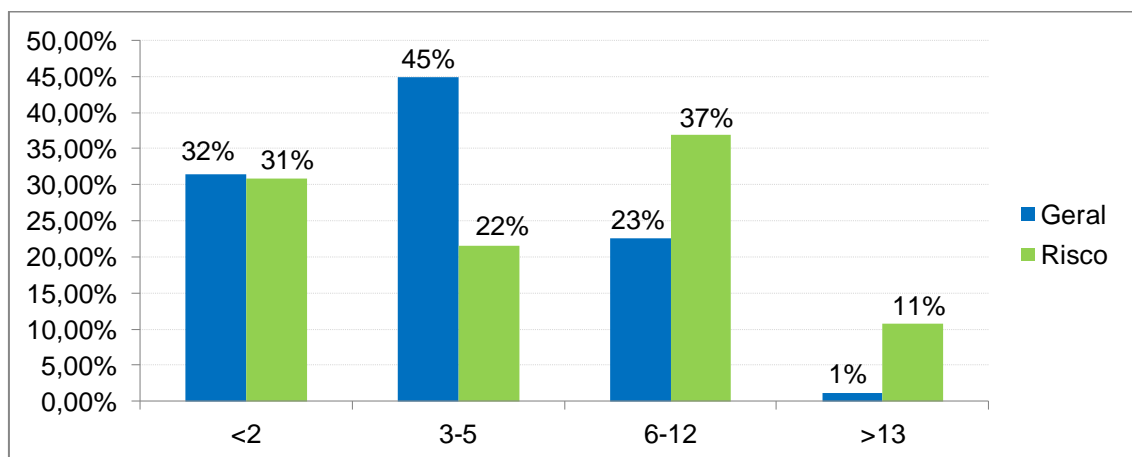


Figura 6.9 Comparação da subescala Sintomas Somáticos entre os participantes

No que respeita à subescala Ansiedade e Insónia (Figura 6.10) observamos que 52,31% dos participantes do grupo risco apresentam sintomatologia ansiosa comparativamente com 38,21% dos participantes do grupo geral.

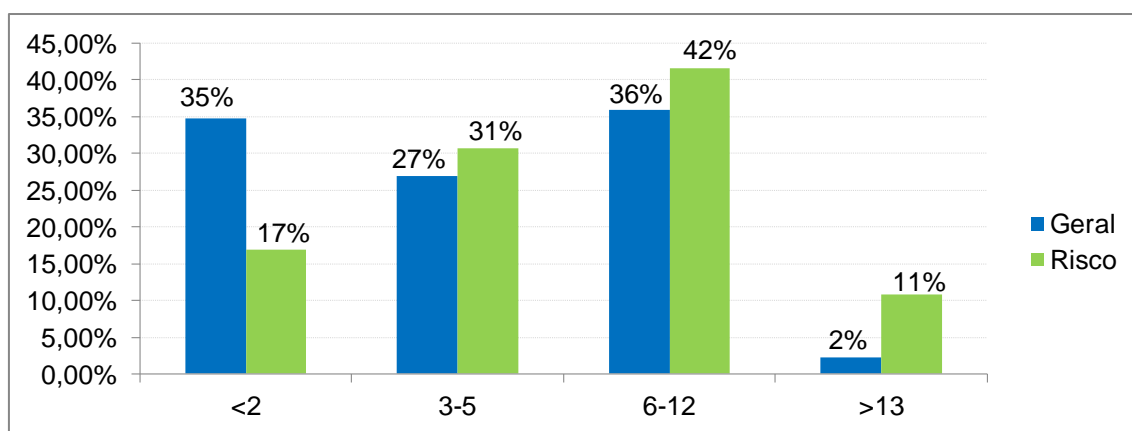


Figura 6.10 Comparação da subescala Ansiedade e Insónia entre os participantes

Relativamente à subescala Disfunção Social (Figura 6.11) observamos que as duas amostras se apresentam equivalentes verificando-se 74,16% dos participantes do grupo geral e 64,62% dos participantes do grupo risco com perceções de desajuste social.

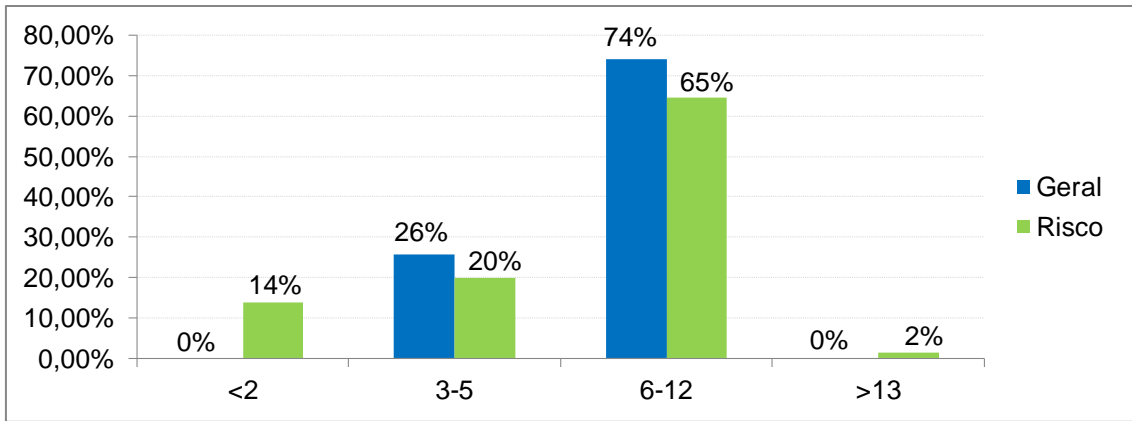


Figura 6.11 Comparação da subescala Disfunção Social entre os participantes

Através da Figura 6.12 observamos que 32,31% dos participantes do grupo risco apresentam sintomatologia depressiva, comparativamente com 2,25% dos participantes do grupo geral.

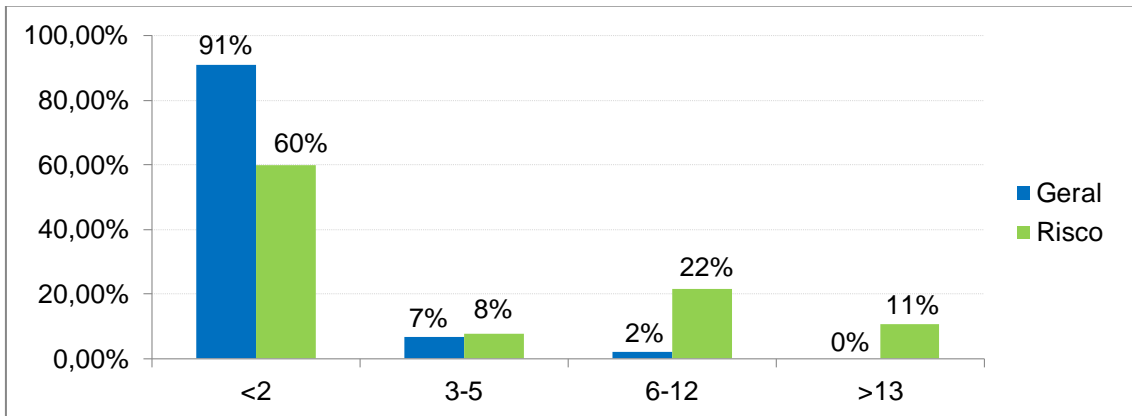


Figura 6.12 Comparação da subescala Depressão Grave entre os participantes

No que respeita à escala Total de mal-estar psicológico avaliada pelo GHQ-28 (Figura 6.13), verificamos que o grupo risco apresenta claramente percentagens mais elevadas de mal-estar psicológico (41,54%), do que o grupo geral com 12,36%.

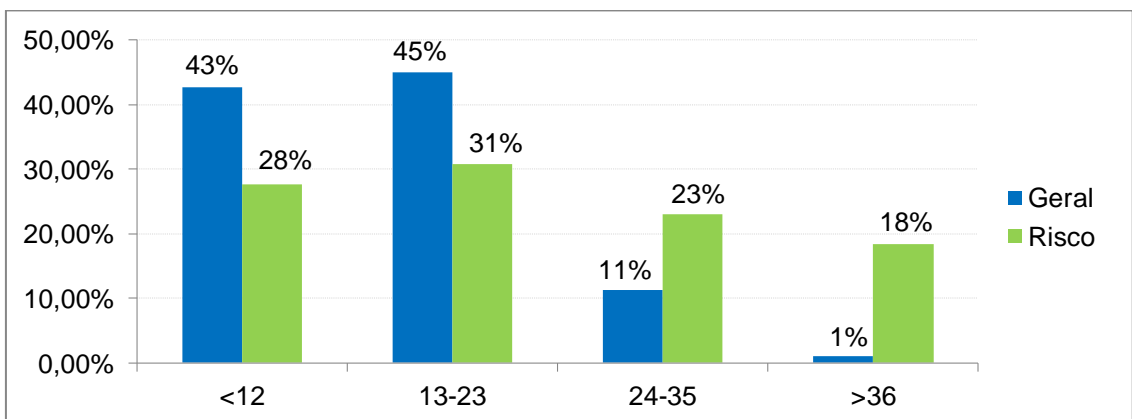


Figura 6.13 Comparação da escala GHQ Total entre os participantes

De modo a averiguar a relação do mal-estar psicológico com as variáveis sociodemográficas e familiares dos participantes das duas amostras, foram utilizadas correlações de Pearson e Spearman e comparação de médias (i.e., Independent T-Test; One-Way Anova; Teste Mann-Whitney; Teste Kruskal-Wallis).

Foi observada uma relação significativa e positiva entre as diferentes dimensões do GHQ e a idade dos participantes, exceto na Disfunção Social para o grupo geral e na Depressão Grave no grupo risco (Tabela 6.8).

Tabela 6.8 Correlação da saúde mental com variáveis sociodemográficas dos participantes

	Idade	
	Geral (N = 89)	Risco (N = 65)
Sintomas Somáticos	,232**	,286**
Ansiedade e Insónia	,194	,217*
Disfunção Social	,080	,236*
Depressão Grave	,250**	-,001
GHQ Total	,244**	,208*

Nota. * $p < ,10$; ** $p < ,05$; *** $p < ,01$.

De modo a analisar as diferenças existentes efetuamos tabulações cruzadas entre as variáveis e as subescalas mediante o ponto de corte (i.e., > 5 para as subescalas; > 23 para GHQ Total).

Através da Tabela 6.9, podemos observar que os participantes com níveis mais elevados de mal-estar psicológico encontram-se, no grupo geral, maioritariamente na classe maior ou igual a 42 anos. No que respeita ao grupo risco, verificamos que se situam, em todas as subescalas, na classe igual ou inferior a 36 anos.

Tabela 6.9 Descrição da idade dos participantes com valores acima do ponto de corte (GHQ)

	Sintomas Somáticos		Ansiedade e Insónia		Disfunção Social		Depressão Grave		GHQ Total	
	Geral (n= 21)	Risco (n= 31)	Geral (n= 34)	Risco (n= 34)	Geral (n= 66)	Risco (n= 43)	Geral (n= 2)	Risco (n= 21)	Geral (n= 11)	Risco (n= 27)
Idade										
≤36 anos	19,05%	51,61%	23,53%	52,94%	27,27%	53,49%	0,00%	57,14%	9,09%	48,15%
37-41 anos	28,57%	16,13%	35,29%	14,71%	37,88%	20,93%	50,00%	14,29%	27,27%	14,81%
≥42 anos	52,38%	32,26%	41,18%	32,35%	34,85%	25,58%	50,00%	28,57%	63,64%	37,04%
<i>M</i>	41,81	37,90	40,62	37,65	39,58	36,81	43,50	36,14	43,64	38,07
<i>DP</i>	7,55	9,23	6,99	9,04	6,68	8,94	4,95	9,81	5,22	9,88

A comparação de medianas do mal-estar psicológico entre pais e mães revelou diferenças estatisticamente significativas, relativamente ao grupo risco, nas subescalas Sintomas Somáticos, Depressão Grave e GHQ Total (Tabela 6.10), com as mulheres a exibirem valores mais elevados do que os homens, nas três dimensões.

Tabela 6.10 Comparação de valores médios das dimensões Sintomas Somáticos, Depressão Grave e GHQ Total, no grupo risco, em função do sexo (Teste de Mann-Whitney)

	Feminino	Masculino	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
	(<i>n</i> = 46)	(<i>n</i> =19)				
	<i>Mdn</i>	<i>Mdn</i>				
Sintomas Somáticos	35,52	26,89	321,00	-1,68	,093	-,21
Depressão Grave	35,48	27,00	323,00	-1,68	,094	-,21
GHQ Total	35,82	26,18	307,50	-1,87	,062	-,23

Não se observaram diferenças significativas nas restantes variáveis sociodemográficas (i.e., escolaridade; estatuto de imigrante).

Relativamente à situação profissional verificou-se uma diferença residual entre a variável e a subescala Disfunção Social relativamente ao grupo geral ($U = 175,50$; $z = -1,80$; $p = ,071$; $r = -,20$), entre os participantes que referiram estar empregados ($Mdn = 43,64$) e os participantes que se encontravam desempregados ($Mdn = 60,93$). No grupo risco não foram encontradas diferenças significativas.

No que respeita ao tipo de trabalho (e.g., baixa qualificação; alta qualificação), observamos, no grupo risco, uma relação residual com a dimensão Depressão Grave ($H = 5,24$; $p = ,073$) entre a baixa qualificação ($Mdn = 15,88$) e a média qualificação ($Mdn = 7,20$).

No que concerne ao grupo geral não foram encontradas relações significativas entre as subescalas do GHQ e o tipo de trabalho.

Relativamente às características da criança, podemos observar, na Tabela 6.11, associações positivas entre a idade da criança e as subescalas Sintomas Somáticos, Disfunção Social e GHQ Total, relativamente ao grupo risco. Desta forma, os participantes de famílias com crianças mais velhas apresentavam níveis mais elevados de mal-estar psicológico, relativamente às dimensões referidas.

No que se refere ao grupo geral não foram encontradas relações com esta variável.

Tabela 6.11 Correlação da saúde mental com a idade das crianças

	Idade	
	Geral	Risco
Sintomas Somáticos	,061	,233*
Ansiedade e Insónia	,024	,158
Disfunção Social	-,063	,379***
Depressão Grave	,126	,144
GHQ Total	,049	,256**

Nota. * $p < ,10$; ** $p < ,05$; *** $p < ,01$.

No que concerne ao sexo da criança é de referir a existência, no grupo geral, de diferenças significativas entre as médias ($F(1,87) = 4,05$; $p = ,047$; $\eta^2 = ,05$), relativamente à subescala Sintomas Somáticos, com os rapazes a apresentarem valores mais elevados ($M = 4,62$; $DP = 3,31$) do que as raparigas ($M = 3,45$; $DP = 2,12$). No grupo de risco estas diferenças não foram significativas.

No que respeita à relação da saúde mental com as características familiares das duas amostras, não foram observadas diferenças significativas entre as diversas dimensões do GHQ e a situação de convivência (e.g., casado; separado; viúvo) e a estrutura familiar (i.e., monoparental; biparental).

Face ao tipo de família (e.g., nuclear; reconstruída), podemos observar, na Tabela 6.12, diferenças significativas, no grupo risco, entre as diferentes dimensões do GHQ, verificando-se médias mais elevadas nas famílias monoparentais e nucleares relativamente às famílias reconstruídas. Na dimensão Ansiedade e Insónia não foram observadas diferenças significativas.

Tabela 6.12 Comparação de médias e desvio-padrão nas dimensões Sintomas Somáticos, Disfunção Social, Depressão Grave e GHQ Total, em função do tipo de família, no grupo risco (Teste Kruskal-Wallis)

	Monoparental (n = 23)		Nuclear (n = 23)		Reconstruída (n = 19)		H	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Sintomas Somáticos	7,04	4,88	6,70	4,17	3,89	3,59	6,85	,033
Disfunção Social	5,83	2,67	7,17	3,16	5,26	2,02	4,85	,088
Depressão Grave	4,61	4,82	6,22	6,49	2,11	3,98	6,56	,038
GHQ Total	25,13	13,68	27,48	16,46	16,79	8,85	6,13	,047

No que diz respeito à estabilidade familiar, não foi possível analisar as diferenças no grupo geral em função de 100% dos participantes ter reportado estabilidade familiar. No grupo risco verificamos que existem diferenças significativas

na dimensão Disfunção Social ($U = 84,00$; $z = -1,65$; $p <,050$; $r = -,20$), entre os participantes que referiram estabilidade familiar ($Mdn = 31,90$) e os participantes que relataram ter existido alterações recentes no agregado familiar ($Mdn = 46,20$).

Relativamente à relação da saúde mental com as variáveis da constituição do agregado familiar não constatamos diferenças estatisticamente significativas entre o número de elementos do agregado familiar, o número de menores de 18 anos no lar e a existência de família extensa na habitação e as diversas dimensões do GHQ, em ambas as amostras.

No que respeita ao número de filhos (Tabela 6.13), verifica-se uma relação positiva com as subescalas Ansiedade e Insónia, Depressão Grave e GHQ Total relativamente ao grupo geral, e a existência de uma relação positiva com a subescala Disfunção Social para o grupo risco.

Por sua vez, relativamente ao número de menores de 14 anos no lar, observamos, ainda na Tabela 6.13, uma relação negativa com a Depressão Grave e com o GHQ Total, no grupo risco, não sendo verificadas correlações no que concerne ao grupo geral.

Tabela 6.13 Correlação da saúde mental com o número de filhos e com o número de menores de 14 anos no lar, em ambas as amostras

	Número Filhos		Menores 14 anos	
	Geral	Risco	Geral	Risco
Sintomas Somáticos	,123	,113	-,092	-,149
Ansiedade e Insónia	,226**	-,033	,098	-,195
Disfunção Social	,125	,270**	,012	,039
Depressão Grave	,182*	-,055	,014	-,269**
GHQ Total	,212**	,056	,007	-,208*

Nota. * $p <,10$; ** $p <,05$; *** $p <,001$.

De acordo com a Tabela 6.14, verificamos a existência, no grupo risco, de relações negativas estatisticamente significativas, entre o rendimento familiar e as subescalas Sintomas Somáticos, Depressão Grave e GHQ Total.

Relativamente ao grupo geral não foram detetadas relações significativas entre qualquer uma das subescalas e o rendimento familiar.

Tabela 6.14 Correlação da saúde mental com o rendimento familiar dos participantes

	Rendimento	
	Geral (n = 77)	Risco (n = 64)
Sintomas Somáticos	,024	-,234*
Ansiedade e Insónia	,043	-,162
Disfunção Social	-,009	-,207
Depressão Grave	,007	-,208*
GHQ Total	,029	-,250**

Nota. * $p <,10$; ** $p <,05$; *** $p <,001$.

No que respeita à relação entre o GHQ e os níveis de pobreza (i.e., não pobre; pobreza moderada; pobreza severa), observamos uma relação significativa no grupo geral relativamente à subescala Ansiedade e Insónia [$F(1,75) = 3,72$; $p = ,058$; $\eta^2 = ,05$].

No grupo risco não foram encontradas relações significativas entre o bem-estar psicológico e os níveis de pobreza.

De modo a verificar as diferenças do bem-estar psicológico entre as duas amostras relativamente à idade dos participantes, nível de estudos e ao tipo de família, procedemos a uma análise de variância multivariada (MANOVA), a qual revelou, usando a estatística de Wilks, a existência de diferenças significativa entre os dois grupos ($\Lambda = 0,89$, $F(4,146) = 4,48$, $p = ,002$; $\eta^2 = ,11$), assim como diferenças ao nível da idade do participante ($\Lambda = 0,93$, $F(4,146) = 2,78$, $p = ,029$; $\eta^2 = ,07$).

As anovas subsequentes mostram que os grupos geral e risco diferem significativamente entre si nas dimensões Sintomas Somáticos, Ansiedade e Insónia, Depressão Grave e no GHQ Total (Tabela 6.15).

Relativamente à variável idade, os resultados indicam a presença de diferenças significativas, no grupo risco, no que respeita à subescala Sintomas Somáticos ($F(2,62) = 3,11$; $p = ,051$), verificando-se valores mais elevados na classe superior a 42 anos ($M = 8,31$) do que nas classes 37-41 anos ($M = 5,53$) e inferior a 36 anos ($M = 5,14$).

Tabela 6.15 Comparação da saúde mental entre grupo geral e grupo risco

	<i>F</i>	$\eta^2_{parcial}$	Geral		Risco	
			<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Variáveis de controlo						
Idade	2,78*	,07				
Nível de estudos	2,15	-				
Tipo de família	1,61	-				
Grupo Geral/Risco	4,48**	,11				
Sintomas Somáticos	7,12**		4,00	2,79	6,00	4,44
Ansiedade e Insónia	10,42**		4,64	3,48	6,94	4,69
Disfunção Social	0,95					
Depressão Grave	14,81***		0,85	1,45	4,45	5,45
GHQ Total	13,13***		15,52	7,29	23,52	14,12

Nota. * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$.

6.3 Caracterização dos níveis de stresse parental

Na Tabela 6.16, podemos observar diferenças estatisticamente significativas, de efeito moderado, entre as duas amostras em estudo, na escala de Stresse Parental Total ($F = 23,4$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,13$) com resultados mais elevados no grupo risco (Geral: $M = 67,87$; Risco: $M = 82,75$).

Ao nível das subescalas, o grupo risco obtém resultados significativamente mais elevados no *Distress Parental* (Geral: $M = 23,56$; Risco: $M = 30,74$) e na Criança Difícil (Geral: $M = 22,91$; Risco: $M = 28,95$).

No que concerne à subescala Interação Disfuncional Pais-Criança, não foram verificadas diferenças significativas entre os dois grupos ($F = 2,51$; $p = ,115$).

Tabela 6.16 Características dos níveis de stresse parental (PSI) e das suas subescalas

	Geral		Risco		<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
	(N = 89)		(N = 65)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Stresse Parental Total	67,87	13,95	82,75	24,04	23,40	,000	,13
<i>Distress Parental</i>	23,56	6,30	30,74	9,20	33,04	,000	,18
Interação Disfuncional Pais-Criança	21,39	4,81	23,06	8,18	2,51	,115	<i>ns</i>
Criança Difícil	22,91	5,88	28,95	10,93	19,51	,000	,11

Nota. *ns* = não significativo

Através da Tabela 6.17 observamos que todas as dimensões do PSI-SF se encontram positiva e significativamente relacionadas nas duas amostras, oscilando entre 0,46 e 0,89.

Tabela 6.17 Coeficiente de correlação de Pearson entre as subescalas do PSI-SF

	1	2	3	4
1. <i>Distress</i> Parental	-	,493***	,461***	,815***
2. Interação Disfuncional Pais-Criança	,526***	-	,589***	,815***
3. Criança Difícil	,465***	,750***	-	,833***
4. PSI Total	,773***	,883***	,888***	-

Nota. As correlações com os participantes do grupo Geral (N = 89) encontram-se apresentadas acima da diagonal, e as correlações com os participantes do grupo Risco (N = 65) encontram-se apresentadas abaixo da diagonal. PSI-SF (Índice de Stresse Parental – versão reduzida).

*** $p < ,001$.

De modo a analisarmos as diferenças de stresse parental entre os dois grupos, procedemos a uma análise exploratória dentro de cada subescala, relativamente às pontuações obtidas, considerando como pontos de corte os percentis 20 e 85. Estes percentis encontram-se associados a comportamentos parentais disfuncionais, nomeadamente através do descomprometimento do papel parental e consequente diminuição da vigilância parental (i.e., percentil 20) ou através do aumento de interações negativas (i.e., percentil 85) (Abidin, 1992).

Através da Figura 6.14 podemos verificar que, no grupo risco, 36,92% dos participantes apresentam elevados níveis de stresse associado a características parentais enquanto 15,38% apresentam níveis bastante baixos. Relativamente ao grupo geral, observamos que 34,83% da amostra pontua abaixo do percentil 20 e 6,74% apresenta níveis elevados de stresse nesta subescala.

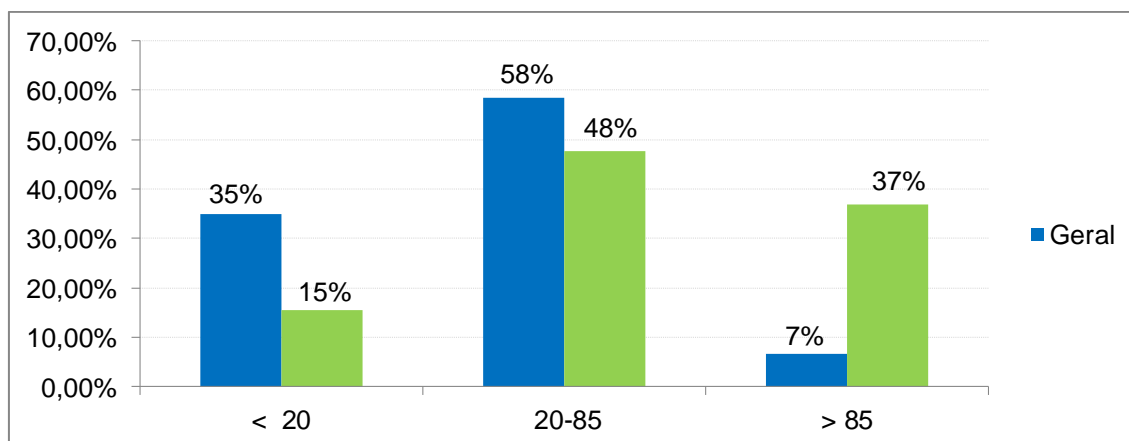


Figura 6.14 Comparação da subescala Disfunção Parental entre os participantes

No que diz respeito à Interação Disfuncional Progenitor-Criança (Figura 6.15), verificamos que 30,77% dos participantes do grupo risco referem elevados níveis de stresse relativo à interação com a criança, sendo que 10,77% pontuam abaixo do nível normal. Relativamente ao grupo geral observamos que 17,98% se encontram com elevados níveis de stresse parental e 4,49% apresentam valores abaixo do percentil 20.

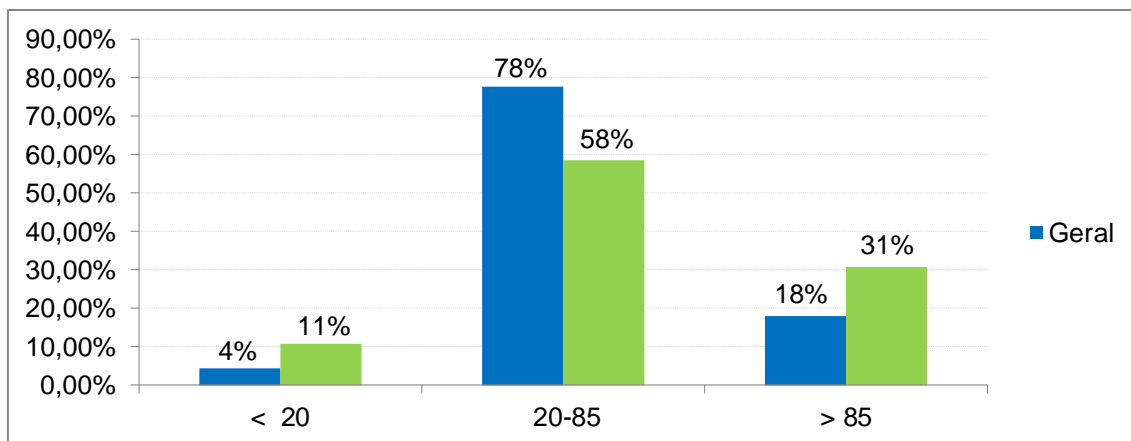


Figura 6.15 Comparação da subescala Interação Disfuncional Progenitor-Criança entre os participantes

De acordo com a Figura 6.16, apuramos que 32,31% dos participantes do grupo risco reportaram elevados níveis de stresse associado aos comportamentos da criança, enquanto 20% apresentam valores abaixo dos níveis normais. No que respeita ao grupo geral verificamos que 32,58% dos participantes se encontra no percentil 20 ou abaixo enquanto 3,37% apresentam elevados níveis de stresse.

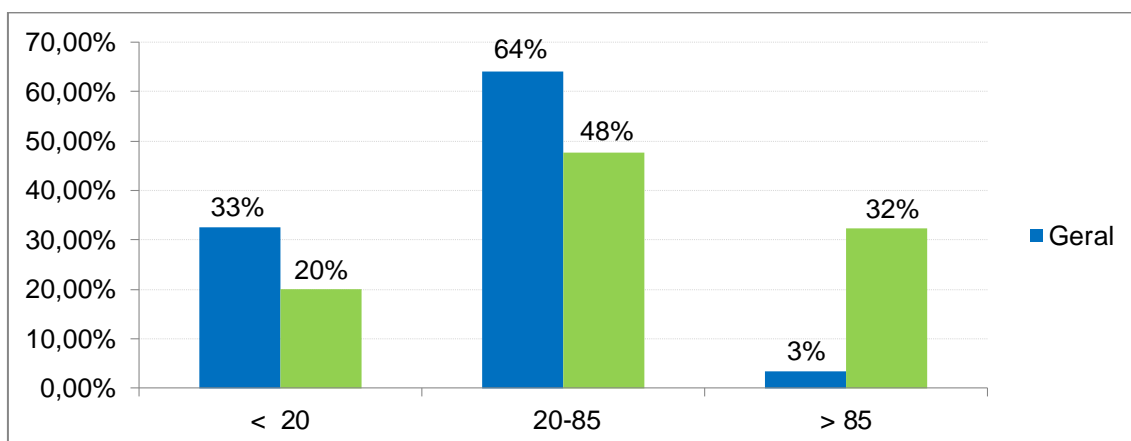


Figura 6.16 Comparação da subescala Criança Dificil entre os participantes

Relativamente à escala Total (Figura 6.17), verificamos que, no grupo risco, 13,85% dos participantes apresentam um nível de stresse parental localizado no percentil 20 ou abaixo, 46,15% possuem um nível adequado de stresse parental e 40% encontram-se com elevados níveis de stresse parental.

No que respeita ao grupo geral, observamos que 32,58% pontuou no percentil 20 ou inferior, 56,18% apresentam adequados níveis de stresse parental e 11,24% encontram-se acima do percentil 85.

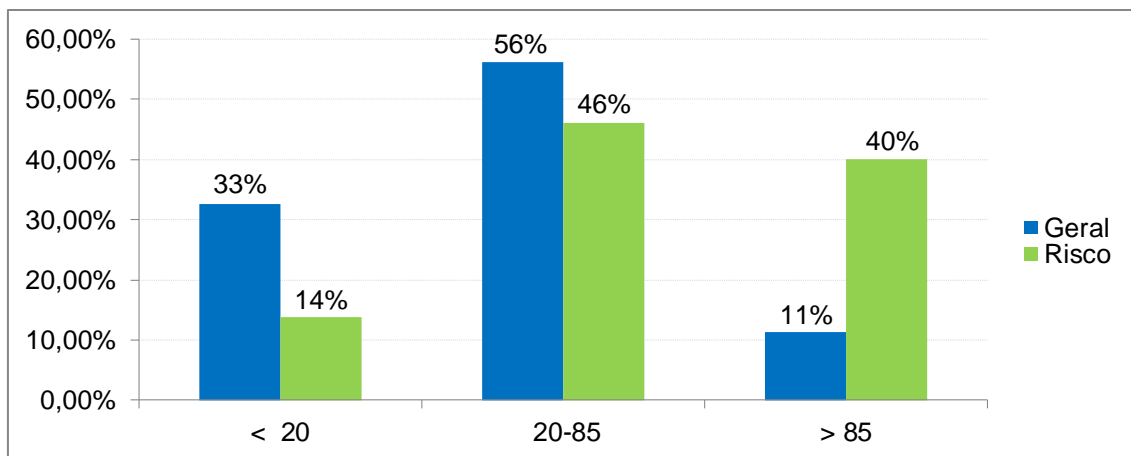


Figura 6.17 Comparação da escala Total entre os participantes

Ao analisarmos a relação do stresse parental com as variáveis sociodemográficas e familiares dos participantes das duas amostras, verificamos, no grupo risco, a existência de diferenças significativas, de pequeno efeito, nas subescalas Criança Difícil e PSI Total em função do estatuto de imigrante (Tabela 6.18). Relativamente ao grupo geral não foram observadas diferenças estatisticamente significativas.

Não se observaram diferenças significativas nas restantes variáveis sociodemográficas (i.e., idade, sexo e escolaridade).

Tabela 6.18 Comparação de medianas dimensões Criança Difícil e PSI Total, no grupo risco, em função do estatuto de imigrante (Teste de Mann-Whitney)

	Nacional (n = 55)	Imigrante (n = 10)	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
	<i>Mdn</i>	<i>Mdn</i>				
Criança Difícil	34,86	22,75	172,50	-1,87	,062	,24
PSI Total	34,67	23,80	183,00	-1,67	,094	,22

No que concerne à situação profissional (i.e., empregado; desempregado) não se verificam relações significativas com o stresse parental, em ambas as amostras.

Relativamente ao tipo de trabalho observamos, no grupo risco, a existência de diferenças residuais na subescala Criança Difícil [$H(2) = 5,250$; $p = ,072$]. Os resultados indicam valores de stresse mais elevados nos participantes que possuem trabalhos de baixa qualificação ($Mdn = 16,03$) relativamente aos participantes com alta qualificação ($Mdn = 6,25$) ou com média qualificação ($Mdn = 9,90$). No que se refere ao grupo geral não foram verificadas diferenças significativas.

No que se refere à relação dos níveis de stresse com as características da criança (Tabela 6.19) podemos observar, no grupo geral, a existência de uma relação

positiva significativa, de pequeno efeito, entre a subescala PSI Total e a idade da criança.

Relativamente ao grupo risco, verificamos a existência de relações positivas e significativas, de efeito moderado, entre a idade da criança-alvo e as subescalas Interação Disfuncional e PSI Total, e de pequeno efeito com a dimensão Criança Difícil.

Tabela 6.19 Correlação do stresse parental com a idade das crianças

	Idade	
	Geral	Risco
<i>Distress Parental</i>	-,174	,170
Inter. Disfuncional Pais-criança	-,112	,276**
Criança Difícil	-,162	,212*
PSI Total	-,185*	,255**

Nota. * $p <,10$; ** $p <,05$; *** $p <,01$.

No que respeita ao nível de stresse relacionado com o sexo da criança (Tabela 6.20), verificámos que no grupo risco todas as subescalas apresentam diferenças significativas entre as médias desta variável, sugerindo que famílias com crianças do sexo masculino apresentam níveis mais elevados de stresse. No grupo geral estas diferenças não foram significativas.

Tabela 6.20 Comparação de médias nas diferentes dimensões do PSI-SF, no grupo risco, em função do sexo das crianças (Anova)

	Rapaz (n = 40)		Rapariga (n =25)		<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
<i>Distress Parental</i>	32,40	9,15	28,08	8,80	3,53	,065	,06
Interação Disfuncional	24,55	8,64	20,68	6,90	3,58	,063	,06
Criança Difícil	31,03	11,64	25,64	8,94	3,90	,053	,06
PSI Total	87,98	24,18	74,40	21,74	5,23	,026	,08

No que respeita às diferenças do stresse parental em função das características familiares, verificamos, relativamente à estrutura familiar diferenças significativas entre famílias monoparentais (*Mdn* = 59,68) e biparentais (*Mdn* = 42,93) em função da subescala *Distress Parental* no grupo geral ($U = 267,50$; $p =,043$).

No que concerne ao grupo risco, podemos observar, através da Tabela 6.21, que as famílias monoparentais apresentam, com exceção da subescala Interação Disfuncional, níveis mais elevados de stresse parental comparativamente com as famílias biparentais.

Tabela 6.21 Comparação de medianas nas diferentes dimensões do PSI-SF, no grupo risco, em função da estrutura familiar (Teste de Mann-Whitney)

	Biparental (n = 42)	Monoparental (n =23)	U	z	p	r
	Mdn	Mdn				
Distress Parental	28,18	41,80	280,50	-2,78	,005	-,34
Interação Disfuncional	31,12	36,43	404,00	-1,09	ns	ns
Criança Difícil	30,02	38,43	358,00	-1,72	,086	-,21
PSI Total	28,81	40,65	307,00	-2,42	,016	-,30

Nota. ns = não significativo.

No que concerne ao tipo de família observam-se diferenças significativas, através dos testes de comparações múltiplas *a posteriori* Games-Howell, nas famílias em risco psicossocial, relativamente à subescala *Distress Parental* [$F(2,62) = 7,72$; $p = ,001$; $\eta^2 = ,25$] entre as famílias reconstruídas ($M = 24,79$; $DP = 5,64$), as nucleares ($M = 31,52$; $DP = 10,53$) e as monoparentais ($M = 34,87$; $DP = 7,75$), assim como à escala Total [$F(2,62) = 4,11$; $p = ,021$; $\eta^2 = ,13$] entre as famílias reconstruídas ($M = 71,37$; $DP = 14,53$) e as monoparentais ($M = 91,74$; $DP = 24,67$).

Relativamente ao grupo geral não foram observadas diferenças significativas entre as médias.

Através da comparação de médias entre o stresse parental e a estabilidade familiar, observamos diferenças significativas de pequeno efeito no grupo risco relativamente à subescala *Distress Parental* ($U = 80,50$; $z = -1,71$; $p = ,087$; $r = -,21$), sendo de referir a existência de níveis de stresse mais elevados em famílias sem estabilidade familiar ($Mdn = 46,90$) comparativamente com as que referem possuir estabilidade ($Mdn = 31,84$).

No que respeita ao grupo geral, não nos foi possível analisar a diferença de médias entre as duas variáveis pois o grupo respondeu a 100% que possuía estabilidade familiar.

No que se refere à relação do stresse parental com as variáveis da constituição do agregado familiar, nomeadamente o número de elementos do agregado familiar, o número de filhos e a existência de família extensa, não foram observadas relações significativas em ambos os grupos.

Através da Tabela 6.22, podemos no entanto verificar relações negativas significativas, no grupo risco, entre o *Distress Parental* e o número de menores de 14 e de 18 anos no lar, e entre o PSI Total e o número de menores de 14 anos no agregado.

Relativamente ao grupo geral não se observam relações significativas entre as variáveis.

Tabela 6.22 Correlação do stresse parental com variáveis do agregado familiar dos participantes

	Menores 18 anos		Menores 14 anos	
	Geral	Risco	Geral	Risco
<i>Distress Parental</i>	-,017	-,262**	-,054	-,342***
Inter. Disfuncional Pais-criança	-,072	-,083	-,117	-,156
Criança Díficil	,016	-,010	,030	-,067
PSI Total	-,026	-,133	-,052	-,215*

Nota. * $p <,10$; ** $p <,05$; *** $p <,01$.

No que respeita à correlação entre o stresse parental e o rendimento familiar dos participantes (Tabela 6.23), podemos observar a existência de relações negativas significativas com as subescalas *Distress Parental*, *Criança Díficil* e *PSI Total*, no grupo risco. Relativamente ao grupo geral não se verificam relações significativas com nenhuma das subescalas.

Tabela 6.23 Correlação do stresse parental com o rendimento familiar dos participantes

	Rendimentos	
	Geral (n = 77)	Risco (n = 64)
<i>Distress Parental</i>	,003	-,263**
Inter. Disfuncional Pais-criança	,100	-,144
Criança Díficil	-,014	-,209*
PSI Total	,030	-,249**

Nota. * $p <,10$; ** $p <,05$; *** $p <,01$.

No que concerne à correlação entre o stresse parental e os níveis de pobreza, não foram observadas relações significativas com nenhuma das amostras.

Através de uma análise de variância multivariada (MANOVA), procedemos à verificação da existência de diferenças do stresse parental entre as duas amostras relativamente ao sexo da criança, idade da criança e ao tipo de família.

Os resultados multivariados, revelaram a existência de diferenças significativa entre os dois grupos ($\Lambda = 0,82$, $F(3,147) = 11,05$, $p = ,000$; $\eta^2 = ,19$), assim como

diferenças ao nível do tipo de família do participante ($\Lambda = 0,92$, $F(3,147) = 4,13$, $p = ,008$; $\eta^2 = ,08$). As anovas subsequentes mostram que os grupos geral e risco diferem significativamente entre si nas dimensões *Distress Parental*, *Criança Difícil* e no *PSI Total* (Tabela 6.24).

Relativamente à variável tipo de família, os resultados indicam a presença de diferenças significativas, no grupo risco, no que respeita à subescala *Distress Parental* ($F(1,63) = 7,97$; $p = ,006$) verificando-se valores mais elevados nas famílias monoparentais ($M = 34,87$) do que nas famílias biparentais ($M = 28,48$) assim como no *PSI Total* ($F(1,63) = 5,31$; $p = ,025$), novamente com valores mais elevados nas famílias monoparentais ($M = 91,74$) do que nas famílias biparentais ($M = 77,83$).

Tabela 6.24 Comparação do stresse parental entre grupo geral e grupo risco

	<i>F</i>	$\eta^2_{parcial}$	Geral		Risco	
			<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Variáveis de controlo						
Sexo da Criança	0,81	-				
Idade da Criança	0,38	-				
Tipo de Família	3,98**	,08				
Grupo Geral/Risco	11,15***	,19				
<i>Distress Parental</i>	20,85***		23,56	6,30	30,74	9,20
Interação Disfuncional	1,08					
<i>Criança Difícil</i>	12,62***		22,91	5,88	28,95	10,93
<i>PSI Total</i>	14,45***		67,87	13,95	82,75	24,04

Nota. * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$.

6.4 Relação entre a saúde mental e o stresse parental dos participantes

Com respeito à análise correlacional entre as dimensões que compõem o bem-estar psicológico e as dimensões relacionadas com o stresse parental, os resultados indicaram que estas se associam diferenciadamente (ver Tabela 6.25). Em concreto, um nível mais elevado de stresse parental encontra-se significativo e positivamente relacionado com elevadas pontuações de mal-estar psicológico, oscilando entre 0,21 e 0,39 no grupo geral e entre 0,24 e 0,71 no grupo risco.

Tabela 6.25 Relações entre a saúde mental e o stresse parental nas famílias da população em geral e nas de risco psicossocial

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Sintomas Somáticos	-	,598 ^{***}	,525 ^{***}	,516 ^{***}	,859 ^{***}	,288 ^{***}	,289 ^{***}	,168	,301 ^{***}
2. Ansiedade e Insónia	,678 ^{***}	-	,410 ^{***}	,537 ^{***}	,882 ^{***}	,345 ^{***}	,278 ^{**}	,264 ^{**}	,363 ^{***}
3. Disfunção Social	,353 ^{***}	,408 ^{***}	-	,379 ^{***}	,640 ^{***}	,193	,367 ^{***}	,229 ^{**}	,310 ^{***}
4. Depressão Grave	,475 ^{***}	,671 ^{***}	,512 ^{***}	-	,717 ^{***}	,234 ^{**}	,209 ^{**}	,216 ^{**}	,269 ^{**}
5. GHQ Total	,792 ^{***}	,885 ^{***}	,640 ^{***}	,859 ^{***}	-	,354 ^{***}	,347 ^{***}	,272 ^{***}	,394 ^{***}
6. <i>Distress</i> Parental	,500 ^{***}	,572 ^{***}	,448 ^{***}	,707 ^{***}	,708 ^{***}	-	,493 ^{***}	,461 ^{***}	,815 ^{***}
7. Inter. Disfuncional	,238 [*]	,334 ^{***}	,325 ^{***}	,399 ^{***}	,404 ^{***}	,526 ^{***}	-	,589 ^{***}	,815 ^{***}
8. Criança Difícil	,150	,360 ^{***}	,353 ^{***}	,327 ^{***}	,362 ^{***}	,465 ^{***}	,750 ^{***}	-	,833 ^{***}
9. PSI Total	,341 ^{***}	,496 ^{***}	,443 ^{***}	,555 ^{***}	,573 ^{***}	,773 ^{***}	,883 ^{***}	,888 ^{***}	-

Nota. As correlações com os participantes do grupo Geral (N = 89) encontram-se apresentadas acima da diagonal, e as correlações com os participantes do grupo Risco (N = 65) encontram-se apresentadas abaixo da diagonal.

* p <,10; ** p <,05; *** p <,01.

De modo a analisar qual o contributo das variáveis em estudo, realizámos duas regressões lineares múltiplas hierárquicas.

Através dos resultados obtidos (Tabela 6.26) podemos observar que, no grupo geral, as variáveis idade e sexo do participante, nível de estudos, tipo de família, rendimentos e stresse parental explicam, no seu conjunto, 28% da variância do mal-estar psicológico [$R^2 = 0,281$; $F(5, 83) = 6,493$; $p = ,000$].

Tabela 6.26 Análise de regressão linear múltipla prevendo a saúde mental (grupo geral)

		GHQ Total					
	Variáveis	R ²	F	ΔR^2	ΔF	β	t
Passo 1	Controlo						1,22
	Idade do participante	,08	3,65 ^{**}	,08	3,65 ^{**}	,241	2,32 ^{**}
	Sexo do participante					-,136	-1,32
Passo 2	Efeitos principais						2,04 ^{**}
	Nível de estudos	,13	3,06 ^{**}	,05	2,35	-,224	-2,03 ^{**}
	Tipo de família					,087	0,85
Passo 3	Efeitos principais						-0,77
	Stresse Parental	,28	6,49 ^{***}	,15	17,80 ^{***}	,397	4,22 ^{***}

Nota. N = 89. * p <,10; ** p <,05; *** p <,01.

A análise dos coeficientes do modelo de regressão mostra-nos que os passos 1 e 3 revelaram-se significativos para o modelo final, pelo que a inclusão das variáveis sociodemográficas do participante, contribuiu com 8% de explicação da variância do bem-estar psicológico. A variável idade demonstra possuir uma influência significativa

para a saúde mental com uma pontuação $\beta = ,241$, aumentando o mal-estar psicológico com o aumento da Idade do participante.

Observando os indicadores consequentes ao terceiro passo, verifica-se que o stresse parental detém uma relação positiva com o bem-estar psicológico explicando 15% da sua variância, obtendo uma pontuação $t = 4,22$, $p < ,01$, aumentando o nível de mal-estar psicológico em 0,397 por cada ponto de aumento do stresse parental.

Relativamente ao grupo risco, podemos observar através dos resultados obtidos (Tabela 6.27) que, as variáveis idade e sexo do participante, nível de estudos, tipo de família, rendimentos e PSI Total explicam, no seu conjunto, 41% da variância do mal-estar psicológico [$R^2 = 0,409$; $F(5, 59) = 8,174$; $p = ,000$].

A análise individual dos contributos dos preditores mostra-nos que os passos 1 e 3 revelaram-se significativos para o modelo final, pelo que a inclusão das variáveis sociodemográficas do participante contribuiu com 12% de explicação da variância do bem-estar psicológico. Ambas as variáveis demonstram possuir uma influência significativa para a saúde mental, apresentando a variável Idade uma pontuação $\beta = ,264$, aumentando o mal-estar psicológico com o aumento da idade do participante, e a variável sexo uma pontuação $\beta = -,274$, predizendo um aumento do mal-estar psicológico para participantes do sexo feminino.

Observando os indicadores consequentes ao terceiro passo, o modelo resultou bastante significativo verificando-se que o stresse parental detém uma relação positiva com o mal-estar psicológico explicando 28% da sua variância, obtendo uma pontuação $t = 5,28$, $p < ,01$, aumentando o nível de mal-estar psicológico em 0,556 por cada ponto de aumento do stresse parental.

Tabela 6.27 Análise de regressão linear múltipla prevendo a saúde mental (grupo risco)

		GHQ Total					
	Variáveis	R ²	F	ΔR^2	ΔF	β	t
Passo 1	Controlo						1,58
	Idade do participante	,12	4,02**	,12	4,02**	,264	-2,16**
	Sexo do participante					-,274	-2,24**
Passo 2	Efeitos principais						1,42
	Nível de estudos	,13	2,25*	,02	0,54	-,142	-1,01
	Tipo de família					,052	0,42
Passo 3	Efeitos principais						-1,82*
	Stresse Parental	,41	8,17***	,28	27,84***	,556	5,28***

Nota. N = 65. * $p < ,10$; ** $p < ,05$; *** $p < ,01$.

Parte III

Capítulo 7. Discussão dos resultados

7.1 Perfil sociodemográfico e familiar dos participantes

O presente estudo teve como principal objetivo explorar e comparar as eventuais diferenças existentes entre a saúde mental e o stresse parental em famílias com menores em risco psicossocial e famílias da população em geral.

Após a análise e tratamento dos dados recolhidos, observamos que, de uma forma geral, os resultados obtidos apontam para a existência de diferenças entre os dois grupos em estudo.

Efetuada uma caracterização geral dos participantes, verificamos uma predominância do sexo feminino em ambas as amostras. Pelo facto de o sexo ser uma variável relevante quanto ao funcionamento mental e conseqüente investimento parental (Ramos & Lencastre, 2013) e, apesar de grande número de estudos com famílias em risco psicossocial recorrer a amostras exclusivas de mães (Ayala-Nunes, Lemos, & Nunes, 2014; Menéndez et al., 2012; Pérez et al. 2014), podemos constatar a existência de um crescente número de investigações que recorrem à participação de pai e mãe (Ayala-Nunes et al., 2016; Macedo, Nunes, Costa, Ayala-Nunes, & Lemos, 2013; Nunes & Ayala-Nunes, 2015), de modo a efetuar uma caracterização familiar mais ampla e fundamentada.

No que concerne ao nível educativo dos participantes, verificou-se que no grupo com características de risco predomina o nível do ensino primário incompleto (38,5%) e o ensino básico (44,6%) enquanto no grupo sem características de risco prevalece o nível médio (44,9%) e superior (29,2%). Apesar destes últimos resultados refletirem uma realidade acima da média nacional (24,9% e 20,7% respetivamente) é de salientar que, no grupo risco, os resultados encontram-se extremamente elevados para o ensino primário incompleto (2,2%), observando-se diferenças menos significativas relativamente ao ensino básico (52,2%) (PORDATA, 2016c). A alta prevalência de baixo nível educativo vai de encontro aos resultados obtidos em outros estudos anteriores com populações em risco psicossocial (Ayala-Nunes et al., 2016; Ayala-Nunes et al., 2014; Pérez et al., 2014).

Cunha e Atalaia (2014) dizem-nos que existe uma relação entre a escolarização e a situação da parentalidade, observando-se um padrão de parentalidade mais precoce junto de casais com baixa escolaridade e mais tardio nos casais com nível educativo superior. Estes dados que vão de encontro aos resultados

observados no nosso estudo, verificando-se, no grupo risco, uma média de idades mais baixa comparativamente com o grupo geral.

De acordo com os diferentes indicadores socioeconómicos estudados, as análises descritivas realizadas indicaram-nos uma situação de elevada precaridade económica no grupo em risco psicossocial. Os participantes apresentaram uma elevada taxa de desemprego (58%), comparativamente com os 12,9% verificados na região do Algarve (INE, 2016b), constatando-se que, aqueles que trabalham, exercem trabalhos com baixa qualificação (74,1%). Estes resultados encontram-se associados ao baixo nível educativo (OPSS, 2005), e em conformidade com os alcançados em outros estudos com este tipo de população (Ayala-Nunes et al., 2016; Ayala-Nunes et al., 2014; Menéndez et al., 2012). Além disso, os resultados indicaram um rendimento familiar médio de 873 euros, sendo possível identificar diferenças significativamente inferiores relativamente à média nacional das famílias portuguesas que, em 2014, foi de 1418 euros por mês (INE, 2016a), revelando que 60,9% dos participantes se encontram em situação de pobreza, concretamente 23,4% na classe pobreza moderada, 20,3% na classe pobreza alta e 17,2% na classe pobreza severa. É de realçar que a taxa de risco de pobreza em Portugal, após as transferências sociais foi, em 2015, de 19,5% (PORDATA, 2016d), verificando-se que 26,6% da população se encontra em risco de exclusão social (EAPN, 2016b).

A vulnerabilidade económica e dependência dos serviços sociais por parte das famílias portuguesas podem ser verificadas pelos valores das taxas de risco de pobreza em Portugal antes de qualquer transferência social, e que se encontra nos 47,8% da população (PORDATA, 2016d).

A caracterização económica efetuada pelo nosso estudo vai de encontro à literatura atual na área das famílias em risco. Nunes e Ayala-Nunes (2015) referem, no seu estudo com famílias algarvias, 60,4% das famílias a viver em situação de pobreza. Uma outra pesquisa de Ayala-Nunes e colaboradores (2016), num estudo comparativo entre famílias de risco de Portugal e Espanha, suportam os mesmos resultados, i.e., 61,2% e 89,5% de famílias a viver abaixo do limiar da pobreza nacional.

Comparando os dois grupos relativamente ao perfil familiar, verificou-se que a população normativa é maioritariamente casada ou vive em união de facto (86,5%), enquanto a maior parte das famílias em risco psicossocial se encontram separadas e/ou divorciadas e solteiras (70,8%). Destas, 35,4% constituem agregados monoparentais e 29,2% famílias reconstruídas, valores que se encontram significativamente mais elevados que as médias nacionais de famílias com filhos (9% e 7% respetivamente) (INE, 2013).

As famílias das duas amostras são constituídas em média por 4 elementos, apresentando valores médios um pouco mais elevados do que os verificados a nível nacional ($M = 2,6$) (INE, 2013), e cerca de dois filhos por família, sendo que a média nacional em Portugal encontra-se em 1 filho por família (INE, 2013). Os resultados do nosso estudo vão de encontro às investigações que têm sido feitas de modo a caracterizar o perfil familiar da população em risco psicossocial, verificando-se estabilidade familiar, uma elevada percentagem de famílias monoparentais e biparentais reconstruídas, tamanho do agregado moderado e número de filhos (Ayala-Nunes et al., 2016; Menéndez et al., 2012; Pérez et al., 2014). Observamos a presença minoritária de outros familiares no agregado (15,4%), resultados de acordo com os estudos de Pérez e colaboradores (2014), mas que contrariam os 23% encontrados por Menéndez, Arenas, Pérez e Lorence (2012).

7.2 Caracterização do bem-estar psicológico dos participantes

No que diz respeito à caracterização da saúde mental nas famílias com menores em risco psicossocial e nas famílias da população geral, sobressai, no presente estudo, a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras.

Relativamente à amostra da população em geral, verificaram-se pontuações ligeiramente abaixo das observadas no último estudo de validação do GHQ-28 à população portuguesa, efetuado por Pais Ribeiro e colaboradores (2015), com 384 indivíduos que frequentaram unidades de saúde no centro do país. O facto de este grupo apresentar uma média inferior à encontrada pelos autores confirma a natureza não clínica da nossa amostra.

No que respeita à população em risco psicossocial verificamos, no nosso estudo, que a média relativa ao mal-estar psicológico foi de 23,52 ($DP = 14,12$), pontuação a partir do qual os indivíduos deveriam ser referenciados para uma avaliação psicopatológica (Pais Ribeiro et al., 2015). Estes resultados sugerem uma maior suscetibilidade deste grupo quanto à doença mental.

Avaliamos o número de participantes que ultrapassaram o limite clínico neste instrumento, pelo que os dados obtidos permitiram diferenciar as duas amostras, sendo que os participantes apresentam perfis de natureza totalmente distinta. Cerca de 12,3% dos participantes do grupo normativo, manifestaram a existência de alterações no bem-estar psicológico. De acordo com estudos epidemiológicos de saúde mental, aproximadamente 15% da população, em idade ativa, possui alterações ligeiras a moderadas do estado de saúde mental (OECD, 2014), sendo que, em Portugal, essa percentagem sobe para 22,9% (Caldas de Almeida & Xavier, 2013).

No que respeita ao grupo em risco psicossocial, esta percentagem quase que quadruplica, verificando-se 41,6% dos participantes com valores sugestivos de alterações na saúde mental, evidenciando um elevado mal-estar psicológico. Valores similares ao do nosso estudo (45,8%) foram encontrados por Ayala-Nunes e colaboradores (2016), num estudo de caracterização de famílias em risco psicossocial na população portuguesa.

Com respeito à relação entre a saúde mental e as variáveis sociodemográficas e familiares, verificamos a existência de relações significativas e positivas com a idade dos participantes, quer nos participantes com idade igual ou superior a 39 anos na população geral, quer nos participantes com idade igual ou inferior a 36 anos no grupo de risco psicossocial. Estes resultados encontram-se em consonância com o observado por Caldas de Almeida e Xavier (2013), no estudo epidemiológico nacional de saúde mental, que demonstram que as faixas etárias 18-34 e 35-49 apresentam uma maior prevalência de sintomatologia depressiva e de ansiedade.

O grupo risco apresenta ainda diferenças significativas entre o sexo e a saúde mental, verificando-se que as mulheres apresentam valores mais elevados do que os homens nas subescalas Sintomas Somáticos, Depressão Grave e GHQ Total. Assim como previsto na literatura (Caldas de Almeida & Xavier, 2013; Carvalho, Andreoli, & Jorge, 2011; Ministério da Saúde, 2008; Pais Ribeiro et al., 2015) as mulheres apresentam indicadores mais elevados do que os homens na prevalência de problemas de saúde mental. Segundo Rabasquinho e Pereira (2007), estas diferenças encontram-se associadas a diferentes perturbações, com percentagens mais elevadas do sexo feminino em sintomatologia que expressa o mal-estar psicológico através da internalização, enquanto o sexo masculino expressa o seu mal-estar psicológico através de comportamentos externalizados. De facto, estes dados vão de encontro aos observados no nosso estudo, com os participantes do sexo feminino a obterem valores mais elevados na escala Total (Geral: 75%; Risco: 81,5%), nos Sintomas Depressivos (Geral: 75%; Risco: 81,8%), e nos Sintomas Somáticos (Geral: 60,7%; Risco: 75%), estes últimos justificados como sendo a externalização do sofrimento interno.

Relativamente à situação profissional, observamos uma relação negativa com a Disfunção Social no grupo normativo, sugerindo que os indivíduos que se encontram em situação de desemprego possuem valores mais elevados nesta escala. Estes resultados, embora residuais, vão de encontro aos verificados por Barros e Oliveira (2009), com 204 indivíduos desempregados e que apontam para uma correlação negativa entre o desemprego e a saúde mental do trabalhador desempregado, e ao estudo de Argolo e Araújo (2004) efetuado com duas amostras, confirmando-se uma

deterioração do bem-estar psicológico em trabalhadores desempregados relativamente ao grupo de trabalhadores ativos. Relativamente ao grupo risco não foram encontradas relações significativas, sugerindo que o conceito de desemprego possa ser percebido e vivenciado de forma diferenciada entre as nossas duas amostras, atendendo à diversidade de significados que o trabalho apresenta (e.g., constituição de identidade; forma de inserção na sociedade; meio de subsistência económica e material) (Argolo & Araújo, 2004; Barros & Oliveira, 2009).

No que respeita à relação entre o bem-estar psicológico e o tipo de trabalho, verificamos que os participantes do grupo em risco psicossocial com menores qualificações apresentam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva. Forbes, Spence, Wuthrich e Rapee (2015) verificaram que os trabalhadores com melhores qualificações relatavam melhor qualidade de vida e menos mal-estar psicológico, assim como uma maior probabilidade de se manterem ativos, mas não observaram nenhum indicador de que a baixa qualificação fosse preditor de pior saúde mental ou bem-estar psicológico. No que respeita ao grupo normativo não foram encontradas correlações significativas com esta variável, pelo que será necessário aprofundar este tema em estudos posteriores.

Relativamente ao estudo dos níveis de saúde mental com as características da criança observamos a existência de relações positivas entre a subescala Sintomas Somáticos com a variável sexo, no grupo geral, não se verificando qualquer relação significativa no grupo risco. Esta correlação positiva sugere que nos agregados familiares com filhos do sexo masculino os cuidadores apresentem uma maior variedade de sintomas somáticos. O grupo risco apresenta por sua vez correlações positivas com a idade da criança nas subescalas Sintomas Somáticos, Disfunção Social, e Saúde Mental Total. Estas interações com as variáveis sociodemográficas das crianças manifestam-se de modo distinto entre as duas amostras, sugerindo a existência de diferenças entre os grupos que influenciem os processos de interação familiar e social.

No que respeita às características familiares observámos, relativamente aos participantes do grupo risco, relações significativas entre o bem-estar psicológico e o tipo de família. Rodríguez, Camacho, Rodrigo, Martín e Máiquez (2006), no seu estudo de avaliação de risco psicossocial em famílias usuárias dos serviços sociais municipais, referem que as famílias monoparentais e biparentais diferem entre si no perfil de risco, nomeadamente com a existência de relações conjugais conflituosas e mal-estar psicológico nas famílias biparentais. Estes dados vão de encontro aos resultados obtidos no nosso estudo, verificando-se médias mais elevadas de mal-estar psicológico em famílias nucleares, do que nas monoparentais e reconstruídas. De

acordo com Anderson (2016), a monoparentalidade encontra-se ligada a uma maior vulnerabilidade psicológica, sujeita a mais problemas económicos e a menos apoio emocional no desempenho do seu papel parental, fatores associados a níveis elevados de mal-estar psicológico.

Os resultados deste estudo relativamente às variáveis de constituição do agregado familiar, revelam uma relação positiva do mal-estar psicológico com o número de filhos em ambos os grupos e com a presença de menores de 14 anos no lar no grupo em risco psicossocial.

Por fim, encontramos no grupo em risco psicossocial relações negativas entre o rendimento e as subescalas Sintomas Somáticos, Depressão Grave e Saúde Mental Total. Evidências epidemiológicas (Gresenz, Sturm, & Tang, 2001; Sareen, Afifi, McMillan, & Asmundson, 2011; WHO, 2007, 2011) demonstraram que baixos níveis de rendimentos familiares estão associados a características psicopatológicas assim como reduções nos rendimentos aumenta o risco de perturbações de humor ou relacionadas com o consumo de substâncias.

7.3 Caraterização do stresse parental dos participantes

Observámos diferenças significativas no stresse parental entre os dois grupos estudados, salientando-se que os participantes famílias com características de risco experimentam níveis de stresse parental mais elevados, alcançando quase metade da amostra, estando este especialmente associado às subescalas *Distress Parental* e *Criança Difícil*.

Os dados do presente estudo parecem apontar para que o grupo risco esteja sujeito a elevados níveis de tensão, resultantes de exigentes situações relacionadas fundamentalmente com a falta de recursos físicos e pessoais, assim como decorrentes das características da criança que, em virtude de algum atributo físico ou mental, possam estar a ser percecionadas como extremamente difíceis para o progenitor (Abidin, 1990). De facto, estes resultados estão em consonância com os apontados por outros estudos efetuados com populações em risco psicossocial. Progenitores de menores em risco psicossocial apresentam elevados níveis de stresse parental, alcançando níveis considerados clínicos em cerca de metade das amostras utilizadas (Ayala-Nunes et al., 2016; Pérez et al., 2014)

Um dado significativo do nosso estudo refere-se às características da criança-alvo nas famílias em risco psicossocial. Os níveis de stresse parental apurados foram mais elevados conforme a idade da criança ia aumentando, assim como quando se tratava de crianças do sexo masculino. Guralnik (2005) refere que as características da criança associadas às suas fragilidades podem desenvolver por si só elementos

stressores capazes de perturbar os melhores padrões de interação familiar. Collins, Madsen e Susman-Stillman (2002) complementam estes dados com a associação da fase do desenvolvimento infantil em que estas crianças se encontram, a idade escolar, e todo um conjunto de desafios colocados aos pais decorrentes do processo de maturação, das oportunidades, restrições e solicitações sociais, e da diminuição do tempo de interação com a criança.

Pérez e colaboradores (2014) corroboram a associação encontrada neste estudo entre o stresse parental e a idade da criança, mas existem poucas evidências de diferenças no stresse parental em função do sexo. A maioria dos estudos não mencionam esta relação ou os resultados demonstram não existir associações com o stresse parental (Putnick et al., 2010; Östberg & Hagekull, 2013).

Algumas características, como a monoparentalidade, a estabilidade familiar e o número de menores de 18 anos no lar, demonstraram exercer uma influência importante na alteração dos valores de stresse parental, relativamente às famílias em risco psicossocial. Estes resultados foram consistentes com outras investigações. A constância de um progenitor singular no agregado familiar revela níveis mais elevados de stresse parental do que em famílias com dois parceiros (Anderson, 2008), assim como as famílias com menor número de filhos no lar anunciam níveis de stresse parental mais elevados (Andrada, Belling, Benetti, & Rezena, 2009). Os resultados obtidos evidenciaram ainda diferenças significativas do stresse parental em função dos rendimentos, mas a ausência de associação estatisticamente significativa com os níveis de pobreza. Estes resultados encontram-se na linha de outras investigações que analisaram o stresse parental em famílias com características de risco (Pérez et al., 2014).

7.4 Relação entre a saúde mental e o stresse parental dos participantes

Relativamente ao nosso estudo, os resultados da análise dos níveis de mal-estar psicológico e de stresse parental percebidos, em função das duas amostras, indicam a existência de associações positivas, estatisticamente significativas. Estes dados vão de encontro a estudos recentes que referem a necessidade de uma mudança para uma visão mais dinâmica e transaccional da associação saúde mental-stresse parental, que inclui uma mudança na relação entre os dois fatores, assim como o efeito da saúde mental e da sua vulnerabilidade mediante a ocorrência de situações de stresse (Hammen, 2005).

Deste modo, os resultados obtidos indicaram, no que concerne à variância dos níveis de saúde mental, que o stresse parental explica em 28% a presença de mal-estar psicológico nos participantes das famílias com características de risco

psicossocial. Os nossos resultados vão de encontro aos resultados obtidos por Pérez-Padilla e Menéndez (2016) que, num estudo com 109 mães de famílias em risco psicossocial, referem o stresse parental como um preditor de sintomatologia psicológica.

Parte IV

Capítulo 8. Considerações finais

8.1 Conclusão

A presente investigação teve como principal objetivo analisar os níveis de saúde mental e de stresse parental percecionados pelos participantes.

A realização deste estudo proporcionou ainda efetuar o perfil sociodemográfico e familiar das famílias com menores em risco psicossocial através da comparação efetuada com famílias da população em geral, permitindo-nos compreender alguns aspetos relevantes associados aos contextos e situações a que as famílias carenciadas se encontram expostas e a sua influência quanto à parentalidade.

Os resultados apresentados ao longo deste trabalho permitem-nos identificar diversas conclusões quanto à caracterização do perfil sociodemográfico e familiar de famílias com menores em risco psicossocial:

1. Os participantes apresentam baixos níveis educativos, concretamente, mais de um terço possuem o ensino primário incompleto. Por outro lado, a proporção de desemprego ultrapassa metade da amostra, e aqueles que trabalham possuem empregos de baixa qualificação. Além disso, os resultados indicam uma alta percentagem dos participantes abaixo do limiar da pobreza e dependentes dos apoios sociais, colocando estas famílias em situação de grande fragilidade económica e social;
2. A maioria dos participantes pertence a famílias biparentais estáveis ao longo do tempo, no entanto verificou-se uma elevada percentagem de famílias monoparentais e reconstituídas. As famílias têm em média quatro elementos e a idade média da criança alvo ronda os sete anos;
3. O estudo dos níveis de saúde mental dos participantes indicou que quase metade da amostra apresenta elevados níveis de mal-estar psicológico, ultrapassando o ponto de corte do instrumento, com particular relevância para os sintomas de disfunção social, ansiedade e insónia, e sintomas somáticos. Relativamente às

características do perfil sociodemográfico e familiar, o indicador de saúde mental alcançou associações significativas com a idade e sexo dos participantes, idade da criança-alvo, tipo de família, número de filhos, número de menores de 14 anos no lar e rendimento familiar;

4. Os resultados verificados neste estudo, no âmbito do stresse parental, revelam que 40% dos participantes apresentam elevados níveis de stresse, situando-se a fonte de stresse associada maioritariamente ao papel de progenitor e às características da criança. No que respeita às características do perfil sociodemográfico e familiar, o stresse parental obteve associações significativas com o trabalho de baixa qualificação, idade e sexo da criança-alvo, situação de convivência, tipo de família, estabilidade familiar, número de menores de 14 e 18 anos no lar e rendimento familiar;
5. Os níveis de saúde mental e stresse parental percebidos, encontram-se associados, de modo positivo e significativo, verificando-se que os participantes com um grau elevado de sintomatologia psicológica apresentavam maiores níveis de stresse parental;
6. A análise dos preditores da saúde mental demonstrou que o sexo e a idade dos participantes explicam 12% do mal-estar psicológico e que o stresse parental alcançou, por si só, 28% da variância.

Cabe destacar que elevados níveis de stresse parental aliados a presença mal-estar psicológico encaminham para estados de precaridade psicológica muitos dos progenitores das famílias com menores em risco psicossocial.

Para finalizar, os resultados apresentados neste estudo indicam que as famílias em risco psicossocial possuem necessidades de intervenção definidas pela precaridade educacional, laboral e económica e que, de acordo com estudos efetuados com famílias que receberam intervenções de preservação e fortalecimento familiar, também possuem recursos e potencialidades que favorecem o seu próprio desenvolvimento (Menéndez et al., 2013).

Intervenções precoces, com o objetivo de reduzir o stresse parental, facilitam o funcionamento familiar ao restabelecer o equilíbrio, moderando e reduzindo os elementos potenciadores de stresse, assim como desencadeiam um processo interativo que, ao diminuir as situações stressantes, irão providenciar, aos pais, recursos necessários para minimizar futuras experiências relacionadas com o papel parental (Hayes & Watson, 2013).

8.2 Limitações

No contexto de qualquer investigação, os resultados devem sempre ter em consideração as limitações existentes.

O uso de uma amostragem pequena limita a capacidade de generalização destes resultados à população e reduz o poder da análise para detetar pequenos efeitos. Por esta razão as diferenças significativas de pequeno efeito também foram relatadas no presente estudo.

A generalização destes resultados deve ser cuidadosamente interpretada devido a um possível viés na seleção da amostra pertencente à população geral, pelo facto de termos utilizado a rede de conhecimentos sociais mais próxima de cada investigador. Esta questão poderá ser clarificada recorrendo a estudos que utilizem diversas fontes de recolha de dados assim como a uma amostragem de maiores dimensões, possibilitando destacar efeitos que não foram identificados neste estudo.

O facto de ser um estudo transversal e correlacional, não nos possibilita a demonstração de direcção de causalidade, permitindo apenas mencionar a existência de associações entre as variáveis. Estudos futuros deveriam analisar estas variáveis longitudinalmente, de modo a melhor compreender esta direcionalidade.

“Todas as famílias felizes são parecidas. As infelizes, são infelizes cada uma à sua maneira”.

Liev Tolstói (1877)

Capítulo 9. Referências Bibliográficas

- Abidin, R. (1990). Introduction to the special issue: the stresses of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19 (4), 298-301.
- Abidin, R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21 (4), 407-412.
- Abidin, R. (1995). Parenting Stress Index: Professional Manual (3. ed.). Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc. In NCTSN – The National Child Traumatic Stress Network, Parenting Stress Index, Short Form. Disponível em: <http://www.nctsn.org/content/parenting-stress-index-short-form>
- Abidin, R. (2014). *PSI - Índice de Stress Parental*. (S. V. Santos, Ed.) (2. ed.). Lisboa: Cegoc.
- Afonso, A., & Nunes, C. (2011). *Estatística e probabilidades: aplicações e soluções em SPSS*. Lisboa: Escolar Editora.
- Alarcão, M. (2002). *(Des)Equilíbrios familiares: uma visão sistémica* (2. ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5. ed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Alves, N. (2009). Novos factos sobre a pobreza em Portugal. In Banco de Portugal, *Boletim Económico - Primavera 2009*, 15 (1) pp. 125-154, Lisboa: Departamento de Estudos Económicos. Disponível em: <http://www.bportugal.pt/pt-PT/EstudosEconomicos/Publicacoes/BoletimEconomico/BEAnteriores/Paginas/default.aspx?theme=2009>
- Alves, E., & Francisco, A. (2009). Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 29 (4), 768-779.
- Anderson, C. (2016). The diversity, strengths and challenges of single-parent households. In N. Walsh (Ed). *Normal Family processes: growing, diversity and complexity* (4. ed., pp. 128-148). New York: The Guilford Press.
- Anderson, L. (2008). Predictors of parenting stress in a diverse sample of parents of early adolescents in high-risk communities. *Nursing Research*, 57(5), 340–350.
- Andrada, E., Belling, G., Benetti, I., & Rezena, B. (2009). Prontidão escolar e estresse parental. *Psicologia da América Latina*, 18, 1-9. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2009000200007
- APA - American Psychological Association (2016). *Managing stress for a healthy family*. Disponível em: <http://www.apa.org/helpcenter/managing-stress.aspx>
- Argolo, J., & Araújo, M. (2004). O Impacto do Desemprego sobre o Bem-Estar Psicológico dos Trabalhadores da Cidade de Natal. *Revista de Administração Contemporânea*, 8 (4), 161-182.

- Ayala-Nunes, L., Hidalgo, M., Jiménez, L., & Jesus, S. (2016). Psychosocial profile of spanish and portuguese family preservation users: na analysis of needs and intervention clues. *Journal of Spatial and Organizational Dynamics*, 4 (1), 81-101.
- Ayala-Nunes, L., Lemos, I., & Nunes, C. (2014). Predictores del estrés parental en madres de familias en riesgo psicosocial. *Universitas Psychologica*, 13 (2), 529-539. doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-2.pepm
- Ayala-Nunes, L., Nunes, C., & Lemos, I. (2016). Social support and parenting stress in at-risk Portuguese families. *Journal of Social Work*, 0 (0), 1-19. Publicado online a 31 de março. DOI: 10.1177/1468017316640200
- Barros, C., & Oliveira, T. (2009). Saúde Mental de Trabalhadores Desempregados. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 9 (1), 86-101.
- Barroso, R., & Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica*, 52 (1), 211-229.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child Development*, 55 (1), 83-96.
- Bennett, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Benetti, S. (2006). Conflito conjugal: impacto no desenvolvimento psicológico da criança e do adolescente. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (2), 261-268.
- Benetti, I., Vieira, M., Crepaldi, M., & Schneider, D. (2013). Fundamentos da teoria bioecológica de Urie Brofenbrenner. *Pensando Psicologia*, 9 (16), 89–99.
- Briceño-León, R. (2003). Quatro modelos de integração de técnicas qualitativas e quantitativas de investigação nas ciências sociais. In P. Goldenberg, R. Marsiglia, & M. Gomes (Org.), *O clássico e o novo* (pp. 157-183). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Buss, P., & Filho, A. (2007). A Saúde e seus determinantes sociais. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93.
- Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (2013). *Estudo epidemiológico nacional de Saúde Mental: 1º Relatório*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- Carter, B., & McGoldrick, M. (2005). Overview: the expanded family life cycle individual, family, and social perspectives. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *The expanded family life cycle individual, family, and social perspectives* (3. ed., pp. 1-26). Boston: Pearson Allyn & Bacon.
- Carvalho, H., Andreoli, S., & Jorge, M. (2011). Saúde geral: evidências de diferenças relacionadas ao sexo. *Avaliação Psicológica*, 10 (2), 173-179.
- CDSS (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais*. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal: Organização Mundial da Saúde. Disponível em:

http://www.who.int/eportuguese/publications/Reducao_desigualdades_relatorio2010.pdf

Coll, C., Marchesi, Á., & Palacios, J. (2004). *Desenvolvimento psicológico e educação - Vol.1 Psicologia evolutiva* (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Collins, W., Madsen, S., & Susman-Stillman, A. (2002). Parenting during middle childhood. In M. H. Bornstein (Ed), *Handbook of Parenting Volume 1 Children and Parenting* (2. ed., pp. 73-101). London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Commonwealth of Australia (2012). *How mental health difficulties affect children*. Disponível em: <https://www.kidsmatter.edu.au/families/about-mental-health/should-i-be-concerned/how-mental-health-difficulties-affect-children-0>

Council of Europe (2004). *Joint report by the Commission and the Council on social inclusion*. Sítio Internet: Comissão Europeia. Disponível em: http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/soc-incl/final_joint_inclusion_report_2003_en.pdf

Council of Europe (2006). Changes in parenting: children today, parents tomorrow. In *28th Conference of European Ministers responsible for Family Affairs* (CM (2006)138). Lisboa: Committee of Ministers.

Council of Europe (2008). *Eradicating violence against children: Council of Europe Actions*. Strasbourg: Council of Europe. Acedido em: <https://books.google.pt/>

Crnic, K., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting Volume 5 Practical Issues in Parenting* (2. ed., pp. 243–267). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Cronin, S., Becher, E., Christians, K., Maher, M., & Dibb, S. (2015). *Parents and stress: understanding experiences, context and responses*. St. Paul: University of Minnesota. Disponível em: <http://www.extension.umn.edu/family/cyfc/our-programs/ereview/docs/parental-stress-2015.pdf>

Cunha, V., & Atalaia, S. (2014). A evolução da conjugalidade em Portugal: principais tendências e modalidades da vida em casa. In A. Delgado & K. Wall (Coord.), *Famílias nos Censos 2011: Diversidade e Mudança* (pp. 155-175). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística e da Imprensa de Ciências Sociais.

Curtis, A. (2000). *Health psychology*. London: Routledge.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2007). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm: Institutet för Framtidsstudier. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>

Decreto-Lei n.º 147/99, de 01 de Setembro. *Lei de protecção de crianças e jovens em perigo* (versão atualizada com as alterações da Lei n.º 31/2003, de 22 de Agosto e da Lei n.º 142/2015, de 08 de Setembro). In PGDL (2016). Ministério Público: Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. Disponível em: http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=545&tabela=leis&so_miolo=

- Decreto-Lei n.º 4/2007, de 16 de Janeiro. *As bases gerais do sistema de segurança social* (versão atualizada com a alteração da Lei n.º 83-A/2013, de 30 de Dezembro). In PGDL (2016). Ministério Público: Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. Disponível em: http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2243&tabela=leis&so_miolo=
- Dessen, M., & Polonia, A. (2007). A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. *Paidéia*, 17(36). doi:10.1590/S0103-863X2007000100003
- DGS (2016). *Portugal Saúde Mental em Números – 2015. Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-saude-mental-em-numeros-201511.aspx>
- Dias, M. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica: o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139-156.
- EAPN Portugal - European Anti Poverty Network (2016a). *Indicadores sobre a pobreza: dados europeus e nacionais*. Porto: EAPN - Rede Europeia Anti-Pobreza. Disponível em: <http://www.eapn.pt/documento/531/indicadores-sobre-pobreza-dados-europeus-e-nacionais>
- EAPN Portugal - European Anti Poverty Network (2016b). *O que é que se considera por pobreza em Portugal?* Porto: EAPN - Rede Europeia Anti-Pobreza. Acedido a 24 ago. 2016. Disponível em: <http://www.eapn.pt/o-que-e-a-pobreza>
- Eurostat (2016). *Estatísticas da distribuição do rendimento*. In Eurostat Statistics Explained. Sítio Internet: Comissão Europeia. Disponível em: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Income_distribution_statistics/pt
- Faro, A., & Pereira, M. (2012). Estresse, atribuição de causalidade e valência emocional: revisão da literatura. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* [online], 64 (2), 76-92.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3. ed.). London: SAGE Publications.
- Figueira, M. (1998). Identificação de Outliers. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 12, 1-16. Disponível em www.ipv.pt/millenium/Millenium_12.html
- Fonseca, S., & Jordão, F. (2012). Adaptação e validação da Eustress Scale para professores portugueses. *Psychologica*, 57 (1), 93-112.
- Forbes, K., Spence, K., Wuthrich, V., & Rapee, R. (2015). Mental health and wellbeing of older workers in Australia. *Work, Aging and Retirement*, 1-12. doi:10.1093/workar/wav004
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

- Freitas, A., & Rodrigues, S. (2005). A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. *Anais do XII SIMPED - Simpósio de Engenharia de Produção*. Acedido em 09 ago.2016. Disponível em <https://researchgate.net/publication/236036099>
- Goldberg, D., & Hillier, V. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9 (1), 139-145. doi.org/10.1017/S0033291700021644
- 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.
- Günther, H. (2003). Como elaborar um questionário. *Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais*, Nº1, 1-15. Brasília: UnB, Laboratório de Psicologia Ambiental. Disponível em www.dcoms.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/como_elaborar_um_questionario.pdf
- Guralnick, M. (2005). Early intervention for children with intellectual disabilities: current knowledge and Future Prospects. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 313–324
- Hayes, S., & Watson, S. (2013). The impact of parenting stress: a meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 629-642.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293–319.
- Hernández, R., Fernández-Collado, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6. ed.). Mexico: McGraw-Hill Education.
- Hidalgo (2005). Transición a la maternidad y la paternidad. In M. J. Rodrigo & J. Palacios (Coords.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 161-180). Madrid: Alianza Editorial.
- Hidalgo, M., & Menéndez, S. (2003). La pareja ante la llegada de los hijos e hijas. Evolución de la relación conyugal durante el proceso de convertirse en padre y madre. *Infancia y Aprendizaje*, 26 (4), 469-483.
- Hidalgo, M., Menéndez, S., Sánchez, J., Lorence, B., & Jiménez, L. (2009). La intervención con familias en situación de riesgo psicosocial. Aportaciones desde un enfoque psicoeducativo. *Apuntes de Psicología*, 27, (2-3), 413-426.
- Hochman, B., Nahas, F., Filho, R., & Ferreira, L. (2005). Desenhos de pesquisa. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20 (2), 2-9. Disponível em www.scielo.br/pdf/acb/v20s2a02.pdf
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica* (9. ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The Social Readjustment Scale. In A. C. Mendes (Ed.), *Stress e Imunidade* (p. 29). Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.

- Hunter, C., & Price-Robertson, R. (2012). *Family structure and child maltreatment*. CFCA - Child Family Community Australia, 10. Melbourne: Australian Institute of Family Studies.
- INE (2013). *Como evoluíram as famílias em Portugal?* (20 novembro 2013). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Acedido a 24 ago.2016. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=206614582&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- INE (2016a). *Emprego e mais educação significam mais rendimento - 2015* (13 maio 2016). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Acedido a 24 ago. 2016. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=249899036&DESTAQUESmodo=2
- INE (2016b). *Taxa de desemprego estimada em 12,2% - 4.º Trimestre de 2015* (10 de fevereiro de 2016). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Acedido a 24 ago.2016. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=244562739&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Kahl, S., Stellman, L., Mulkey, L., Koch, P., Dougan, W., & Catsambis, S. (2007). Revisiting Reuben Hill's Theory of family response to stressors: the mediating role of mental outlook for offspring of divorce. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 36 (1), 5-21.
- Kanner, A., Coyne, J., Schaefer, C., & Lazarus, R. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4 (1), 1-39.
- Kerr, M. (2000). *One family's story: a primer on Bowen theory*. Washington: The Bowen Center for the Study of the Family. Disponível em: <https://www.thebowncenter.org/theory/>
- Kreppner, K. (2000). The child and the family: interdependence in developmental pathways. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 16(1), 11–22. doi:10.1590/S0102-37722000000100003
- Krieger, N. (2001). A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55, 693–700.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lindenau, J., & Guimarães, L. (2012). Calculando o tamanho de efeito no SPSS. *Revista HCPA*, 32 (3), 363-381.
- López, I. (2006). *El apoyo social de familias en situación de riesgo*. Madrid: Fundación Acción Familiar. Disponível em: <http://www.accionfamiliar.org/publicaciones/documentos-trabajo/dt2006>
- Lorence, B., Hidalgo, M., & Dekovic, M. (2013). Adolescent adjustment in at-risk families: The role of psychosocial stress and parental socialization. *Salud Mental*, 36 (1), 49–57.

- Loureiro, L., & Gameiro, M. (2011). Interpretação crítica dos resultados estatísticos: para lá da significância estatística. *Revista de Enfermagem Referência* 3 (3), 151-162.
- 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 (2), 304-312.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A., & Silveira, R. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25 (1), 65-74.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4 (1), 65-90.
- Martins, E., & Szymanski, H. (2004). A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 1(4), 63–77.
- Masten, A. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development*, 85 (1), 6-20. doi: 10.1111/cdev.12205
- Masten, A., & Gewitz, A. (2006). Vulnerability and resilience in early child development. In K. McCartney & D. Phillips (Eds.), *Blackwell handbook of early childhood development* (pp. 22-43). Carlton: Blackwell Publishing.
- Masten, A., & Reed, M. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 74-88). New York: Oxford University Press.
- McCubbin, H., & Patterson, J. (1983). The family stress process: the double ABCX model of adjustment and adaptation. In H. McCubbin, M. Sussman, & J. Patterson (Eds.; 2013). *Social Stress and the Family: Advances and developments in family stress theory and research* (pp. 7-37). New York: Routledge.
- McCubbin, H., Sussman, M., & Patterson J. (2013). *Social Stress and the Family: Advances and developments in family stress theory and research*. New York: Routledge.
- McShane, S., & Von Glinow, M. (2010). *Organizational Behavior* (5. ed.). New York: McGraw-Hill Irwin.
- Meleiro, A. (2007). O stress do professor (5. ed.), In M. Lipp (Org.) *O stress do professor* (pp. 11-28). São Paulo: Papirus Editora.
- Mendes, A. (2002). *Stress e imunidade*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Menéndez, S., Arenas, A., Pérez, J., & Lorence, B. (2012). Madres usuarias de servicios de preservación familiar: perfil sociodemográfico y evolución. *Cuadernos de Trabajo Social*, 25 (1), 193-203.
- 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 psicossocial de una muestra de los Servicios Sociales Comunitarios de la Diputación de Huelva. Huelva: Diputación de Huelva. Disponível em:

http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/10398/Familias_en_riesgo.pdf?sequence=4

- Menéndez, S., Nunes, C., Hidalgo, V., Pérez, J., Nunes, L., & Jiménez, L. (2012). Situaciones vitales estresantes y de riesgo en la trayectoria vital de madres andaluzas y portuguesas que reciben intervenciones de preservación familiar. In R. Quevedo-Blasco & V. Quevedo-Blasco, *Avances en Psicología Clínica* (pp. 390-394). Granada: Asociación Española de Psicología Conductual.
- Ministério da Saúde (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Acedido a 30 ago. 2016. Disponível em <http://www.dge.mec.pt/plano-nacional-de-saude-mental-2007-2016>
- Moreira, P., Melo, A., Pires, C., Crusellas, L., & Lima, A. (2005). *Saúde Mental: do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.
- Nelson, G., & Caplan, R. (2014). The prevention of child physical abuse and neglect: an update. *Journal of Applied Research on Children: Informing Policy for Children at Risk*, 5 (1), Art. 3, 1-49. Disponível em: <http://digitalcommons.library.tmc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1186&context=childrenatrisk>
- Nunes, C., & Ayala-Nunes, L. (2015). Famílias em risco psicossocial: desafios para a avaliação e intervenção. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 6(1), 95–108.
- Nunes, C., & Ayala-Nunes, L. (2016). Parenting sense of competence in at psychosocial risk families and child well-being. *Bórdon, Revista de Pedagogía*, 68 (2). Disponível em: <http://recyt.fecyt.es/index.php/BORDON/article/view/48589>. doi: 10.13042/Bordon.2016.48589
- Nunes, C., Lemos, I., Ayala-Nunes, L., & Costa, D. (2013). Acontecimentos de vida stressantes e apoio social em famílias em risco psicossocial. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14 (2), 313-320.
- OECD (2014). *Focus on health: Making Mental Health Count*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. Disponível em <https://www.oecd.org/els/health-systems/Focus-on-Health-Making-Mental-Health-Count.pdf>
- OPP (2011). *Evidência científica sobre custo-efectividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde*. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses. Disponível em: https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/1_evidencia_cientifica_sobre_custo_efectividade_de_intervencao_aos_psicologicas_em_cuidados_de_saude.pdf
- OPSS (2005). *Baixa qualificação associada a baixa escolaridade: uma das causas da crise actual*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Acedido a 24 ago. 2016. Disponível em <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/Baixa-qualificacao-associada-a-baixa-escolaridade-uma-das-causas-da-crise-actual.pdf>
- Östberg, M., & Hagekull, B. (2013). Parenting stress and external stressors as predictors of maternal ratings of child adjustment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54, 213-221.

- Pais-Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (1. ed.). Porto: Livpsic.
- Pais-Ribeiro, J., & 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 (001), 37–45.
- Pais-Ribeiro, J., Neto, C., Silva, M., Abrantes, C., Coelho, M., Nunes, J., & Coelho, V. (2015). Ulterior validação do questionário de Saúde Geral de Goldberg de 28 itens. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16 (3), 278-285.
- Palacios, J., & Rodrigo, M. (2005). La familia como contexto de desarrollo humano. In M. J. Rodrigo & J. Palacios (Coords.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 25-44). Madrid: Alianza Editorial.
- Pardeck, J. (1989). The Minuchin family stress model: a guide for assessing and treating the impact of marital disruption on children and families. *International Journal of Adolescence and Youth*, 1, 367-377.
- Parke, R., & Buriel, R. (2008). Socialization in the family: ethnic and ecological perspectives. In W. Damon & R. Lerner (Eds.), *Child and adolescent development: an advanced course* (pp. 95-138). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Pesce, R., Assis, S., Santos, N., & Oliveira, R. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 20 (2), 135–143. doi:10.1590/S0102-37722004000200006
- Pérez, J., Menéndez, S., & Hidalgo, M. (2014). Estrés parental, estrategias de afrontamiento y evaluación del riesgo en madres de familias en riesgo usuarias de los Servicios Sociales. *Psychosocial Intervention*, 23, 25-32.
- Pérez-Padilla, J., & Menéndez, S. (2016). El estrés parental como predictor de la sintomatología psicológica en madres de familias en riesgo. *Psicología Conductual*, 24 (1), 51-71.
- Poletto, M., & Koller, S. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 405–416. doi:10.1590/S0103-166X2008000300009
- PORDATA (2016a). *Limiar de risco de pobreza em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Acedido a 24 ago. 2016. Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Limiar+de+risco+de+pobreza-2167>
- PORDATA (2016b). *População em risco de pobreza: total e por sexo*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Acedido a 25 out. 2016. Disponível em [http://www.pordata.pt/Europa/Popula%C3%A7%C3%A3o+em+risco+de+pobreza+total+e+por+sexo+\(percentagem\)-2330](http://www.pordata.pt/Europa/Popula%C3%A7%C3%A3o+em+risco+de+pobreza+total+e+por+sexo+(percentagem)-2330)
- PORDATA (2016c). *População residente com 15 a 64 anos e 65 e mais anos: por nível de escolaridade completo mais elevado (%)*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Acedido a 24 ago. 2016. Disponível em [http://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+a+64+anos+e+65+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+\(percentagem\)-2266](http://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+a+64+anos+e+65+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+(percentagem)-2266)

- PORDATA (2016d). *Taxa de risco de pobreza: antes e após transferências sociais - Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Acedido a 24 ago. 2016. Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+risko+de+pobreza+antes+e+ap%C3%B3s+transfer%C3%A2ncias+sociais-2399>
- Portaria nº 139/2013 de 2 de abril do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Diário da República: 1ª Série, Nº 64 (2013). Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/1197978/Port_139_2013
- Pozo, P., Sarriá, E., & Méndez, L. (2006). Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista. *Psicothema*, 18 (3), 342-347.
- Pripp, A., Skreden, M., Skari, H., Malt, U., & Emblem, R. (2010). Underlying correlation structures of parental stress, general health and anxiety. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 473–479.
- Puff, J., & Renk, K. (2014). Relationships among parents' economic stress, parenting, and young children's behavior problems. *Child Psychiatry & Human Development*, 45, 712–727.
- Pumar, B., Torres, B., Rivero, A., Achúcarro, C., & Herce, C. (1996). Intervención sistémica familiar en casos de maltrato infantil. In A. Espina & B. Pumar (Eds.) *Terapia familiar sistémica: teoría, clínica e investigación* (pp. 185-216). Madrid: Editorial Fundamentos.
- Putnick, D., Bornstein, M., Hendricks, C., Painter, K., Suwalsky, J., & Collins, W. (2010). Stability, continuity, and similarity of parenting stress in European American mothers and fathers across their child's transition to adolescence. *Parenting: Science and Practice*, 10, 60–77.
- Rabasquinho, C., & Pereira, H. (2007). Género e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 25 (3), 439-454.
- Ramires, V., Passarini, D., Flores, G., & Santos, L. (2009). Fatores de risco e problemas de saúde mental de crianças. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61 (2), 1–14.
- Ramos, C., & Lencastre, M. (2013). O feminino e o masculino na etologia, sociobiologia e psicologia evolutiva: Revisão de alguns conceitos. *Psicologia*, 27 (2), 33-61.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Relvas, A., & Lourenço, M. (2001). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade. Perspectiva sistémica. In M. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 105-132). Coimbra: Quarteto Editora.
- Rodrigo, M., Máiquez, M., Martín, J., & Byrne, S. (2008). *Preservación familiar: un enfoque positivo para la intervención con familias*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Rodrigo, M., & Palacios, J. (2005). Conceptos y dimensiones en el análisis evolutivo-educativo de la familia. In M. J. Rodrigo & J. Palacios (Coords.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 44-70). Madrid: Alianza Editorial.

- Rodríguez, G., Camacho, J., Rodrigo, M., Martín, J., & Máiquez, M. (2006). Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias de servicios sociales municipales. *Psicothema*, 18 (2), 200-206.
- Rotter, J. (1990). Internal versus external control of reinforcement: a case history of a variable. *American Psychological Association*, 45 (4), 489-493.
- Rutter, M. (2005). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.). *Risk and Protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181-214). Cambridge: Press Syndicate of the University of Cambridge.
- Santos, S. (2011). Versão portuguesa do Parenting Stress Index (PSI) – Forma Reduzida: Estudo com uma amostra de mães de crianças com idade inferior a 5 anos. VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação/Evaluación Psicológica e XV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, Lisboa.
- 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 (4), 419-427. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.15. Disponível em <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=211213>
- Silberg, J., Rutter, M., Neale, M., & Eaves, L. (2001). Genetic moderation of environmental risk for depression and anxiety in adolescent girls. *British Journal of Psychiatry*, 179, 116-121.
- Scott, J. (2010). *Sociologia: conceitos-chave* (Ed. bra.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Sterling, M. (2011). General Health Questionnaires - 28 (GHQ-28). *Journal of Psysiotherapy*, 57 (4), 259.
- Szabo, S., Tache, Y., & Somogyi, A. (2012). The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark brief "Letter" to the Editor of Nature. *Stress*, 15 (5), 472-478.
- Thies, K. (2006). Resilience. In K. Thies & J. Travers (Eds.). *Handbook of human development for health care professionals* (pp. 53-76). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Wheatley, M., & Wille, D. (2009). Changes in parents' stress as their children become adolescents: a validation of the Stress Index for parents of adolescents. *Psi Chi, The International Honor Society in Psychology*, 14 (3), 121-128.
- WHO (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. In First International Conference on Health Promotion. Geneva: World Health Organization. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHO (2005). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. In 6th Global Conference on Health Promotion. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/
- WHO (2007). *Breaking the vicious cycle between mental ill-health and poverty*. Geneva: World Health Organization. Disponível em

http://www.who.int/mental_health/policy/development/1_Breakingviciouscycle_Infosheet.pdf

WHO (2011). *Impact of economic crises on mental health*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf

WHO (2013). Helsinki Statement on Health in All Policies. In *8th Global Conference on Health Promotion*. Geneva: World Health Organization. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/outcomes/en/>

WHO (2015). *Mental health*. World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/topics/mental_health/en

Vaz Serra, A. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21 (4), 261-278.

Zillmer, J., Schwartz, E., Muniz, R., & Meincke, S. (2011). Modelo bioecológico de Urie Bronfenbrenner e inserção ecológica: Uma metodologia para investigar famílias. *Texto Contexto Enfermagem*, 20 (4), 669–674.

Anexos

Anexo I Consentimento informado



Estudo sobre o bem-estar das crianças e das famílias no Algarve

Exmo.(a) Sr.(a) Encarregado(a) de Educação

Uma equipa de investigação da Universidade do Algarve está a desenvolver um estudo com o objetivo de conhecer o bem-estar das crianças e das famílias no Algarve. Pedimos a sua colaboração no preenchimento destes questionários que são parte fundamental do estudo.

Pedimos que leia as instruções e responda a todas as perguntas de forma espontânea e sincera, de acordo como aquilo que faz, sente ou pensa. Não existem respostas corretas ou erradas, o que nos interessa é a sua opinião. Por favor, responda a todas as questões com o máximo de veracidade e não deixe respostas em branco.

AGRADECEMOS DESDE JÁ A SUA COLABORAÇÃO!

Compreendo que:

- A minha participação neste estudo é inteiramente voluntária;
- Colaborando nesta investigação estou a possibilitar o avanço do conhecimento nesta área, mas que não me podem ser dadas garantias de qualquer benefício direto ou indireto pela minha participação no estudo;
- Posso recusar-me a colaborar nesta investigação, ou retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isso me traga quaisquer consequências negativas.
- Compreendo ainda que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade e a do meu filho(a) e dados confidenciais jamais poderão ser revelados em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa.

Assinatura do participante: _____