



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Determinantes da saúde mental nas famílias do interior de Portugal durante a pandemia COVID 19

Vera Lúcia Polido Gonçalves

Viseu, outubro 2021



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Determinantes da saúde mental nas famílias do interior de Portugal durante a pandemia COVID 19

Vera Lúcia Polido Gonçalves

Dissertação

5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Estudo efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Cláudia Chaves

Viseu, outubro 2021

“As famílias são mais confiantes face ao futuro (desconhecido) quando enfatizam o melhor do seu passado (conhecido)”.

(Figueiredo, 2012)

Agradecimentos

A elaboração desta dissertação de mestrado só foi possível com a colaboração e disponibilidade de diversas pessoas que contribuíram que para tal fosse possível. Desta forma quero agradecer em primeiro lugar à minha orientadora, Professora Doutora Cláudia Chaves por ter orientado esta dissertação pela disponibilidade, incentivo, confiança e por todas as partilhas e ensinamentos durante este percurso.

Agradeço à enfermeira Inês Fonseca pela disponibilidade e colaboração, neste estudo.

Agradeço a todas as famílias que se disponibilizaram a participar na realização deste estudo, pois sem elas não teria sido possível alcançar os objetivos propostos.

Agradeço à minha família pelo amor, esforço, dedicação, força e apoio incondicional que me deram todos os dias, para cumprir mais um dos meus objetivos pessoais.

Agradeço a Deus, ao universo, aos meus guias e a todos os seres de luz por iluminarem e guiarem os meus passos e assim me permitir reunir energias para alcançar mais uma meta importante na minha vida.

Aos meus filhos Duarte e Francisca, pelo tempo que dispensaram da minha presença para que a realização deste trabalho fosse possível.

Obrigada a todos aqueles que, pelo apoio e estímulo, tornaram possível a realização desta dissertação.

Muito Grata

Resumo

Introdução: A família afeta a saúde individual de cada um dos seus membros, interfere na sua dinâmica e influencia a saúde mental.

Objetivos: Avaliar o nível de saúde mental nas famílias do interior de Portugal durante a pandemia COVID 19; identificar os determinantes que interferem na saúde mental das famílias e caracterizar a influencia das relações familiares na saúde mental dos seus membros.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo e correlacional, com uma amostra de 134 indivíduos de 134 agregados familiares, idade compreendida entre 22 e 67 anos ($M=42.28$ anos ± 7.90), 77.6% dos elementos são do sexo feminino e 74.6% residem em locais urbanos.

Resultados: Na avaliação da saúde mental, revelam melhor situação em termos de laços emocionais, de perda de controlo emocional/comportamental, de distresse psicológico e de ansiedade. Revelam pior estado de saúde mental nas dimensões depressão, afeto positivo e bem-estar psicológico. Os indivíduos do sexo masculino e mais velhos, tendem a apresentar melhor saúde mental, bem como os que possuem melhores condições de vida. A qualidade do sono, a duração da atividade física e uma boa perceção do estado de saúde atual tendem a evidenciar uma melhor saúde mental. Os elementos da amostra que integram famílias nucleares tendem a revelar melhor saúde mental em termos de laços emocionais do que aqueles que pertencem a famílias monoparentais. Os indivíduos com um APGAR familiar mais elevado e com um maior suporte social tendem a apresentar melhor saúde mental.

Conclusão: A saúde mental, é influenciada pela idade, sexo, local de residência, tipo de habitação, tipo de família, APGAR familiar, suporte social, qualidade do sono, duração da atividade física e a perceção do estado de saúde. Conhecer as condições de vida, ambiente físico, social, cultural e socioeconómico das famílias é essencial para uma boa prática em enfermagem comunitária.

Palavras-chave: Saúde Mental, família, determinantes

Abstract

Introduction: Family affects the individual health of each of its members, interferes in its dynamics and influences mental health.

Objectives: To assess the mental health in families in the interior of Portugal during the COVID 19 pandemic; to identify the determining factors that interfere with the mental health of families and to characterise the influence of family relationships on the mental health of their members.

Methodology: Quantitative, descriptive, and correlational study, with a sample of 134 individuals from 134 households, age between 22 and 67 years ($M=42.28 \text{ years} \pm 7.90$), 77.6% are female and 74.6% live in urban areas.

Results: On mental health assessment, they show more positive results in terms of emotional ties, loss of emotional/behavioural control, psychological distress, and anxiety. They showed worse mental health status in terms of depression, positive affection and psychological well-being. Male and older individuals tend to have better mental health, as well as those with better living conditions. The quality of sleep, the duration of physical activity and a good perception of current health status tend to be indicators for better mental health. Participants in nuclear families tended to show better mental health in terms of emotional ties than those in single-parent families. Individuals with a higher family APGAR and with greater social support tend to have better mental health.

Conclusion: Mental health is influenced by age, gender, place of residence, type of housing, type of family, family APGAR, social support, quality of sleep, duration of physical activity and the perception of health status. Being aware of the living conditions, physical, social, cultural, and socio-economic environment of families is essential for good practice in community nursing.

Keywords: Mental health, family, determinants

Sumário

Lista de tabelas

Lista de abreviaturas e siglas

	Pág.
Introdução	19
Parte I – Fundamentação teórica	
1. Determinantes em saúde mental	25
2. Padrão familiar em Portugal	29
2.1 – A família enquanto sistema e subsistemas familiares	29
2.2 – Tipologia de família	33
2.3 – Funções da família	36
2.4 – Saúde mental e família	37
Parte II– Estudo empírico	
3. Metodologia	41
3.1 – Métodos	41
3.2 – Participantes	41
3.2.1 – Caracterização sociodemográfica da amostra	41
3.3 – Instrumento de colheita de dados	42
3.3.1 – Consistência interna das escalas	47
3.4 – Procedimentos formais e éticos	47
3.5 – Análise de dados	48
3.6 – Tratamento estatístico	49
4. Resultados	51
4.1 – Análise descritiva	51
4.2 – Análise inferencial	55
5. Discussão dos resultados	65
Conclusão	71
Referências bibliográficas	75
Anexos	
Anexo I - Parecer da comissão de ética	85
Anexo II – Instrumento de recolha de dados	87

Lista de tabelas	Pág.
Tabela 1. Algoritmo de Cotação do MHI	44
Tabela 2. AUDIT pontuações dos itens	46
Tabela 3. Consistência interna das escadas utilizadas no estudo	47
Tabela 4. Variáveis recodificadas	49
Tabela 5. Características sociodemográficas da amostra	51
Tabela 5.1. Características sociodemográficas da amostra (continuação)	52
Tabela 6. Características socioeconómicas da amostra	52
Tabela 7. Características familiares da amostra	53
Tabela 8. Características da amostra em termos de auto-perceção do estado de saúde e presença de doença crónica	53
Tabela 9. Características da amostra em termos de alimentação e atividade física	54
Tabela 10. Medidas descritivas para as variáveis saúde mental, qualidade do sono, suporte social percebido, consumo de legumes e fruta nos últimos 12 meses e distúrbios do consumo de álcool	55
Tabela 11. Correlação entre as variável saúde mental e idade	56
Tabela 12. Comparação da saúde mental em função do sexo	56
Tabela 13. Comparação da saúde mental em função do local de residência	57
Tabela 14. Comparação da saúde mental em função das habilitações académicas	57
Tabela 15. Comparação da saúde mental em função da situação religiosa	58
Tabela 16. Comparação da saúde mental em função do tipo de habitação	59
Tabela 17. Comparação da saúde mental em função do aspeto do local de residência	60
Tabela 18. Comparação da saúde mental em função do tipo de família	60
Tabela 19. Correlação entre as variável saúde mental e número de filhos	61
Tabela 20. Correlação entre as variáveis saúde mental e APGAR familiar	61
Tabela 21. Correlação entre as variáveis saúde mental, número de refeições diárias, consumo de legumes e fruta nos últimos 12 meses e distúrbios do consumo de álcool	62
Tabela 22. Correlação entre as variáveis saúde mental, qualidade do sono, frequência da prática de exercício físico e duração da atividade física	62
Tabela 23. Correlação entre as variáveis saúde mental e auto-perceção da saúde atual	63
Tabela 24. Comparação da saúde mental em função da presença crónica	63

Tabela 25.1. Correlação entre as variáveis saúde mental e suporte social	64
Tabela 25.2. Correlação entre as variáveis saúde mental e suporte social (continuação)	64

Abreviaturas e siglas

MHI - Mental Health Inventory

OMS – Organização Mundial de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

MSPSS - Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido

AUDIT - Álcool Use Disorders Identification Test

WHO - World Health Organization

Introdução

O mundo em situação de pandemia, aumentou as exigências, a preocupação dos enfermeiros em procurar e exigir que o conhecimento e as práticas sejam cientificamente validadas, sendo o seu objeto da prática profissional o ser humano e a família, em todas as dimensões e vulnerabilidades. A investigação em Enfermagem constitui um poderoso mecanismo de resposta a questões desafiantes em saúde, com o objetivo de promover a saúde, prevenir a doença e prestar cuidados e serviços à pessoa e família em diferentes contextos, ao longo do ciclo vital, com base em evidências científicas. Torna-se, assim evidente a necessidade da contínua atualização de conhecimento na profissão de enfermagem, a fim de colmatar as lacunas existentes nas diferentes áreas de prestação de cuidados, desenvolvendo estratégias de promoção de competências nas famílias para cuidarem de si e dos seus membros com vista a uma ótima saúde familiar.

A ideia que a doença mental estava associada a fenómenos míticos e a figuras paranormais atravessou séculos, por esta razão os doentes com perturbação mental eram tratados de forma desajustada e desumana, sendo isolados do seio familiar e sociedade. Com o desenvolvimento da sociedade e avanço das ciências exatas e naturais, a necessidade de tratar estes doentes dignamente, foi crescendo e foram surgindo alterações que permitiram a estes doentes ter o seu próprio estatuto e serem internados em hospitais psiquiátricos onde os tratamentos farmacológicos eram ajustados a cada tipo de perturbação, e de modo a responder às necessidades do doente e do seu contexto sociofamiliar, envolvendo vários parceiros e aproveitando os recursos existentes. Era igualmente importante promover a autonomia, o reforço das capacidades e competências das famílias de modo a que o doente pudesse ser integrado na família o mais precocemente possível. Salienta-se então aqui a importância da família na recuperação do elemento doente e assim a necessidade de apoio e participação da comunidade em todo este processo de recuperação.

De modo a apoiar todos estes desenvolvimentos, surge o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), (Ministério da Saúde, 2008), elaborado para reestruturar os serviços de saúde mental, tinha como objetivos assegurar o acesso a todas as pessoas com problemas de saúde mental; proteger os direitos humanos destas pessoas; reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações e promover a descentralização dos serviços de saúde mental, permitindo cuidados mais próximos das pessoas e facilitar uma maior participação dos utentes, famílias e comunidades, diminuindo a institucionalização.

Perante a mudança, as pessoas reagem com ansiedade e insegurança e não foi diferente quando surgiu a pandemia da COVID-19, em que o medo do desconhecido teve um impacto negativo na população e aumentou nível de stress em pessoas saudáveis e na população em geral, além de todas alterações sociais e económicas que forma também alavancadas por esta pandemia. Este cenário trouxe implicações para a saúde mental das pessoas, provocando instabilidade no seio familiar (teletrabalho, ensino em casa, gestão de tarefas domésticas e tempo em família), havendo necessidade de readaptação por parte de todos os membros da família.

No âmbito dos impactos da pandemia na saúde mental, relata-se que o isolamento social é gerador de ansiedade e stress na população, mas por si só não é considerado um fator de risco, no entanto baixos rendimentos e excesso de informação, podem desenvolver perturbações mentais. Os autores consideram que a existência de políticas públicas que apoiem financeiramente as famílias e o desenvolvimento de campanhas de prevenção e esclarecimento de dúvidas acerca da prevenção e contágio da infeção e saúde mental, irá aumentar a literacia em saúde de deste modo prevenir doença mental. Sendo a doença mental, uma das principais causas reconhecidas pela OMS, do absentismo ao trabalho, apostar numa boa saúde mental, permite que no período pós pandemia as pessoas estejam capazes de retomar as suas atividades profissionais, contribuindo para a recuperação da economia do país, (Duarte et al., 2020).

Assim reforça-se e evidencia-se o papel da enfermagem comunitária, uma vez que a maioria dos infetados com o vírus do Covid-19 não necessitam de cuidados médicos em instituições de saúde, é necessário fazer uma gestão comunitária da doença, pois é na comunidade que se intervém para reduzir os fatores de risco e se adotam comportamentos preventivos, que se controlam as cadeias de transmissão e que se encontram as infraestruturas que apoiam as pessoas em isolamento ou em quarentena, onde estão as redes de apoio social e psicológico. Então é na comunidade que se encontram as principais estruturas, recursos e comportamentos de promoção da saúde e prevenção da doença, (Correia, 2020).

A Família é o suporte do ser humano e “é o todo e partes ao mesmo tempo, assumindo características que são mais do que e diferentes da soma das partes. Não sendo as partes redutíveis ao todo e reciprocamente, qualquer alteração afetará quer as partes, quer o todo e ambos tendem a promoverem a mudança para o equilíbrio dinâmico da unidade familiar (Figueiredo, 2012, p.67). O apoio da família e da comunidade a um nível global são muito importantes. Existem diversos fatores que contribuem para a saúde mental e para que se

possa atender às necessidades dos jovens torna-se fundamental conhecer todos estes determinantes (Organized by: EUPHA Public mental health section & Chair persons: Jutta Lindert – EUPHA-PMH, Johan Bilsen – EUPHA-PMH, 2020).

Como é evidente qualquer questão de investigação surge de uma inquietação e sendo o programa de saúde mental um dos prioritários no Plano Nacional de saúde e de extrema importância em enfermagem comunitária, sem esquecer que a população está a viver uma pandemia, esta problemática da saúde mental no seio familiar, torna-se eminente e com necessidade de intervenção. Um problema deve ser percecionado com a finalidade de melhorar os cuidados prestados pelos enfermeiros à família. As questões de investigação que serviram de base a este estudo são: Qual o nível de saúde mental nas famílias do interior de Portugal durante a pandemia COVID 19? Quais os determinantes da saúde mental nas famílias do interior de Portugal durante a pandemia COVID 19?

Esta investigação, ao nível da região norte e centro de Portugal, pretende documentar os determinantes de saúde mental, as funções económicas e sociais da família, destacando o papel da saúde mental nas famílias, não menosprezando a comunidade em que está inserida. Assim estabeleceram-se como objetivos para o estudo: Avaliar o nível de saúde mental nas famílias do interior de Portugal durante a pandemia COVID 19; identificar os determinantes que interferem na saúde mental das famílias e caracterizar a influência das relações familiares na saúde mental dos seus membros. Face a estes objetivos, tornou-se pertinente desenvolver um estudo de natureza quantitativa, descritivo e correlacional sobre os determinantes da saúde mental nas famílias do interior de Portugal durante a pandemia COVID 19.

O presente estudo encontra-se estruturado em duas partes distintas. A primeira parte o enquadramento teórico, onde se efetua uma revisão da literatura relativamente à temática em questão, explanando temas como determinantes em saúde, determinantes em saúde mental e padrão familiar em Portugal. Neste capítulo, pretende-se fazer uma revisão teórica dos conceitos que se consideram relevantes para a presente investigação, bem como definições e enquadramentos mais atuais acerca da temática em estudo, determinantes de saúde mental nas famílias do interior de Portugal em período COVID 19. Esta fundamentação partirá da definição do conceito de saúde, remetendo em seguida para os temas que darão suporte teórico direto à investigação empírica, os determinantes em saúde, determinantes em saúde mental e padrão familiar em Portugal. A segunda parte contempla o enquadramento metodológico e o estudo empírico, onde se apresenta os resultados e a sua discussão. Por último, são apresentadas as conclusões do estudo e todo o referencial bibliográfico.

PARTE I - Fundamentação teórica

1. Determinantes em saúde mental

Os sistemas de saúde desempenham um papel central nas sociedades modernas ao ajudar as pessoas a manter e a melhorar a sua saúde, as alterações demográficas e sociais determinam novas necessidades em saúde para as quais urge organizar respostas adequadas, de forma personalizada, de qualidade em proximidade, focalizadas na promoção da saúde, na gestão do risco, na prevenção da doença e de acidentes, nos cuidados de (re) adaptação e de suporte (OE, 2015). A definição de saúde segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946), é um perfeito bem-estar físico mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade. Entende-se como um conceito complexo e que segundo Segre e Ferraz (1997), no contexto atual se considera como um conceito irreal, ultrapassado e unilateral, pois, o “perfeito bem-estar” é uma utopia, não se podendo definir objetivamente. A continuidade entre o psíquico e somático tem sido objeto de uma série de investigações. Se o psíquico responde ao corporal e vice-versa, fala-se, então, de um sistema onde não se delinea uma nítida divisão entre ambos.

Os conceitos de saúde mental construídos nas últimas décadas (OMS, 2001) contemplam, o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa. O funcionamento mental, é influenciado por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Numa perspetiva transcultural, a saúde mental é algo mais do que a ausência de doenças mentais. A doença mental afeta pessoas de todas as idades e causa sofrimento não só ao indivíduo portador, mas também às famílias e comunidades. A maioria das doenças mentais, podem ser diagnosticadas e tratadas de uma forma eficaz permitindo aos doentes uma vida plena e produtiva nas respetivas comunidades. Assim, existe saúde quando há desenvolvimento ótimo da pessoa no contexto em que está inserido, tendo em conta os fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ecológicos (Sequeira & Sampaio, 2020). Ou seja, é a capacidade que o indivíduo tem para estabelecer relações ajustadas com os outros, participar construtivamente com o meio e o ambiente, resolver e gerir os seus conflitos internos e investir em realizações pessoais.

Determinantes em saúde são o conjunto de fatores que, isoladamente ou combinados entre si, condicionam positiva ou negativamente o estado de saúde (Dias, 2011). Também mencionados, como conjunto de fatores pessoais, sociais, económicos e ambientais que determinam o estado de saúde de indivíduos ou populações (OE, 2015).

Nos últimos anos, foi dado aos determinantes sociais da saúde, um papel poderoso e um crescente reconhecimento na formação da saúde das pessoas. Esses fatores incluem

circunstâncias sociais e exposição ambiental, como educação, emprego, alimentação, tipo de habitação, apoio social e fatores psicossociais. Existem ainda evidências que demonstram, que a educação e o emprego têm um forte impacto na saúde das pessoas (Guo, Chen, Xu, George, Wu, et al. 2020). Os determinantes sociais e económicos podem ter relação entre várias doenças orgânicas e com a saúde mental (Alves & Rodrigues, 2010). De entre os fatores sociais e económicos que influenciam a saúde mental, salientam-se os seguintes determinantes:

- Emprego - a estabilidade laboral, tal como a satisfação no trabalho, está relacionada com melhores níveis de saúde e bem-estar. O desemprego está associado a maiores níveis de doença e mortalidade, a insegurança laboral, o receio de perder o emprego, associam-se à baixa autoestima e a sentimentos de humilhação e desespero, nas famílias onde não existe apoio social e pode levar à falta de bens essenciais(alimentação). Nesta situação pode surgir ansiedade e depressão conduzindo ao suicídio.

- Educação – diversos estudos apontam para a associação entre educação e a ocorrência de doença mental, ou seja, quanto maior o nível educacional menor o risco de desenvolver doença mental. Indivíduos com mais estudos conseguem melhores emprego e por sua vez melhores condições de habitação e inclusão social e melhor acesso aos cuidados de saúde.

- Pobreza - a pobreza traduz-se por um baixo nível socioeconómico, privação, más condições de habitação, desemprego, baixa escolarização e baixa coesão familiar, sendo que estes elementos também se associam à doença mental, constituindo fatores de risco. Este determinante condiciona o acesso aos cuidados de saúde que conduz a uma má saúde mental e física.

- Habitação – Uma habitação com boas condições proporciona ao indivíduo, bem-estar físico e mental, a qualidade da habitação está diretamente ligada ao estado socioeconómico, as pessoas com um nível socioeconómico mais baixo estão expostas a maior risco de doença seja ela física ou mental.

- Urbanização - tem sido encontrada uma associação entre viver em grandes cidades e ter um maior risco de doença mental, pois o nível de stress é mais elevado e o apoio familiar e social mais baixo, no entanto, a vivência em meios rurais isolados também pode gerar condições propícias ao desenvolvimento de perturbações mentais.

- Discriminação sexual e violência de gênero – As mulheres têm um risco duas vezes superiores de desenvolver perturbações mentais (depressão e ansiedade), em relação aos homens, seja em países desenvolvidos ou em países em desenvolvimento. Mas o fato de nos países em desenvolvimento a mulher não assumir papéis sociais bem definidos, não ter acesso à educação e pouca autonomia pode levar a episódios de violência conjugal e risco de doença mental.
- Experiências precoces/ambiente familiar – perturbações mentais das mães como consumo de álcool, drogas, depressão, stress ou estilos de vida pouco saudáveis podem ter um impacto negativo na saúde dos filhos. A interação precoce e as experiências durante a infância têm um impacto crucial na saúde mental da criança, com repercussões que se estendem até à vida adulta contribuindo como fator desencadeante de doença mental. As crianças institucionalizadas que vivem sem afeto e estimulação adequados, vivenciam mais tarde dificuldades na interação pessoal e a nível da expressão emocional, não conseguindo muitas vezes lidar com episódios de stress e situações complicadas que surgem na sua vida.
- Exclusão social e estigma - O desemprego, o racismo, a discriminação e estigmatização podem levar à exclusão social, podendo condicionar o acesso a bem essenciais com habitação, educação e outros. A falta de apoio familiar e o sentimento de incapacidade levam à pobreza e ao risco de desenvolver perturbações mentais.
- Cultura - a cultura pode condicionar o aparecimento ou perpetuar a doença mental através da geração de tipos de personalidade vulneráveis, criando papéis stressantes, promovendo interações familiares patológicas, através dos processos de aculturação, reforçando determinados comportamentos desajustados através da sua aprovação ou sancionando comportamentos mais adaptativos, ou ainda estabelecendo práticas não saudáveis e padrões rígidos de comportamento.
- Acontecimentos de vida stressante - doenças crónicas ou lesões incapacitantes, exposição a situações de catástrofe natural, constituem vivências traumáticas que produzem um impacto negativo na saúde mental, estando associados a elevado risco de depressão, ansiedade, perturbação de stress pós-traumático e suicídio.

Todas as evidências sugerem que os esforços para melhorar a saúde tem de ir além do sistema de saúde, e começar a abordar os fatores sociais e ambientais que influenciam os resultados em saúde (Guo, et al. 2020).

2. Padrão familiar em Portugal

A palavra família tem origem no vocábulo “famulus” e é etimologicamente de origem latina que significa servidor, a definição mais moderna e aproximada à definição atual só surgiu no século XVII (Leandro, 2001). Não existe uma definição universal de família, pois as pessoas definem família de acordo com a experiência que vivenciam. No tempo das sociedades caçadoras e recolectoras a estrutura da família era bastante simples e restringia-se ao grupo que realizava as tarefas em conjunto, no entanto com o passar do tempo a estrutura da família foi se tornando mais complexa até chegar ao conceito de família como um grupo social. Foram então surgindo diversas definições de família e sempre criticadas de modo construtivo pelos autores subsequentes apresentando explicações para tal.

O conceito de família pode ser entendido como um sistema constituído por subsistemas e que por sua vez está integrado em diversos sistemas. É neste contexto de família, que a pessoa inicia o desenvolvimento das suas capacidades e assim se diferencia como um ser único e social, onde aprende a reagir e a gerar respostas ao meio externo (Figueiredo, 2012). A família refere-se a dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são autodefinidos (Hanson, 2005). Também, Wright e Leahey (2009, p.48), partilham deste ponto de vista, assegurando que na definição de família o importante é o respeito pelas ideias referentes aos relacionamentos significativos e que família é "quem os seus membros dizem que são".

Em Portugal como em outros países, a família sofreu diversas transformações, quer a nível económico, social, político, da organização do trabalho, emprego, da cultura, religião e até mesmo em termos jurídicos. No entanto sabemos que o conceito de família se foi modificando, consoante as alterações que a própria estrutura de família foi sofrendo no decorrer dos anos. Estas transformações na sociedade portuguesa implicaram mudanças na estrutura e na organização familiar, ultrapassando as novas formas de famílias e aumentando a diversidade de interações conjugais, tanto nas famílias tradicionais como nas nucleares. Apesar de todas estas alterações a família mantém-se como unidade emocional e afetiva, caracterizando-se pelas suas dimensões psicológicas e social. A família é o suporte do indivíduo ao longo de todo o ciclo vital, onde se adquirem e desenvolvem todas as capacidades e competências. São espaços privilegiados de cuidados dos seus membros, tanto de suporte à vida e à saúde como promotora de energia e capacidade organizativa (Figueiredo, 2011). Representa um grupo social primário que influencia e é influenciado por outras pessoas e instituições. Estas interações estabelecem relações de intercontextualidade que se adapta e evolui ao longo do tempo (Figueiredo, 2012).

“Nos meados do século XX a questão da família, enquanto objeto de preocupação social, praticamente não se punha. A formação da família estava estritamente associada ao casamento, tal como era preconizado pelas orientações sociais e religiosas” (Leandro, 2001, p.15). Segundo a mesma autora, a família é uma instituição ancestral e universal, no entanto não deixa de estar integrada numa extrema diversidade de culturas e sociedades existentes.

2.1 - A Família enquanto sistema e subsistemas familiares

Atualmente existem diversas definições do conceito de família, “mas talvez o mais importante seja vê-la como um todo, como uma emergência dos seus elementos, o que a torna una e única” (Alarcão, 2006, p.39). No entanto, como sistema possui as mesmas propriedades dos sistemas abertos, tais como a totalidade, mas não a somatividade, ou seja, não podemos reduzir a família à soma dos seus elementos ou das suas características, pois a vida da família é mais do que a soma das vidas individuais dos seus membros (Alarcão, 2006). A vivência da família através de interações dinâmicas e que se encontram em permanente mutação, permitem definir estas interações como típicas do funcionamento de um sistema, em que os comportamentos dos seus membros são regulados como um todo (Relvas, 2006).

A família enquanto sistema deve ser vista como um todo, não esquecendo a individualidade de cada membro e como parte integrante de outros sistemas e contextos com os quais interage e evolui, como a sociedade e a comunidade em que esta se insere, sendo considerado um sistema aberto, influenciando e recebendo influências. Porém o sistema familiar faz uma gestão destas interações com o exterior “ora fechando -se ora abrindo-se, e, realizando movimentos centrípetos e centrífugos de acordo com as suas necessidades e as suas características” Alarcão (2006, p.48). Pode-se então dizer que “o sistema familiar é entendido como informacionalmente aberto e organizacionalmente fechado, ou seja, o sistema cria as suas próprias determinações e as suas próprias finalidades integrando as informações que recebe” (Alarcão, 2006, p.49). A mesma autora defende que os diferentes componentes do sistema familiar se organizam em subsistemas, dentro de cada família pode-se encontrar quatro subsistemas:

- Subsistema individual – composto pelo indivíduo pelo seu estatuto e pela função familiar e funções e papéis noutros sistemas.
- Subsistema conjugal – composto pelo marido e mulher, onde a complementaridade e a adaptação devem ser recíprocas para que haja um bom funcionamento da família. Cada elemento deste subsistema deve manter a sua individualidade e desenvolverem limites ou fronteiras para se protegerem de outros

elementos, sejam eles da família de origem ou os filhos e poderem atingir a satisfação das suas necessidades psicológicas. Este subsistema serve ainda de modelo relacional para os seus filhos, sendo vital para o seu crescimento desenvolvimento.

- Subsistema parental – deste fazem parte habitualmente os mesmos elementos do subsistema anterior, mas agora com papéis diferentes, cabe aos pais, desempenharem funções executivas, como a educação e a proteção das gerações mais novas da família. No entanto, estas funções também podem ser desempenhadas por outros elementos da família.

- Subsistema fraternal – constituídos pelos irmãos, representa um lugar de socialização e experimentação de papéis em relação ao mundo fora da família, como a escola, grupo de amigos e trabalho. Neste subsistema a criança tem a possibilidade de vivenciar o apoio mútuo, a competição, o conflito, as brincadeiras solidárias e até algum tipo de desentendimento, possibilitando assim o seu desenvolvimento das suas capacidades relacionais.

Assim a funcionalidade da família vai ser motivada pelas relações entre os seus membros e pelas relações destes com elementos externos à família. Então estas relações estão sujeitas a perturbações, tornando-se necessário analisar as transações no seio da família que formam a estrutura familiar e que são responsáveis pelos problemas das relações entre os seus elementos.

Para Nichols e Schwartz (2008), segundo o modelo estrutural de Minuchin (1982), fornece um método sistematizado de analisar as transações no seio da família numa perspectiva sistémica. Segundo os mesmos autores, os principais componentes da teoria estrutural da família são a estrutura, os subsistemas e as fronteiras. A estrutura familiar é construída a partir de sequências repetidas de interações, que são reforçadas pelas expectativas, ou seja, pelas funções de cada elemento exerce dentro do sistema familiar, estabelecendo assim, as regras das transações familiares. Estas transações definem as fronteiras dos subsistemas do sistema familiar. Estas fronteiras têm limites, mais ou menos definidos, que são determinados por padrões de transação (que se podem observar nas sequências das interações entre os membros do sistema familiar) como a flexibilidade, a hierarquia e a coesão dos subsistemas e do sistema familiar. Os impactos na estrutura familiar são tanto maiores quanto mais significativas forem as alterações das sequências das interações.

O Modelo Circumplexo, segundo Olson e Gorall (2003), é um modelo conceptual dos casais e das famílias em três dimensões centrais: coesão, flexibilidade e comunicação familiar. A coesão familiar é definida como a ligação emocional que os membros da família estabelecem entre si, esta mapeia a forma como o sistema familiar equilibra a ligação e a separação emocional entre o indivíduo e a família. A flexibilidade familiar, ou adaptabilidade familiar, diz respeito à qualidade e expressão de liderança na família, organização, funções e regras de relacionamento. Esta segunda dimensão descreve a capacidade do sistema familiar se reorganizar e dar resposta ao stress provocado pelo desenvolvimento familiar e/ou por situações extrafamiliares (como por exemplo situações de desemprego). As famílias com relacionamentos familiares equilibrados (níveis equilibrados de coesão e flexibilidade familiar), conduzem a funcionamentos familiares saudáveis, enquanto que relacionamentos familiares desequilibrados, caracterizados por níveis muito baixos ou elevados nas dimensões de coesão e flexibilidade, implicam funcionamentos problemáticos e disfuncionais.

A última dimensão do modelo, baseado em Olson e Barnes (1996) e Olson (2011), a comunicação familiar, refere-se à comunicação positiva usada por membros dos casais e sistemas familiares e é considerada como uma facilitadora das duas dimensões anteriores, então as famílias com uma boa comunicação são famílias capazes de ajustar adequadamente os níveis de coesão e flexibilidade. Os níveis de coesão extremamente baixos como acontece nas famílias desligadas, surgem associados a vínculos deficitários e baixo compromisso, enquanto níveis de coesão extremamente elevados que é característico das famílias aglutinadas implicam uma identificação elevada por parte dos elementos familiares, que conduz a grandes dificuldades na individualização. Quanto aos níveis de flexibilidade, quando estes são muito baixos como se pode visualizar no seio das famílias rígidas, é comum um exagerado controlo, uma rigidez de papéis, onde não existe espaço para negociações, nem flexibilidade para alteração das regras familiares. Em famílias consideradas caóticas, onde os níveis de flexibilidade são extremamente elevados, constata-se que existe pouca ou nenhuma liderança e não existe definição nem clarificação de papéis. Em suma, a flexibilidade e coesão são conceitos muito importantes para a compreensão do funcionamento familiar.

Ao analisarmos a família temos que ter em conta as suas dimensões, a **dimensão estrutural**, diz respeito à forma que se adquire qualidade de membro e a forma como se relaciona com os restantes elementos tendo em conta a sua posição no seio familiar; a **dimensão funcional**, esta dimensão está relacionada com a satisfação das necessidades dos membros da família sejam elas económicas, proteção, socialização das crianças ou emocional; **dimensão relacional**, caracteriza-se pelas relações afetivas entre os seus

membros; e por último a **dimensão simbólica**, nesta estão inseridos os valores, atitudes, as relações de poder ou a afirmação de um ideal de vida dos membros da família (Amaro, 2014).

Todas estas dimensões devem ser vistas e abordadas numa perspetiva dinâmica pois como sabemos a família não é estanque, está em constante evolução e todas as dimensões e relações podem sofrer alterações ou modificações com o decorrer do tempo.

2.2-Tipologia de família

Figueiredo (2012), refere que a identificação do tipo de família permite incorporar as múltiplas formas de organização da família e a diversidade inerente à sua configuração. Define **família nuclear**, como homem e mulher com um ou mais filhos biológicos ou adotados e podendo ou não ser legalmente casados; casal do mesmo sexo com um ou mais biológicos ou adotados e podendo ou não ser legalmente casados. **Família reconstruída**, casal em que pelo menos um dos elementos tenha uma relação marital anterior e um filho decorrente desse relacionamento. **Família monoparental**, constituída por uma figura parental única e presença de uma ou mais crianças, com a identificação do género da pessoa que representa a figura parental. **Família alargada**, é aquela que é constituída por três gerações ou casal ou família nuclear e outros parentes ou pessoas com outros vínculos que não são os de parentesco.

Para abordar os diversos tipos de família, que se ter em consideração, a estrutura a composição e a relação existente entre os seus elementos.

A família, segundo Caniço, Bairrada, Carvalho e Rodríguez (2010), pode ser classificada englobando a estrutura e dinâmica global, apresentando os seguintes tipos de família:

- **Família Nuclear** – Caracteriza-se por uma só união entre adultos e um só nível de descendência, pai e mãe e o(s) seu(s) filho(s) designada também de família simples.
- **Família Reconstruída** – neste tipo de família existe uma nova união conjugal, com existência (ou não) de descendentes de relações anteriores, de um ou dos dois membros do casal, pode ser ainda designada por família combinada ou recombinação.

- **Família Monoparental** – Constituída por um progenitor que coabita com o seu descendente, não mantendo relação conjugal de coabitação permanente por viuvez, separação de facto ou opção individual.
- **Família Alargada** – família em que coabitam ascendentes, descendentes, para além dos progenitores e /ou filho(s), existe uma união conjugal e podem coabitar avós, netos, tios, primos e cunhados. Este tipo de família pode também ser designada de extensa.

Relvas (2006) divide o ciclo vital da família em cinco etapas, procurando assim ajustar se à realidade das famílias atuais:

1. **Formação do casal** - Esta primeira etapa corresponde ao começo de um novo ciclo vital familiar, pois a constituição de um casal leva à formação de um novo sistema, com características próprias;
2. **Família com filhos pequenos** - A segunda etapa inicia-se com o nascimento do primeiro filho e, nesta fase de transição do ciclo familiar, o par inicial tem de fazer vários ajustes, como aprender papéis parentais e redefinir os limites com o exterior.
3. **Família com filhos na escola** - A entrada do(s) filho(s) na escola é a fase seguinte da vida familiar e representa uma abertura da família ao exterior, pois tem início a relação com um novo sistema com grande significado e solidamente estruturado.
4. **Família com filhos adolescentes** - Na evolução esperada da família segue-se a etapa da família com filhos adolescentes, momento em que o principal desafio colocado à família é a definição de um novo equilíbrio entre o individual, o familiar e o social. A adolescência é um período formativo em que os jovens podem ser especialmente vulneráveis. As mudanças físicas, emocionais e sociais, incluindo exposição à pobreza, abuso ou violência, podem tornar os adolescentes vulneráveis a problemas de saúde mental. Torna se por isso importante promover o bem-estar psicológico e proteger os jovens de experiências adversas e fatores de risco que podem afetar a sua vida adulta (Organised by: EUPHA Public mental health section & Chair persons: Jutta Lindert – EUPHA-PMH, Johan Bilzen – EUPHA-PMH, 2020).

5. **Família com filhos adultos** - Uma das principais características neste período é um aumento de saídas e entradas no sistema familiar, que ocorre após uma fase de estabilização da composição familiar, pois, para além da saída dos filhos e da entrada de genros/noras e netos, ainda há que considerar a relação com os sistemas familiares das famílias de origem dos novos elementos. Esta geração de pais tem como principal tarefa conciliar a saída dos filhos e a entrada de novos elementos, com o redefinir a relação do casal e o aprender a lidar com possíveis dependências.

Amaro (2014), caracterizou as famílias de acordo com as pessoas que a constituem: **família nuclear**, constituída pelos pais e pelos filhos solteiros e dependentes; **família extensa**, é constituída pela família nuclear e outros parentes ou núcleos familiares. Define ainda **família extensa modificada**, como o conjunto de várias famílias nucleares que mantêm relações de interajuda e apoio emocional com a família de orientação. As famílias podem ainda classificarem se relativamente á posição do individuo na família de orientação (onde o individuo nasce), ou na família de procriação (a que se constrói quando se sai da família de orientação, formando a sua própria família. O mesmo autor aborda também as novas formas de família, incluindo:

- **Família unipessoal** – constituída por uma só pessoa, seja solteira, viúva ou divorciada, este número de famílias tem vindo a aumentar com a aumento da esperança média de vida, aumento do número de divórcios e independência dos jovens solteiros.
- **Famílias recompostas** – estas resultam de uniões em que pelo menos um dos conjugues trás para o novo casamento os seus filhos dependentes, ou seja novos casamentos de pessoas divorciadas ou viúvas com filhos menores. O número deste tipo de família também tem aumentado.
- **Famílias monoparentais** – constituída por um dos pais e pelos seus filhos, estas têm origem em situações de divorcio, viuvez, uniões de fato em que houve separação ou mães solteiras. Este tipo de família surge a maioria das vezes associada a dificuldades económicas, sendo as que merecem alguma atenção por parte das políticas públicas.
- **Famílias homoparentais** - são compostas por duas pessoas do mesmo sexo com ou sem filhos, que podem viver casados ou em união de facto. Os filhos podem ser biológicos (de cada membro do casal) ou adotados.

2.3 - Funções da família

As funções da família, para Minuchin (1990), correspondem ao que a família desenvolve para sobreviver como sistema social, enquanto grupo, contribuindo simultaneamente para a sociedade. Cada família tem as suas características, pois os membros que a constituem são diferentes e tem comportamentos diferentes dentro do seio familiar, reagindo de formas diversas quando integrados na sociedade. No entanto, tem como pressuposto atingir o mesmo objetivo. Mas a definição de família não está só relacionada com o comportamento dos seus membros. Esta ultrapassa a consanguinidade e coabitação, dando-se maior valor às dimensões psicológicas e sociológicas, sendo a afetividade a característica fundamental da família (Figueiredo, 2012). A família contemporânea que é caracterizada pela convivência, assume-se como “unidade de relações dinâmicas derivada de consequentes processos de transformações que foram por elas assimiladas” (Figueiredo, 2012, p.45).

Para Figueiredo (2012) apoiada em diversos autores, as funções da família são: A **função económica**, que consiste no consumo de bens e serviços a fim de manter a viabilidade económica, mantendo a sobrevivência e o apoio económico dos membros da família. A **função reprodutiva** que contribui para a reprodução biológica e social da sociedade. A **função da nutrição, segurança e proteção**, proporcionando ainda espaço para a sexualidade e apoio mútuo dos membros da família. A **função afetiva** implica a satisfação das necessidades emocionais e estabilidade de modo a dar suporte contra pressões externas. A família tem muita importância no desenvolvimento da função afetiva nas relações pessoais e duradouras, permitindo a construção da identidade, facilitando a autorrealização pessoal promovendo a maturidade, crescimento de cada membro e da família, individualização e autonomia. A **função social** contribui para a interiorização de normas sociais pelos seus membros de modo a capacitá-los para desempenharem funções dentro da sociedade, contribuindo para a estabilização da personalidade a apoiar face às pressões exercidas pela vida social. Todos estes valores, crenças, atitudes e comportamentos desenvolvidos no seio familiar, vão influenciar a saúde de todos os seus membros e desta forma refletir o estado de saúde da própria família. Então esta promove “contextos de promoção de saúde ou de situações de doença, mantendo-se como fonte primária de prestação e transmissão de cuidados de saúde” Figueiredo (2012, p.48).

É no seio familiar que os elementos desta têm acesso a recursos físicos, psicológicos e social, além do apoio financeiro e económico. A família deve proporcionar um ambiente seguro e protegido para atender a necessidades psicológicas dos seus membros. Os conflitos familiares e o fraco vínculo familiar, quase implica comportamentos destrutivos nos jovens. Os adolescentes com um bom suporte social da família e dos seus amigos desenvolvem uma

melhor saúde mental e menos comportamentos de risco trazendo-lhe benefícios psicológicos para lidarem com situações stressantes sejam elas físicas, psicológicas ou sociais (Nemati et al., 2020).

2.4- Saúde mental e família

A família está sujeita a diversas pressões que a maioria das vezes conduzem a problemas de saúde nos diversos membros da família, como é o caso das perturbações mentais. Daí a importância de uma boa funcionalidade da família tendo em conta o equilíbrio das três dimensões já abordadas anteriormente coesão, flexibilidade e comunicação familiar. “A saúde familiar é um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui os fatores biológico, psicológico, espiritual sociológico e cultural do sistema familiar” (Hanson 2005, p.7).

Muitas vezes os problemas que surgem no seio familiar e que afetam o desenvolvimento da família e dos seus elementos individualmente, deve-se ao fato de não se definirem claramente quais são os limites e fronteiras entre o sistema familiar e os subsistemas que pertencem ao mundo extrafamiliar. Estes limites, permitem “regular a passagem de informação entre a família e o meio, assim como entre os diversos subsistemas” Alarcão (2006, p.56). Define, ainda, quem faz parte do subsistema e de que modo o faz, com o objetivo de proteger a diferenciação do sistema e dos seus membros (Alarcão, 2006).

As famílias podem ser escalonadas entre famílias emaranhadas (fronteiras difusas) e famílias desmembradas (fronteiras rígidas), tendo em conta a diferenciação e permeabilidade dos limites. As famílias emaranhadas, são aquelas que se fecham sobre si, promovendo elevados níveis de preocupação entre os seus membros, a distância entre estes é reduzida, os papéis familiares são rígidos bem como as fronteiras com o exterior, diminuindo a capacidade de adaptação e autonomia dos indivíduos. “Dadas as dificuldades vivenciadas ao nível do processo de separação-individualização, esta configuração familiar encontra-se extremamente associada a sintomas de natureza psicossomática” Alarcão (2006, p.60). O sofrimento de um dos membros da família interfere com o comportamento de todos os outros membros (Alarcão, 2006).

No polo oposto encontram-se as famílias desmembradas, onde as fronteiras com o exterior são difusas e muito rígidas no seu interior. A comunicação entre os seus membros é difícil e a proteção está diminuída, cada individuo funciona de forma individualizada, no entanto não numa verdadeira autonomia, não fazem uma adaptação social adequada e são expulsos muito cedo para a vida social. Existe muita rigidez por parte de quem desempenha

o papel parental, mas este papel é instável. O sofrimento de um dos membros da família não repercute no comportamento dos outros membros, só procuram ajuda quando os níveis de sintomatologia são elevados e demasiado evidentes (Alarcão, 2006).

O indivíduo com doença mental, está condicionado por fatores externos e internos ao seio familiar, que por sua vez condiciona o indivíduo e a relação entre todos os elementos da família. Este tipo de doença dificulta a relação do indivíduo doente com as pessoas e com o ambiente em que este está inserido. A saúde familiar “é especificada por um conjunto de particularidades associadas à maximização do potencial de saúde da família” (Figueiredo, 2012, p.68).

O sistema familiar promove estratégias que vão permitir que a família funcione enquanto unidade, mantendo a sua organização e dando resposta às necessidades individuais dos seus membros através de mudanças estruturais. Logo, a família integra a saúde de cada membro individualmente e os aspetos do funcionamento da família, então a saúde de cada elemento afeta o funcionamento familiar que por sua vez vai também influenciar a saúde de cada membro. Um equilíbrio dinâmico entre as práticas de saúde de cada elemento e o nível de saúde da família vai possibilitar uma coevolução que contribui como condição essencial para o bem-estar físico, psicológico, espiritual, social e cultural. Figueiredo (2012), afirma ainda que os determinantes de saúde familiar integram em simultâneo, aspetos relacionados com o estado de saúde dos membros da família, o estado de saúde das comunidades e os fatores que promovem a adaptação da família como sendo uma unidade funcional, evoluindo sempre numa interação recíproca e cumulativa.

A ansiedade, a depressão e o stress, fazem parte de alterações de saúde mentais que afetam o bem-estar psíquico e emocional, afetando o organismo como um todo, comprometendo o físico, o humor, o pensamento, a atenção e a concentração, variáveis que se tornam essenciais para um bom desempenho académico e ao desenvolvimento de outras atividades de aprendizagem (Morais, Nascimento, Silva & Ribeiro, 2014).

A família tem potencial para prestar cuidados ao doente com perturbação mental para construir, reconstruir e dar visibilidade às virtudes, tais como solidariedade, esperança, união, amor e reciprocidade, sendo vista como um bem fundamental para a pessoa e sociedade, permitindo ao doente mental autonomia e empoderamento para a (re)construção de si mesmos, dos seus projetos de vida, de esperança e de felicidade contribuindo para o sucesso da reinserção social (Carvalho et al., 2020).

PARTE II - Estudo empírico

3. Metodologia

Neste capítulo e tendo por base o quadro teórico elaborado nos capítulos anteriores, define-se os procedimentos metodológicos afim de dar respostas às questões que inicialmente foram formuladas, descrevendo e explicando o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem realizada, os instrumentos de colheita de dados utilizados e os procedimentos estatístico realizados.

3.1 – Métodos

Um estudo quantitativo deve ser constituído por determinadas propriedades métricas que conferem validade interna e resultados relevantes (Ribeiro, 2010).

Tipo de Estudo

Estudo de natureza quantitativa, descritivo e correlacional. A opção pelo método descritivo e correlacional deveu-se ao facto de ser o mais adequado para atingir os objetivos.

3.2 – Participantes

População e Amostra:

Com a finalidade de estudar a relação entre os determinantes de saúde mental nas famílias no interior de Portugal (relações familiares e saúde mental), estabeleceu-se como população alvo famílias de comunidades do interior de Portugal, que aceitaram participar voluntariamente após procedimentos éticos, obtenção do consentimento informado e com idade superior a 18 anos. O contacto com os participantes foi através da amostragem em bola de neve. Os participantes constituem uma amostra de 134 elementos de diferentes tipologias familiares.

3.2.1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

Os elementos da amostra tinham entre 22 e 67 anos, sendo a idade média 42.28 ± 7.90 anos. A maioria dos inquiridos, concretamente 57.5%, tinha pelo menos 41 anos e metade tinha 42 anos ou mais. Verifica-se que 77.6% dos elementos eram do sexo feminino e que 74.6% residiam em locais classificados como urbanos. Em termos de habilitações académicas, constata-se que 63.4% possuíam o Ensino Superior. A maior parte dos elementos da amostra (55.2%) declarou-se como não praticante quando questionados acerca da sua situação religiosa.

Relativamente à condição perante o trabalho, quase todos os indivíduos estavam empregados (97.0%) e as profissões mais mencionadas inseriam-se nos grupos dos técnicos e profissionais de nível intermédio (40.0%), dos trabalhadores dos serviços pessoais de proteção e segurança e vendedores e dos especialistas das atividades intelectuais e científicas.

Quanto às características socioeconómicas da amostra em estudo verificamos, que a maioria habitava em casa ou andar luxuoso / Casa ou andar bastante espaçoso (63.4%), em bom local de residência (71.6%) e tinham vencimentos certos como origem do rendimento.

Em relação ao tipo de família, verificamos que 67.9% dos inquiridos pertenciam a famílias do tipo nuclear e 54.5% tinham até um filho. Verificamos, ainda, que o APGAR familiar variou entre 0 e 10 pontos, tendo como média 8.53 ± 1.81 pontos. Metade dos elementos da amostra obteve pontuações iguais ou superiores a 9.00 pontos e a distribuição de frequências não pode ser considerada normal. A classificação das famílias permitiu-nos constatar que 87.3% integravam famílias altamente funcionais.

3.3 – Instrumentos de colheita de dados

Questionário, constituído por caracterização sociodemográfica (idade, sexo, local de residência, habilitações académicas, situação religiosa, condição perante o trabalho (empregado/desempregado), profissão, tipo de habitação, aspeto do local de residência, rendimentos familiares, tipo de família, composição do agregado familiar, forma como a família funciona (APGAR), auto-perceção do estado de saúde, Inventário de saúde mental, escala de saúde do sono, presença de doença crónica, escala multidimensional de suporte social percebido, número de refeições e frequência de consumo de fruta e legumes, consumo de álcool (AUDIT) e a atividade física (número de dias por semana que realiza atividade física e média em minutos da atividade física).

APGAR Familiar

Escala de APGAR Familiar desenvolvida por Smilkstein (1979), APGAR: A - Adaptação (Adaptation); P - Participação (Participation); G - Crescimento (Growth); A - Afeição (Affection); R – Resolução (Resolution), tem por objetivo avaliar a perceção que cada elemento tem acerca da forma como a sua família funciona. Segundo Figueiredo (2012), esta escala permite complementar a avaliação familiar que auxilia na compreensão de aspetos fundamentais do funcionamento da família e centra-se nas relações e interações emocionais,

comunicacionais e sociais entre o entrevistado e a sua família. A escala de autorresposta consiste em cinco questões que avaliam a Flexibilidade, a Parceria, o Crescimento, o Afeto e a Capacidade de Resolução. As respostas são cotadas de 0 (quase nunca) a 2 (quase sempre) e dizem respeito à satisfação do elemento com cada uma das áreas/questões. Os resultados são obtidos através do somatório das respostas de cada item, tendo em conta que uma cotação mais elevada indica uma maior satisfação com o funcionamento familiar. As pontuações podem variar entre zero a dez pontos e as famílias podem ser caracterizadas como: Família funcional (7-10) ou Família disfuncional (< 6). A Família disfuncional ainda pode ser classificada em leve (> 2 e < 7) e disfuncional grave (≤ 2), (Sousa, Figueiredo & Erdmann, 2010).

Inventário de Saúde Mental (ISM, versão portuguesa de Pais-Ribeiro, 2001)

O Inventário de Saúde Mental (MHI) de Veit e Ware (1983) é um dos instrumentos que se propõe identificar aspetos negativos e positivos da Saúde Mental; diferenciar indivíduos com mais e menos Saúde Mental; fornecer indicações para rastreio de doença mental e foi desenvolvido para aplicar à população em geral. Pais-Ribeiro adotou o *Mental Health Inventory* (MHI), para a população portuguesa, utilizando uma amostra de 609 estudantes saudáveis. Este instrumento procura avaliar a saúde mental tendo em conta perspetivas positivas e negativas. O MHI é um questionário de autorresposta, que é constituído por 38 itens, que se distribuem em cinco dimensões (Ansiedade com 10 itens, Depressão, com cinco itens, Perda de Controlo Emocional/ Comportamental, com nove itens, Afeto Positivo, com 11 itens, Laços Emocionais, com três itens), estas cinco dimensões agrupam se em duas dimensões, o **Distress Psicológico** com características negativas (incluiu as subescalas Ansiedade, Depressão e Perda de controlo Emocional/Comportamental) e o **Bem-estar Psicológico** com características positivas (incluiu as subescalas Afeto Geral Positivo e Laços Emocionais). A resposta a cada item é realizada através de uma escala ordinal que pode ter cinco ou seis posições. O score resulta do somatório dos valores brutos dos itens que compõem cada dimensão acima referida, em que alguns itens são cotados de modo invertido. Cotação do MHI, quando a resposta estiver assinalada na casa mais à esquerda será atribuída a pontuação seis, e na casa mais à direita a pontuação um. Os itens 2, 3, 9, 11, 13, 15, 16, 19, 20, 21, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 35, 36, 38, deverão ser cotados de modo invertido (ou seja, se assinalar na casa mais à esquerda será atribuída a pontuação um, e se assinalar na casa mais à direita a pontuação seis). Então, a pontuações mais elevados corresponde mais saúde mental (menos ansiedade, depressão e perda de controlo emocional, e mais afeto positivo e laços emocionais). Algoritmo de cotação do MHI de 38 itens: apresentam-se os algoritmos para a cotação das cinco dimensões do MHI38: Afeto Positivo; Laços Emocionais;

Ansiedade; Depressão; Perda de Controlo Emocional/ Comportamental. Seguidamente os algoritmos para as duas grandes dimensões Bem-Estar Positivo e Distresse. Por último o algoritmo para a escala total o MHI-38 (visualizar tabela 1) (Ribeiro, 2001, 2011).

Tabela 1 – Algoritmo de Cotação do MHI (versão Portuguesa)

Cotação das dimensões primárias
<i>Afeto positivo</i> = item1 + item4 + item5 + item6 + item7 + item12 + item17 + item26 + item31 + item34 + item37
<i>Laços Emocionais</i> = item2 + item10 + item23
<i>Perda de Controlo Emocional/comportamental</i> = item8 + item14 + item16 + item18 + item19 + item20 + item21 + item24 + item28
<i>Ansiedade</i> = item3 + item11 + item13 + item15 + item22 + item25 + item29 + item32 + item33 + item35
<i>Depressão</i> = item9 + item27 + item30 + item36 + item38
Cotação das outras dimensões (Bem-Estar Positivo e Distresse).
<i>Bem-Estar Positivo</i> = Laços Emocionais + Afeto Positivo
<i>Distresse</i> = Perda de Controlo Emocional/comportamental + Ansiedade + Depressão
MHI-38= Bem-Estar Positivo + Distresse
As pontuações finais, devem ser transformadas numa nota de “0” a “100” e utilizar o seguinte algoritmo: Nova pontuação = 100 x (pontuação bruta – pontuação mais baixa possível) / (variação da pontuação) Em que, [variação da pontuação = pontuação mais alta possível - pontuação mais baixa possível].

Escala Saúde do Sono

Escala de saúde do sono (*Sleep Health Scale*), validada para a população portuguesa por Becker, Martins, Jesus, Chiodeli, e Rieber (2018), é uma escala adaptada e traduzida com base na escala de “regularidade satisfação, satisfação, tempo de eficiência de alerta (RU SATED)” proposta originalmente por Buysse (2014). Esta escala avalia seis dimensões centrais da boa saúde do sono, associadas a vários resultados de saúde e é caracterizada por (1) regularidade, (2) satisfação subjetiva, (3) alerta durante as horas (4) tempo apropriado, (5) alta eficiência e (6) duração adequada. Apresenta critérios quantitativos específicos para cinco das seis dimensões que possuem medidas paralelas dentro dos níveis comportamentais e fisiológicos, exceto para a satisfação com o sono, que é, subjetiva. Cada componente pode ser pontuado de zero (nunca) a cinco (sempre). O somatório, resulta da soma de todos os itens da escala podendo obter-se uma pontuação única variando de 0 (saúde do sono ruim) a 30 (saúde do sono bom) (Becker, Martins, Jesus, Chiodeli, & Rieber, 2018).

Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS)

A Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS), originalmente desenvolvida por Zimet, Dahlem, Zimet e Farley (1988), foi criada para avaliar subjetivamente o suporte social proveniente da família, dos amigos e de outros significativos. A escala tem consistência interna, validade fatorial e validade de construto consideradas adequadas,

facilmente compreensível mesmo por pessoas com grau de escolaridade mais baixa (quarto ano de escolaridade), é uma escala curta constituída por 12 itens, dos quais quatro avaliam o suporte social percebido com origem na família (subescala F), outros quatro avaliam o suporte proveniente dos amigos (subescala A), e os restantes quatro o suporte social percebido proveniente de outros significativos (subescala OS); existe ainda uma medida de suporte social total (total, T). É uma escala de autorresposta tipo Likert, com 12 itens e sete categorias de resposta com uma escala de resposta (um = discorda completamente e sete = concorda completamente). A cotação de cada uma das três subescalas faz-se somando os quatro itens e dividindo por quatro, o valor do total da escala obtém-se somando todos os 12 itens e dividindo por 12. A pontuação máxima de cada subescala bem como do total da escala é sete. Esta escala foi adaptada para a população portuguesa em 2011 pelos autores Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia e Mota-Pereira.

Alcool Use Disorders Identification Test (AUDIT)

O Alcool Use Disorders Identification Test (AUDIT) é um instrumento de avaliação desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo sido realizada a validação da versão portuguesa deste questionário em 2002, e sua utilização têm-se revelado importante para a adequada triagem e diagnóstico de Problemas Ligados ao Álcool.

O questionário foi desenhado, de modo a adequar-se à utilização nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), permitindo detetar diferentes níveis de consumo de álcool, desde o consumo baixo risco, de risco, nocivo e ainda a dependência, de uma forma rápida e simplificada.

Este questionário de deteção pode ser aplicado a todas as pessoas abrangidas que recorram aos serviços de saúde, pois como não é viável realizar um rastreio global, são selecionadas situações clínicas especiais, serviços especializados e os serviços hospitalares de urgência, de saúde mental - a pessoas com depressão ou que tenham tentado o suicídio, de especialidades médicas - principalmente na área de transtornos associados à dependência de álcool), serviços judiciais e prisionais, assim como a pessoas abrangidas por programas de intervenção em meio laboral e de intervenção social.

Em suma, este instrumento de rastreio oferece informação através de 10 questões, é um instrumento fácil de aplicar, pode ser aplicado através de entrevista ou questionário de auto preenchimento, bem como de pontuar e de interpretar, sendo que as suas pontuações correlacionam dimensões que têm que ver com as consequências das bebidas, atitudes com consumos e vulnerabilidade para a dependência alcoólica (Portugal, Sistema Nacional de Saúde (SNS), Serviço de intervenção nos comportamentos aditivos nas dependências (SICAD), 2021).

Tabela 2 – AUDIT pontuações dos itens

Questões	Pontuação				
	0	1	2	3	4
1.Com que frequência consome bebidas que contém álcool?	Nunca	1 vez mês ou menos	2 a 4 vezes mês	2 a 3 vezes semana	4 ou mais vezes na semana
2.Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 a 9	10 ou mais
3.Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa ocasião?	Nunca	Menos de 1 vez mês	Pelo menos 1 vez mês	Pelo menos uma vez semana	Diariamente ou quase diariamente
4.Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?	Nunca	Menos de 1 vez mês	Pelo menos 1 vez mês	Pelo menos uma vez semana	Diariamente ou quase diariamente
5.Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exige, por ter bebido?	Nunca	Menos de 1 vez mês	Pelo menos 1 vez mês	Pelo menos uma vez semana	Diariamente ou quase diariamente
6.Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manha para “curar” a ressaca?	Nunca	1 vez mês ou menos	2 a 4 vezes mês	2 a 3 vezes semana	4 ou mais vezes na semana
7.Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?	Nunca	1 vez mês ou menos	2 a 4 vezes mês	2 a 3 vezes semana	4 ou mais vezes na semana
8.Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido?	Nunca	1 vez mês ou menos	2 a 4 vezes mês	2 a 3 vezes semana	4 ou mais vezes na semana
9.Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?	0		1		2
	Não		Sim, mas não nos últimos 12 meses		Sim, aconteceu nos últimos 12 meses
10 Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?	Não		Sim, mas não nos últimos 12 meses		Sim, aconteceu nos últimos 12 meses

As questões um, dois e três são relativas ao uso de álcool (AUDIT C), se nas questões anteriores se obtiver um Score abaixo de cinco indica consumo de baixo risco; igual ou superior a cinco exige que as sete questões seguintes sejam respondidas AUDIT (questão 7 a 10). O somatório é efetuado pelo seguinte algoritmo:

$$\text{AUDIT C} ____ + \text{AUDIT} ______ = ______$$

Depois de realizada a soma interpretam-se os resultados pelas seguintes categorias: zero a sete – baixo risco (não é necessária intervenção); oito a 15 – risco aumentado (conselho breve); 16 a 19 – risco elevado (conselho breve e monitorização); igual ou superior a 20 – possível dependência (necessidade de intervenção e referencia para serviços especializados) (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001).

3.3.1 - Consistência Interna das Escalas

Através do estudo da consistência interna dos itens que constituem uma escala, ou as suas dimensões/subescalas/domínios, procura-se “medir” o grau de homogeneidade desses mesmos itens e, deste modo, avaliar uma das propriedades psicométricas.

Para o estudo da consistência interna das escalas e respetivas subescalas utilizadas no presente estudo utilizámos o coeficiente *Alpha* de *Cronbach* (α). Este coeficiente pode apresentar valores compreendidos entre 0 e 1, sendo que são aceitáveis resultados iguais ou superiores a 0.70. No entanto, alguns autores referem ser admissíveis valores iguais ou superiores a 0.60, principalmente quando o número de itens envolvidos é reduzido, (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

Os resultados que constituem o **Tabela 3** permitem verificar que em todas as escalas e instrumentos utilizados no estudo foram obtidos valores de α superiores a 0.70. Este facto permite-nos considerar que as escalas, assim como as suas dimensões, revelaram boa ou mesmo muito boa consistência interna.

Tabela 3. Consistência interna das escalas utilizadas no estudo

Escola	N.º de itens	α
APGAR. Familiar	5	0.79
Saúde Mental – Ansiedade	10	0.91
Saúde Mental – Depressão	5	0.82
Saúde Mental – Perda de controlo emocional/comportamental	9	0.81
Saúde Mental – Afeto positivo	11	0.91
Saúde Mental – Laços emocionais	3	0.72
Saúde Mental – Distresse psicológico	24	0.94
Saúde Mental – Bem-estar psicológico	14	0.90
Qualidade do sono	4	0.79
Suporte social percebido – Família	4	0.94
Suporte social percebido – Amigos	4	0.93
Suporte social percebido – Outros significativos	4	0.83
Suporte social percebido – Total	12	0.92
Alimentação nos últimos 12 meses	4	0.77
Alcohol use disorders identification test	10	0.84

3.4 – Procedimentos formais e éticos

Após pronuncia favorável da Comissão de Ética para a Saúde, o estudo geral subordinado ao tema “A saúde das famílias e seus determinantes” foi autorizado a 04/12/2020 pela ULS da Guarda. As respostas ao questionário são anónimas e os dados solicitados não permitem a identificação de quem responde. A recolha e armazenamento dos dados cumpre o Regulamento Geral de Proteção de Dados, e estes estarão acessíveis apenas à equipa de

investigação. As respostas serão analisadas no conjunto de todos os participantes, e nunca de forma individual. No final do questionário poderá a participante decidir se permite ou não utilizar a informação cedida no preenchimento do mesmo. O questionário codificado, sendo o seu tratamento legalmente admitido, nos termos e para os efeitos do Regulamento Geral de Proteção de Dados, através do consentimento informado. No final do estudo os questionários serão destruídos.

3.5 – Análise de dados

De modo a facilitar a análise de dados foram formuladas as seguintes questões de investigação a partir das questões iniciais.

Q1: As variáveis sociodemográficas (idade, sexo, local de residência, habilitações académicas, situação religiosa, tipo de habitação, aspeto do local de residência e tipo de família (número de filhos) interferem na saúde mental das famílias?

Q2: Existe associação entre as relações familiares e a saúde mental dos membros da família?

Q3: Existe relação entre o estilo de vida (tipo de alimentação nos últimos 12 meses, saúde do sono, consumo de álcool e atividade física) e a saúde mental dos membros da família?

Q4: As variáveis clínicas (auto-perceção do estado de saúde e presença de doença crónica) interferem na saúde mental das famílias?

Q5: Existe relação entre o apoio e suporte social da família e a saúde mental dos membros da família?

Variável central - *Inventário de Saúde Mental de Pais Ribeiro*

Variáveis secundárias

Variáveis sociodemográficas: Idade, Sexo, Local de residência, Habilitações académicas, Condição perante o trabalho (empregado/desempregado), Profissão, Tipo de Habitação, Aspeto do local de residência, Rendimentos familiares e Número de filhos (Tabela 4).

Variáveis contextuais (clínicas, psicológicas, sociais e estilos de vida): APGAR familiar, Estado de saúde, Escala de saúde do sono, Doença Crónica, Escala multidimensional de suporte social percebido, Alimentação (número de refeições e consumo de legumes e frutas) nos últimos 12 meses, Escala de Audit (Tabela 4).

Tabela 4 – Variáveis recodificadas

Variáveis	Parâmetros
Idade Grupos etários	Até aos 40 anos Superior ou igual a 41 anos
Habilitações académicas	1 - Até ao ensino secundário (escolaridade obrigatória) 2 - Ensino superior
Tipo de Habitação	1 – Casa ou andar luxuoso + casa ou andar bastante espaçoso 2 – Casa ou andar em bom estado + casa ou andar modesto
Aspetto do local de residência	Bom local residencial Zona residencial intermédia
Número de filhos	Até 1 filho 2 ou mais filhos
APGAR familiar _agrupado	Família com disfunção acentuada Família com disfunção moderada Família altamente funcional
Número de refeições	2 a 3 refeições 4 ou mais refeições
Alimentação nos últimos 12 meses/Consumo de legumes e frutas	3 a 5 porções por dia de legumes e fruta (± 400 gr total /dia)
Atividade física/Regularidade da prática(dias/semana)	Até 2 vezes por semana Superior a 2 vezes por semana
Atividade física/Duração (minutos)	Até 30 minutos de exercício Superior a 30m de exercício

3.6– Tratamento estatístico

Para sistematizar e realçar a informação obtida com a aplicação do questionário elaborado utilizámos técnicas estatística descritiva. Os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao *software* de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Science* (IBM SPSS), na versão 27.

As técnicas estatísticas aplicadas foram:

- Frequências: absolutas e relativas;
- Medidas de Tendência Central: média ordinal, média aritmética e mediana;
- Medidas de dispersão ou variabilidade: desvio padrão, valor mínimo e valor máximo;
- Coeficiente de correlação de *Spearman*;
- Testes de hipóteses: teste da significância do coeficiente de correlação de *Spearman*, teste de *Mann-Whitney* e teste *Kolmogorov-Smirnov* (teste de normalidade).

Na escolha das técnicas estatísticas, nomeadamente dos testes de hipóteses, tivemos em consideração a natureza e as características das variáveis envolvidas e às indicações apresentadas por Pestana e Gageiro (2014) e por Maroco (2007).

Em todos os testes fixámos o valor 0.05 como limite de significância, ou seja, rejeitamos a hipótese nula quando a probabilidade do erro tipo I era inferior a 5%, ou seja, quando o valor $p < 0.05$.

4. Resultados

Neste capítulo propomo-nos a analisar e apresentar os dados e resultados obtidos, quer com a aplicação do instrumento elaborado quer com as técnicas estatísticas aplicadas, com o intuito de caracterizar a amostra em estudo e, também, de responder às questões de investigação colocadas no presente estudo.

4.1 – Análise descritiva

Observando as **Tabelas 5 e 5.1** podemos constatar que os elementos da amostra têm entre 22 e 67 anos, sendo a idade média 42.28 ± 7.90 anos. A maioria dos inquiridos, concretamente 57.5%, tem pelo menos 41 anos e metade tem 42 anos ou mais. A distribuição de frequências desta variável afastou-se significativamente de uma distribuição normal ou gaussiana. Verifica-se que 77.6% dos elementos são do sexo feminino e que 74.6% residem em locais classificados como urbanos.

Em termos de habilitações académicas, constata-se que 63.4% possuem o Ensino Superior.

A maior parte dos elementos da amostra (55.2%) declarou-se com não praticante quando questionados acerca da sua situação religiosa.

Relativamente à condição perante o trabalho, quase todos os indivíduos estão empregados (97.0%) e as profissões mais mencionadas inserem-se nos grupos dos técnicos e profissionais de nível intermédio (40.0%), dos trabalhadores dos serviços pessoais de proteção e segurança e vendedores e dos especialistas das atividades intelectuais e científicas.

Tabela 5. Características sociodemográficas da amostra

Variável	n	%
Grupo etário (anos)		
≤ 40	57	42.5
≥ 41	77	57.5
$\bar{x} = 42.28$ $Md = 42.00$ $s = 7.90$ $x_{\min} = 22$ $x_{\max} = 67$ $p = 0,004$		
Sexo		
Feminino	104	77.6
Masculino	30	22.4
Local de residência		
Rural	34	25.4
Urbano	100	74.6
Habilitações académicas		
Até ao Ensino Secundário	49	36.6
Ensino Superior	85	63.4
Situação religiosa		
Praticante	60	44.8
Não praticante	74	55.2

Tabela 5.1. Características sociodemográficas da amostra (continuação)

Variável	n	%
Grupo etário (anos)		
≤ 40	57	42.5
≥ 41	77	57.5
$\bar{x} = 42.28$ $Md = 42.00$ $s = 7.90$ $x_{\min} = 22$ $x_{\max} = 67$ $p = 0,004$		
Sexo		
Feminino	104	77.6
Masculino	30	22.4
Local de residência		
Rural	34	25.4
Urbano	100	74.6
Habilitações académicas		
Até ao Ensino Secundário	49	36.6
Ensino Superior	85	63.4
Situação religiosa		
Praticante	60	44.8
Não praticante	74	55.2

Quanto às características socioeconómicas da amostra em estudo verificamos, pelos dados contidos na **Tabela 6**, que a maioria habita em casa ou andar luxuoso / Casa ou andar bastante espaçoso (63.4%), em bom local de residência (71.6%) e têm vencimentos certos como origem do rendimento.

Tabela 6. Características socioeconómicas da amostra

Variável	n	%
Tipo de habitação		
Casa ou andar luxuoso / Casa ou andar bastante espaçoso	85	63.4
Casa ou andar em bom estado / Casa ou andar modesto	49	36.6
Aspetto do local de residência		
Bom local de residência	96	71.6
Zona residencial intermédia	38	28.4
Origem do rendimento		
Lucros de empresas e/ou rendimentos elevados	1	0.7
Vencimentos certos	123	91.8
Rendimentos incertos / Pensionistas ou reformados	9	6.7
Rendimento mínimo / Subsídios	1	0.7

Os dados e resultados que apresentamos na **Tabela 7** permitem-nos verificar que 67.9% dos inquiridos pertencem a famílias do tipo nuclear e 54.5% têm até um filho.

Verificamos, ainda, que o APGAR familiar variou entre 0 e 10 pontos, tendo como média 8.53 ± 1.81 pontos. Metade dos elementos da amostra obteve pontuações iguais ou superiores a 9.00 pontos e a distribuição de frequências não pode ser considerada normal. A classificação das famílias permitiu-nos constatar que 87.3% integravam famílias altamente funcionais.

Tabela 7. Características familiares da amostra

Variável	n	%
Tipo de família		
Nuclear	91	67.9
Reconstruída	9	6.7
Monoparental	29	21.6
Alargada	5	3.7
Número de filhos		
Até um filho	73	54.5
Dois ou mais filhos	61	45.5
APGAR familiar (agrupado)		
Família disfuncional	3	2.2
Família funcional	14	10.4
Família altamente funcional	117	87.3
$\bar{x} = 8.53$ $Md = 9.00$ $s = 1.81$ $x_{\min} = 0$ $x_{\max} = 10$ $p < 0,001$		

Questionados acerca da sua percepção do estado de saúde atual, 45.5% dos inquiridos afirmaram que têm boa saúde, seguidos de 22.4% que a percebem como muito boa e de igual percentagem que referem ser razoável (**Tabela 8**).

Tabela 8. Características da amostra em termos de auto percepção do estado de saúde e presença de doença crónica

Variável	n	%
Auto percepção de saúde mental		
Fraca	3	2.2
Razoável	30	22.4
Boa	61	45.5
Muito boa	30	22.4
Ótima	10	7.5
Presença de doença crónica		
Não	106	79.1
Sim	28	20.9

Observando a **Tabela 9** podemos constatar que 68.7% dos inquiridos fazem pelo menos quatro refeições diárias e que 70.1% consomem três a cinco porções diárias de legumes e frutas. O número de refeições por dia variou entre duas e oito, sendo a média cerca de quatro com o desvio padrão um. Verificamos que o número de porções diárias de frutas e legumes variou entre dois e sete, sendo a média de, aproximadamente, três com desvio padrão de um.

Verificamos também que cerca de três em cada quatro (75.4%) dos elementos da amostra realizam atividade física até duas vezes por semana. Em média realizam essa atividade cerca de duas vezes por semana, com desvio padrão de dois, aproximadamente. Para 57.5% essa atividade tem uma duração média de 30 minutos por dia, sendo o desvio padrão de 30.80 minutos.

Todas as variáveis presentes na Tabela 9 apresentaram distribuição de frequências que se afastou significativamente da distribuição normal.

Tabela 9. Características da amostra em termos de alimentação e atividade física

Variável	n	%
Número de refeições diárias		
Inferior a quatro	42	31.3
Quatro ou mais	92	68.7
$\bar{x} = 4.06$ $Md = 4.00$ $s = 1.00$ $x_{\min} = 2$ $x_{\max} = 8$ $p < 0,001$		
Frequência do consumo de legumes e frutas		
Inferior a três porções diárias	25	18.7
Três a cinco porções diárias	94	70.1
Mais de cinco porções diárias	15	11.2
$\bar{x} = 2.72$ $Md = 3.00$ $s = 0.61$ $x_{\min} = 2$ $x_{\max} = 7$ $p < 0,001$		
Frequência da prática de atividade física		
Até duas vezes por semana	101	75.4
Mais de duas vezes por semana	33	24.6
$\bar{x} = 1.62$ $Md = 1.00$ $s = 1.83$ $x_{\min} = 0$ $x_{\max} = 7$ $p < 0,001$		
Duração da atividade física		
Até 30 minutos por dia	77	57.5
Mais de 30 minutos por dia	57	42.5
$\bar{x} = 31.12$ $Md = 30.00$ $s = 30.80$ $x_{\min} = 0$ $x_{\max} = 180$ $p < 0,001$		

Os resultados que apresentamos na **Tabela 10** permitem-nos constatar que em termos de saúde mental os inquiridos revelam melhor situação em termos de laços emocionais, de perda de controlo emocional/comportamental, de distresse psicológico e de ansiedade e pior estado de saúde mental nas dimensões depressão, afeto positivo e bem-estar psicológico.

Verificamos também que a qualidade de sono pode ser considerada boa. Esta avaliação resulta do facto da respetiva escala de avaliação poder variar entre zero e 30 e os valores das medidas de tendência central (média e mediana) se situarem próximo do máximo da escala.

A escala de avaliação de consumo de legumes e fruta nos últimos 12 meses permite fazer a avaliação num intervalo de quatro a 32 pontos. Sendo os valores médios e medianos, respetivamente, 24.51 e 25.00, julgamos poder afirmar que os elementos da amostra evidenciam ter um consumo adequado.

Em termos dos distúrbios do consumo de álcool e atendendo à classificação proposta pelos autores, verificamos que a larga maioria dos indivíduos evidenciou baixo risco (96.3%).

Tabela 10. Medidas descritivas para as variáveis saúde mental, qualidade do sono, suporte social percebido, consumo de legumes e fruta nos últimos 12 meses e distúrbios do consumo de álcool

Variável	\bar{x}	Md	s	x_{\min}	x_{\max}	p
Saúde mental						
Ansiedade	65.18	68.00	16.99	26.00	100.00	0.030
Depressão	26.24	60.00	14.67	10.00	80.00	<0.001
Perda de controlo emocional/comportamental	70.90	73.33	15.79	20.00	97.80	<0.001
Afeto positivo	56.62	56.36	14.88	16.40	98.20	0.006
Laços emocionais	72.29	73.33	18.71	26.70	100.00	<0.001
Distresse psicológico	67.81	69.58	15.78	26.70	96.70	0.016
Bem-estar psicológico	59.19	61.43	14.38	21.40	98.60	0.051
Qualidade do sono	21.43	22.50	4.89	6.00	30.00	<0.001
Suporte social percebido						
Família	6.29	6.50	0.77	3.50	7.00	<0.001
Amigos	5.74	6.00	0.92	3.50	7.00	<0.001
Outros significativos	6.22	6.25	0.77	3.50	7.00	<0.001
Total	6.08	6.17	0.67	4.20	7.00	0.007
Consumo legumes e fruta nos últimos 12 meses	24.51	25.00	5.49	13.00	36.00	0.051
Distúrbios do consumo de álcool	2.34	1.00	3.20	0.00	27.00	<0.001
Distúrbios do consumo de álcool (agrupado)					n	%
Baixo risco					129	96.3
Risco moderado					3	2.2
Risco elevado					1	0.7
Possível dependência					1	0.7

4.2 -Análise Inferencial

Com o objetivo de obter resposta para a questão de investigação «Qual a relação entre a saúde mental dos membros da família e as suas características sociodemográficas (Idade, sexo, local de residência, habilitações académicas, tipo de habitação, situação religiosa, condição perante o trabalho, profissão, tipo de habitação, aspeto do local de residência, origem do rendimento, tipo de família e número de filhos)?» procedemos aos estudos cujos resultados apresentamos nos Tabelas seguintes. Importa referir que, atendo à distribuição de respostas, não foi viável incluir a condição perante o trabalho e a profissão.

Verificamos que a saúde mental, em termos de perda de controlo emocional/comportamental, está significativamente relacionada com a idade. Sendo positivo o valor do coeficiente de correlação de *Spearman*, podemos afirmar que os indivíduos mais velhos tendem a evidenciar melhor saúde mental (**Tabela 11**).

Tabela 11. Correlação entre as variáveis saúde mental e idade

Variáveis	Idade	
	r_s	p
Saúde mental		
Ansiedade	0.12	0.159
Depressão	0.11	0.223
Perda de controlo emocional/comportamental	0.21	0.018
Afeto positivo	-0.05	0.565
Laços emocionais	0.11	0.188
Distresse psicológico	0.16	0.066
Bem-estar psicológico	-0.02	0.843

A comparação da saúde mental em função do sexo permitiu obter os resultados que apresentamos na **Tabela 12**. Verificamos que, apenas, na dimensão laços emocionais a diferença não pode ser considerada estatisticamente significativa. A análise dos valores das medidas de tendência central (média ordinal, média e mediana) revela que os indivíduos do sexo masculino tendem a apresentar melhor saúde mental do que os do sexo feminino.

Tabela 12. Comparação da saúde mental em função do sexo

Saúde mental Sexo	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	p
Ansiedade					
Feminino	104	61.79	62.62	64.00	0.002
Masculino	30	87.30	74.07	76.00	
Depressão					
Feminino	104	62.92	54.58	58.33	0.011
Masculino	30	83.37	62.00	65.00	
Perda de controlo emocional/comportamental					
Feminino	104	61.70	68.91	71.11	0.001
Masculino	30	87.60	77.78	81.11	
Afeto positivo					
Feminino	104	63.65	54.09	54.54	0.032
Masculino	30	80.85	60.91	63.64	
Laços emocionais					
Feminino	104	64.50	71.03	73.33	0.093
Masculino	30	77.92	76.67	80.00	
Distresse psicológico					
Feminino	104	61.73	65.58	67.50	0.001
Masculino	30	87.52	75.53	78.75	
Bem-estar psicológico					
Feminino	104	63.39	57.72	59.29	0.022
Masculino	30	81.75	64.29	66.43	

Os resultados que constituem a **Tabela 13** permitem-nos constatar a existência de diferença significativa na dimensão laços emocionais quando a saúde mental foi comparada em função do local de residência. Os valores das medidas de tendência central revelam que a saúde mental dos indivíduos que residem em locais urbanos tende a ser melhor do que a dos que residem em meios rurais.

Tabela 13. Comparação da saúde mental em função do local de residência

Saúde mental Local de residência	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	p
Ansiedade					
Rural	34	61.60	62.29	60.00	0.305
Urbano	100	69.51	66.16	68.00	
Depressão					
Rural	34	61.84	54.02	60.00	0.323
Urbano	100	69.43	57.00	60.00	
Perda de controlo emocional/comportamental					
Rural	34	58.41	67.71	70.00	0.114
Urbano	100	70.59	71.98	75.56	
Afeto positivo					
Rural	34	61.47	52.83	51.82	0.294
Urbano	100	69.55	56.56	56.36	
Laços emocionais					
Rural	34	54.88	67.26	66.67	0.027
Urbano	100	71.79	74.00	80.00	
Distresse psicológico					
Rural	34	60.84	64.85	65.00	0.247
Urbano	100	69.77	68.81	71.67	
Bem-estar psicológico					
Rural	34	59.31	55.92	54.29	0.154
Urbano	100	70.29	60.30	61.43	

A comparação da saúde mental em função das habilitações académicas permitiu-nos obter os dados que constituem a **Tabela 14**. Verifica-se a não existência de qualquer diferença significativa.

Tabela 14. Comparação da saúde mental em função das habilitações académicas

Saúde mental Habilitações académicas	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	p
Ansiedade					
Até ao Ensino Secundário	49	65.80	64.20	68.00	0.699
Ensino Superior	85	68.48	65.74	68.00	
Depressão					
Até ao Ensino Secundário	49	66.07	55.24	60.00	0.745
Ensino Superior	85	68.32	56.82	60.00	
Perda de controlo emocional/comportamental					
Até ao Ensino Secundário	49	62.47	67.76	71.11	0.254
Ensino Superior	85	70.40	72.71	73.33	
Afeto positivo					
Até ao Ensino Secundário	49	66.05	54.73	56.36	0.743
Ensino Superior	85	68.34	56.13	56.36	
Laços emocionais					
Até ao Ensino Secundário	49	62.73	70.34	73.33	0.277
Ensino Superior	85	70.25	73.41	80.00	
Distresse psicológico					
Até ao Ensino Secundário	49	64.39	65.97	69.17	0.481
Ensino Superior	85	69.29	68.86	70.00	
Bem-estar psicológico					
Até ao Ensino Secundário	49	65.19	58.08	60.00	0.601
Ensino Superior	85	68.83	59.83	61.43	

Idêntica situação se pode constatar quando analisamos os resultados da **Tabela 15**, obtidos ao realizar a comparação da saúde mental em função da situação religiosa, ou seja, nenhuma das diferenças é estatisticamente significativa.

Tabela 15. Comparação da saúde mental em função da situação religiosa

Saúde mental Situação religiosa	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	p
Ansiedade					
Praticante	60	62.91	63.27	62.00	0.217
Não praticante	74	71.22	66.73	68.00	
Depressão					
Praticante	60	64.12	55.00	58.33	0.362
Não praticante	74	70.24	57.25	60.00	
Perda de controlo emocional/comportamental					
Praticante	60	65.85	69.96	73.33	0.657
Não praticante	74	68.84	71.65	73.33	
Afeto positivo					
Praticante	60	67.81	55.64	56.36	0.934
Não praticante	74	67.25	55.60	56.36	
Laços emocionais					
Praticante	60	67.88	72.67	73.33	0.917
Não praticante	74	67.19	71.98	73.33	
Distresse psicológico					
Praticante	60	64.09	66.35	67.50	0.360
Não praticante	74	70.26	68.99	72.08	
Bem-estar psicológico					
Praticante	60	68.53	59.29	61.43	0.783
Não praticante	74	66.67	59.11	60.71	

Os resultados que podemos observar na **Tabela 16** permitem-nos constatar a existência de diferenças significativas, quando comparamos a saúde mental em função do tipo de habitação, em termos de perda de controlo emocional/comportamental, laços emocionais e distresse e bem-estar psicológicos.

Em todas estas situações os valores obtidos para as medidas de tendência central são mais elevados nos indivíduos que habitam em casa ou andar luxuoso / Casa ou andar bastante espaçoso, tal pode ser interpretado como tendência para que estes indivíduos revelem melhor saúde mental do que aqueles que habitam em casa ou andar em bom estado / casa ou andar modesto.

Tabela 16. Comparação da saúde mental em função do tipo de habitação

Saúde mental Tipo de habitação	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	p
Ansiedade					
Casa ou andar luxuoso / Casa ou andar bastante espaçoso	85	72.07	67.25	68.00	0.072
Casa ou andar em bom estado / Casa ou andar modesto	49	59.57	61.59	64.00	
Depressão					
Casa ou andar luxuoso / Casa ou andar bastante espaçoso	85	71.98	58.08	60.00	0.077
Casa ou andar em bom estado / Casa ou andar modesto	49	59.72	56.37	56.67	
Perda de controlo emocional/comportamental					
Casa ou andar luxuoso / Casa ou andar bastante espaçoso	85	72.72	73.46	75.56	0.040
Casa ou andar em bom estado / Casa ou andar modesto	49	58.44	66.44	71.11	
Afeto positivo					
Casa ou andar luxuoso / Casa ou andar bastante espaçoso	85	71.80	57.46	56.36	0.091
Casa ou andar em bom estado / Casa ou andar modesto	49	60.04	52.43	50.91	
Laços emocionais					
Casa ou andar luxuoso / Casa ou andar bastante espaçoso	85	72.95	74.74	80.00	0.031
Casa ou andar em bom estado / Casa ou andar modesto	49	58.04	68.03	66.67	
Distresse psicológico					
Casa ou andar luxuoso / Casa ou andar bastante espaçoso	85	85	70.09	72.50	0.049
Casa ou andar em bom estado / Casa ou andar modesto	49	49	63.84	65.83	
Bem-estar psicológico					
Casa ou andar luxuoso / Casa ou andar bastante espaçoso	85	85	61.16	62.86	0.049
Casa ou andar em bom estado / Casa ou andar modesto	49	49	55.77	54.29	

Comparando a saúde mental em função do aspeto do local de residência obtivemos os resultados que apresentamos na **Tabela 17**. Verifica-se a existência de diferenças significativas nas dimensões depressão, afeto positivo e distresse e bem-estar psicológicos. Em todos estes casos, os indivíduos que residem em bons locais residenciais, apresentam valores mais elevados nas medidas de tendência central, ou seja, evidenciam melhor saúde mental do que aqueles que residiam em zonas residenciais intermédias.

Tabela 17. Comparação da saúde mental em função do aspeto do local de residência

Saúde mental Aspeto do local de residência	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	p
Ansiedade					
Bom local de residência	93	70.03	67.14	68.00	0.057
Zona residencial intermédia	38	56.14	60.74	62.00	
Depressão					
Bom local de residência	93	70.85	58.14	60.00	0.022
Zona residencial intermédia	38	54.13	52.10	55.00	
Perda de controlo emocional/comportamental					
Bom local de residência	93	69.58	72.98	75.56	0.091
Zona residencial intermédia	38	57.24	66.20	68.89	
Afeto positivo					
Bom local de residência	93	72.72	58.06	58.18	0.002
Zona residencial intermédia	38	49.57	49.28	47.27	
Laços emocionais					
Bom local de residência	93	68.72	73.19	73.33	0.197
Zona residencial intermédia	38	59.36	68.77	73.33	
Distresse psicológico					
Bom local de residência	93	70.19	69.88	72.50	0.048
Zona residencial intermédia	38	55.75	63.16	65.00	
Bem-estar psicológico					
Bom local de residência	93	72.20	61.31	64.29	0.003
Zona residencial intermédia	38	50.83	53.46	52.86	

Os elementos da amostra que integram famílias nucleares tendem a revelar melhor saúde mental em termos de laços emocionais do que aqueles que pertencem a famílias monoparentais. Esta conclusão deriva da análise dos dados que constituem a **Tabela 18**, no qual podemos verificar que a única diferença estatisticamente significativa ocorre naquela dimensão.

Tabela 18. Comparação da saúde mental em função do tipo de família

Saúde mental Tipo de família	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	p
Ansiedade					
Nuclear	91	59.92	65.63	64.00	0.747
Monoparental	29	62.31	66.34	68.00	
Depressão					
Nuclear	91	59.63	56.59	60.00	0.627
Monoparental	29	63.22	57.82	60.00	
Perda de controlo emocional/comportamental					
Nuclear	91	60.18	71.67	73.33	0.859
Monoparental	29	61.50	70.50	75.56	
Afeto positivo					
Nuclear	91	60.50	56.44	56.36	1.000
Monoparental	29	60.50	55.49	58.18	
Laços emocionais					
Nuclear	91	66.04	75.82	80.00	0.002
Monoparental	29	43.10	61.38	60.00	
Distresse psicológico					
Nuclear	91	60.08	68.37	69.17	0.816
Monoparental	29	61.81	68.53	73.33	
Bem-estar psicológico					
Nuclear	91	62.29	60.60	62.86	0.317
Monoparental	29	54.88	56.75	58.57	

O estudo da correlação entre a saúde mental e o número de filhos (**Tabela 19**) permitiu constatar que não existe qualquer relação estatisticamente significativa, ou seja, os dados não revelam a existência de relação entre estas duas variáveis.

Tabela 19. Correlação entre as variáveis saúde mental e número de filhos

Variáveis	Número de filhos	
	r_s	p
Saúde mental		
Ansiedade	-0.04	0.668
Depressão	-0.14	0.100
Perda de controlo emocional/comportamental	0.03	0.757
Afeto positivo	0.08	0.333
Laços emocionais	0.08	0.380
Distresse psicológico	-0.03	0.712
Bem-estar psicológico	0.09	0.292

A questão de investigação «Qual a relação entre a saúde mental dos membros da família e as relações familiares?» procedemos ao estudo da correlação entre a saúde mental e o APGAR familiar. Este estudo conduziu aos resultados que apresentamos na **Tabela 20**.

Como se constata, todas as correlações são positivas e estatisticamente significativas. Este facto permite-nos afirmar que os indivíduos que revelam um APGAR familiar mais elevado tendem a apresentar melhor saúde mental.

Tabela 20. Correlação entre as variáveis saúde mental e APGAR familiar

Variáveis	APGAR familiar	
	r_s	p
Saúde mental		
Ansiedade	0.28	0.001
Depressão	0.22	0.010
Perda de controlo emocional/comportamental	0.28	0.001
Afeto positivo	0.39	<0.001
Laços emocionais	0.40	<0.001
Distresse psicológico	0.28	0.001
Bem-estar psicológico	0.43	<0.001

Procedemos de modo semelhante para obter resposta para a questão de investigação «Qual a relação entre a saúde mental dos membros da família e o estilo de vida (número de refeições diárias, consumo de legumes e fruta nos últimos 12 meses e distúrbios do consumo de álcool, qualidade do sono e atividade física)?». Os resultados que apresentamos nas **Tabelas 21 e 22** permitem-nos constatar que apenas existem correlações significativas entre

a saúde mental, a qualidade do sono e a duração da atividade física. Sendo os coeficientes positivos, podemos afirmar que os elementos que evidenciam melhor qualidade do sono e que realizam atividade física durante mais tempo tendem a revelar melhor saúde mental.

Tabela 21. Correlação entre as variáveis saúde mental, número de refeições diárias, consumo de legumes e fruta nos últimos 12 meses e distúrbios do consumo de álcool

Variáveis	Nº de refeições		Consumo legumes e fruta		Distúrbios	
	r _s	p	r _s	p	r _s	p
Saúde mental						
Ansiedade	0.02	0.782	0.08	0.380	0.08	0.370
Depressão	0.08	0.371	0.11	0.199	-0.02	0.801
Perda de controlo emocional/comportamental	-0.05	0.575	0.13	0.126	0.04	0.676
Afeto positivo	-0.02	0.823	0.04	0.640	0.13	0.130
Laços emocionais	0.05	0.546	0.17	0.054	0.09	0.299
Distresse psicológico	0.01	0.907	0.11	0.220	0.05	0.575
Bem-estar psicológico	-0.01	0.934	0.09	0.324	0.14	0.102

Tabela 22. Correlação entre as variáveis saúde mental, qualidade do sono, frequência da prática de exercício físico e duração da atividade física

Variáveis	Qualidade do sono		Frequência do exercício		Duração da atividade	
	r _s	p	r _s	p	r _s	p
Saúde mental						
Ansiedade	0.36	<0.001	0.13	0.139	0.12	0.168
Depressão	0.34	<0.001	0.14	0.114	0.09	0.295
Perda de controlo emocional/comportamental	0.30	<0.001	0.16	0.070	0.18	0.035
Afeto positivo	0.33	<0.001	0.16	0.058	0.20	0.018
Laços emocionais	0.11	0.222	0.06	0.484	0.14	0.109
Distresse psicológico	0.37	<0.001	0.15	0.085	0.14	0.098
Bem-estar psicológico	0.30	<0.001	0.17	0.053	0.21	0.014

Para responder à questão «Qual a relação entre a saúde mental dos membros da família e as variáveis clínicas (auto percepção do estado de saúde atual e presença de doença crónica)?» realizámos os estudos que permitiram obter os resultados que apresentamos nas **Tabelas 23 e 24**.

Constata-se que todas as correlações com a auto-percepção do estado de saúde atual são positivas e estatisticamente significativas e que nenhuma das diferenças, quando comparamos a saúde mental em função da presença de doença crónica, é significativa. Assim, concluímos que os indivíduos que revelam uma melhor percepção do seu estado de

saúde atual tendem a evidenciar uma melhor saúde mental. No entanto, a saúde mental parece não estar relacionada com a presença de doença crónica.

Tabela 23. Correlação entre as variáveis saúde mental e auto-perceção da saúde atual

Variáveis	Auto-perceção	
	r_s	p
Saúde mental		
Ansiedade	0.32	<0.001
Depressão	0.28	0.001
Perda de controlo emocional/comportamental	0.28	0.001
Afeto positivo	0.36	<0.001
Laços emocionais	0.26	0.003
Distresse psicológico	0.32	<0.001
Bem-estar psicológico	0.36	<0.001

Tabela 24. Comparação da saúde mental em função da presença crónica

Saúde mental Doença crónica	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	p
Ansiedade					
Não	106	68.87	65.79	68.00	0.425
Sim	28	62.30	62.86	65.00	
Depressão					
Não	106	67.97	56.35	60.00	0.783
Sim	28	65.71	55.83	58.33	
Perda de controlo emocional/comportamental					
Não	106	66.52	70.42	73.33	0.569
Sim	28	71.21	72.70	74.44	
Afeto positivo					
Não	106	67.20	55.42	56.36	0.863
Sim	28	68.63	56.36	55.46	
Laços emocionais					
Não	106	65.39	71.45	73.33	0.218
Sim	28	75.48	75.48	80.00	
Distresse psicológico					
Não	106	67.98	67.91	71.25	0.782
Sim	28	65.70	67.41	67.50	
Bem-estar psicológico					
Não	106	66.91	58.85	61.43	0.732
Sim	28	69.73	60.46	60.00	

A resposta para a questão «Qual a relação entre a saúde mental dos membros da família e o suporte social?» foi obtida através de estudo de correlação entre as duas variáveis envolvidas e cujos resultados apresentados nas **Tabelas 25.1** e **25.2**. Como podemos verificar todas as correlações são positivas e a maioria são estatisticamente significativas. Concluimos assim que os elementos que demonstram maior suporte social tendem a evidenciar melhor saúde mental.

Tabela 25.1. Correlação entre as variáveis saúde mental e suporte social

Variáveis	Família		Amigos	
	r_s	p	r_s	p
Saúde mental				
Ansiedade	0.34	<0.001	0.17	0.047
Depressão	0.31	<0.001	0.14	0.102
Perda de controlo emocional/comportamental	0.40	<0.001	0.17	0.049
Afeto positivo	0.42	<0.001	0.20	0.021
Laços emocionais	0.45	<0.001	0.16	0.072
Distresse psicológico	0.37	<0.001	0.17	0.053
Bem-estar psicológico	0.46	<0.001	0.20	0.022

Tabela 25.2. Correlação entre as variáveis saúde mental e suporte social (continuação)

Variáveis	Outros significativos		Total	
	r_s	p	r_s	p
Saúde mental				
Ansiedade	0.17	0.045	0.26	0.003
Depressão	0.09	0.094	0.22	0.010
Perda de controlo emocional/comportamental	0.02	0.018	0.30	0.001
Afeto positivo	0.27	0.002	0.34	<0.001
Laços emocionais	0.40	<0.001	0.39	<0.001
Distresse psicológico	0.18	0.033	0.27	0.001
Bem-estar psicológico	0.32	<0.001	0.38	<0.001

5. Discussão dos resultados

Através do presente estudo é possível verificar que dos 134 elementos da amostra, tinham entre 22 e 67 anos, sendo a idade média 42.28 ± 7.90 anos. A maioria dos inquiridos, concretamente 57.5%, tinha pelo menos 41 anos e metade tinha 42 anos ou mais. A variável idade foi recodificada de acordo com os estágios de Erikson, para facilitar a apresentação dos resultados e percebermos o grau de desenvolvimento dos elementos, uma vez que a distribuição de frequências desta variável afastou-se significativamente de uma distribuição normal ou gaussiana. O 6º Estágio (19 – 40 anos), em que se atinge com a idade adulta, surge um desenvolvimento social e emocional, relacionamentos, responsabilidades e inserção em ambientes com os quais não tínhamos tido contato antes e que influenciam e afetam diretamente as motivações do indivíduo e suas ambições, aqui têm que ser tomadas decisões que condicionam o desenvolvimento pessoal. O 7º Estágio (41 – 65 anos), em que Erikson afirma que o adulto já conseguiu atingir tudo o que procurava atingir em estágios anteriores e por isso se caracteriza com um período de estagnação, cultiva os relacionamentos e preocupa-se mais com os outros do que consigo mesmo, e um período de reflexão de tudo o que se fez anteriormente. Aqui o desenvolvimento é vinculado por procurar formas de ser mais produtivo, melhorar competências e procurar satisfação com a aprendizagem de algo novo (Beck, 2018). Tal fato é apoiado pelos resultados do nosso estudo, pois verificamos que a saúde mental, em termos de perda de controlo emocional/comportamental, está significativamente relacionada com a idade. Sendo positivo o valor do coeficiente de correlação de *Spearman*, podemos afirmar que os indivíduos mais velhos tendem a evidenciar melhor saúde mental. Contrariamente, Loureiro et al (2015) concluíram que os indivíduos mais velhos apresentavam pior estado de saúde mental.

A maioria dos elementos da amostra, 77.6% são do sexo feminino e 74.6% residem em locais classificados como urbanos. A comparação da saúde mental em função do sexo permitiu verificar que, apenas, na dimensão laços emocionais a diferença não pode ser considerada estatisticamente significativa. A análise dos valores das medidas de tendência central (média ordinal, média e mediana) revela que os indivíduos do sexo masculino tendem a apresentar melhor saúde mental do que os do sexo feminino, este fato é apoiado pelo estudo efetuado por Loureiro et al (2015), que constataram que uma das características associada a pior saúde mental era ser mulher. Quando comparamos a saúde mental com o local de residência, constatamos a existência de diferença significativa na dimensão laços emocionais. Os valores das medidas de tendência central revelam que a saúde mental dos indivíduos que residem em locais urbanos tende a ser melhor do que a dos que residem em meios rurais. Tal pode dever-se ao fato de serem cidades do interior do país, em que existe desenvolvimento, mas são meios pequenos que proporcionam qualidade de vida e bem-estar. Os resultados

obtidos são concordantes com a literatura, em que as condições de vulnerabilidade psicossocial relativas à pobreza agravam-se nas populações rurais. As desigualdades, como a pobreza e a doença afetam as dinâmicas familiares e produzem impacto negativo no dia a dia das famílias. As iniquidades sociais afetam aos fatores socioeconómicos existentes nos meios rurais, promovem a vulnerabilidade exercendo uma forte pressão negativa na saúde mental. Os indivíduos residentes em zonas urbanas apresentam também uma melhor perceção do seu estado de saúde quando comparados com os que residem em zonas rurais (Dimenstein et al, 2017; Arruda et al, 2018).

Em termos de habilitações académicas, constata-se que 63.4% possuem o Ensino Superior. A maior parte dos elementos da amostra (55.2%) declarou-se como não praticante quando questionados acerca da sua situação religiosa. Relativamente à condição perante o trabalho, quase todos os indivíduos estão empregados (97.0%) e as profissões mais mencionadas inserem-se nos grupos dos técnicos e profissionais de nível intermédio (40.0%). A comparação da saúde mental em função das habilitações académicas, e da situação religiosa permitiu-nos verificar a não existência de qualquer diferença significativa.

Quanto às características socioeconómicas da amostra em estudo verificamos, que a maioria habita em casa ou andar luxuoso / Casa ou andar bastante espaçoso (63.4%), em bom local de residência (71.6%) e têm vencimentos certos como origem do rendimento. Existem diferenças significativas, quando comparamos a saúde mental em função do tipo de habitação, em termos de perda de controlo emocional/comportamental, laços emocionais e distresse e bem-estar psicológicos, que pode ser interpretado como tendência para que estes indivíduos revelem melhor saúde mental do que aqueles que habitam em casa ou andar em bom estado / casa ou andar modesto. Em função do aspeto do local de residência, verifica-se a existência de diferenças significativas nas dimensões depressão, afeto positivo e distresse e bem-estar psicológicos, os indivíduos que residem em bons locais, evidenciam melhor saúde mental do que aqueles que residem em zonas residenciais intermédias. Estes dados são apoiados pelo estudo de Loureiro et al (2015), quando afirmam que o local onde os indivíduos nascem, crescem, trabalham e passam os tempos livres, influencia os resultados em saúde mental. Assim como o ambiente físico, o construído, o socioeconómico e de interação social e cultural produzem impactos no bem-estar individual e da comunidade. A ocorrência de determinadas doenças mentais surge como consequência das características dos lugares onde o indivíduo e família estão inseridos, esta relação é ainda mais expressiva e significativa em períodos de crise económica, (Loureiro et al, 2015)

Relativamente ao tipo de família o estudo, permitiu-nos verificar que 67.9% dos inquiridos pertencem a famílias do tipo nuclear e 54.5% têm até um filho. Verificamos, ainda,

que o APGAR familiar variou entre 0 e 10 pontos, tendo como média 8.53 ± 1.81 pontos. Metade dos elementos da amostra obteve pontuações iguais ou superiores a 9.00 pontos. A classificação das famílias permitiu-nos constatar que 87.3% integram famílias altamente funcionais. Os elementos da amostra que integram famílias nucleares tendem a revelar melhor saúde mental em termos de laços emocionais do que aqueles que pertencem a famílias monoparentais. No entanto, tal só se verifica nesta dimensão.

Quando estudamos a relação entre a saúde mental dos membros da família e o suporte social, podemos verificar que todas as correlações são positivas e a maioria são estatisticamente significativas. Concluímos assim que os elementos que demonstram maior suporte social tendem a evidenciar melhor saúde mental.

Quando questionados em relação à percepção do seu estado de saúde atual, 45.5% dos inquiridos afirmam que tinham boa saúde, seguidos de 22.4% que a percecionavam como muito boa e de igual percentagem que referem ser razoável. Constata-se que todas as correlações com a auto-percepção da saúde atual são positivas e estatisticamente significativas e que nenhuma das diferenças, quando comparamos a saúde mental em função presença de doença crónica, é significativa. Assim, concluímos que os indivíduos que revelam uma melhor percepção da sua saúde atual tendem a evidenciar uma melhor saúde mental. No entanto, a saúde mental parece não estar relacionada com a presença de doença crónica.

O estudo refere ainda que, 68.7% dos inquiridos fazem pelo menos quatro refeições diárias e que 70.1% consomem três a cinco porções diárias de legumes e frutas. Verificamos também que cerca de três em cada quatro (75.4%) dos elementos da amostra realizam atividade física em média duas vezes por semana. Para 57.5%, essa atividade têm uma duração média de 30 minutos por dia. Em termos dos distúrbios do consumo de álcool e atendendo à classificação proposta pelos autores, verificamos que a larga maioria dos indivíduos evidenciou baixo risco (96.3%).

Relativamente à relação entre o consumo de frutas e vegetais e a saúde mental: um estudo cujo objetivo foi investigar a relação entre o consumo de frutas e vegetais e a saúde mental nos adolescentes britânicos, demonstrou que o consumo de fruta foi associado a uma pior saúde mental na adolescência, independentemente do sexo ou etnia, nesta associação o apoio da família desempenhou um papel muito importante, pois a família é um determinante social da saúde e do desenvolvimento dos adolescentes (Huang et al., 2019). Comparativamente, com o estudo anterior, mas agora aplicado em adultos, foi realizada uma revisão sistemática de estudos observacionais, para verificar a mesma associação (entre o consumo de fruta e vegetais e a saúde mental) verificou-se que a maior parte dos estudos demonstraram que o consumo de legumes e vegetais, sejam eles frescos ou processados

influenciam positivamente a saúde mental dos indivíduos, concluindo que aumentar o consumo para cinco porções diárias aumenta os benefícios para a saúde mental nos adultos (Glabska et al., 2020). O mesmo não conseguimos verificar no nosso estudo, onde a relação entre a saúde mental e o consumo de legumes e fruta não apresentou diferenças estatisticamente significativas.

Na correlação entre a saúde mental dos membros da família e o estilo de vida (número de refeições diárias, alimentação nos últimos 12 meses e distúrbios do consumo de álcool, qualidade do sono e atividade física), os resultados permitem-nos constatar que apenas existem correlações significativas entre a saúde mental, a qualidade do sono e a duração da atividade física. Sendo os coeficientes positivos, podemos afirmar que os elementos que evidenciam melhor qualidade do sono e que realizam atividade física durante mais tempo tendem a revelar melhor saúde mental. Dados que são apoiados por estudos realizados durante a pandemia que apontam para mudanças nos comportamentos alimentares e de atividade e física. Estes resultados sugerem que há potencial para consequências psicológicas e na saúde da população em geral, devido há redução de atividade física e aumento da compulsão alimentar (Phillipou et al., 2020). Embora a alteração dos comportamentos alimentares das pessoas não estivesse diretamente associada a desenvolvimento de doença mental, o confinamento implicou uma diminuição nos níveis de atividade física e alimentação excessiva em indivíduos que relataram alteração na sua saúde mental, o mesmo não se pode dizer em relação ao aumento de peso (Robinson et al. 2021).

Relativamente à qualidade do sono e saúde mental, um estudo realizado por Yuichiro et al (2020) no Japão veio apoiar os resultados do estudo, uma vez que níveis mais baixos de felicidade conduzem a uma prevalência maior de distúrbios no sono, incluindo insônia, e má qualidade do sono, logo um baixo score de felicidade subjetiva conduz a alterações a nível de diversas áreas da saúde tais como funcionamento cardiovascular, sistema imunológico, qualidade de vida, e saúde mental. Outro estudo realizado na Jordânia, pelos autores Yazan et al (2020), já em tempos de pandemia e que tinham como objetivo avaliar o impacto do isolamento profilático na saúde do sono, revelou evidências de sintomas depressivos e ansiedade associados a problemas do sono e que estes podem ser agravados por fatores económicos e sociais. Neste estudo as mulheres são mais propensas a desenvolver sintomas depressivos como resultado de uma saúde do sono insatisfatória, quando comparadas com os homens. Em suma, os maus hábitos de sono, a ansiedade e a depressão estão também associados a uma diminuição de resposta do sistema imunitário, problemas a nível de saúde mental que podem tornar os indivíduos mais vulneráveis ao Covid ou outros agentes patogénicos. Winkelman (2019), afirma que os distúrbios do sono e doenças neuropsiquiátricas têm uma relação bidirecional e, embora o tratamento de doenças

psiquiátricas muitas vezes melhora o sono, abordar independentemente os distúrbios do sono também pode levar a uma melhor saúde mental. A identificação e tratamento destes distúrbios podem não só diminuir a gravidade e o desenvolvimento da doença mental, mas também melhorar a qualidade de vida imediata. Outro dos estudos realizados neste âmbito, desenvolvido na Noruega que tinha como objetivo, avaliar a saúde mental e os distúrbios do sono entre adultos fisicamente ativos durante o confinamento causado pela doença coronavírus 2019 (COVID-19), demonstrou que os níveis de ansiedade e sintomas depressivos foram substancialmente mais baixos nos adultos fisicamente ativos (Ernstsen & Havnen, 2021).

O exercício físico potencia uma boa saúde mental e contribui positivamente para a saúde psicológica das pessoas. Os resultados do nosso estudo confirmam a tendência revelada em alguns estudos. Um estudo que aborda os benefícios da corrida na saúde mental, relata que quase todos os elementos do estudo notaram benefícios mentais e emocionais, incluindo alívio da tensão, melhor autoimagem e melhor humor. Concluindo, a corrida pode ser uma ferramenta terapêutica para uma série de condições psicológicas negativas, como depressão, ansiedade, tensão, mudanças de humor e baixa autoestima (Markotiü et al, 2020). As crianças e jovens foram os mais afetados, devido ao confinamento e encerramento das escolas resultante da pandemia. A inatividade associada ao distanciamento social representa um risco significativo para a saúde mental de crianças e adolescentes em desenvolvimento. Torna-se assim necessário estudar e implementar medidas e estratégias para combater o comportamento sedentário e assim minimizar a longo prazo os impactos negativos do coronavírus 2019 (COVID-19) na saúde mental.

Conclusão

Em contexto de saúde, a intervenção familiar tem muita relevância, como base estruturante da rede social de suporte ao indivíduo doente. É, no entanto, necessário conhecer em que fase do ciclo vital se encontra a família para que a intervenção seja adequada às tarefas, risco e ocasião. Conhecer a estrutura de rede da família, bem como a função e características específicas das relações que se mantém com as outras pessoas é essencial ao planeamento das intervenções em enfermagem.

As patologias mentais implicam um grande sofrimento, quer para o próprio doente quer para todos aqueles que o rodeiam, nomeadamente as suas famílias, pois esta fica psiquicamente afetada quando um dos seus membros possui alguma patologia. Então a saúde mental, tem implicações na família e comunidade onde o doente está inserido e é influenciada por fatores sociais, económicos em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Compete aos enfermeiros, integrar nos programas de promoção de saúde as mudanças de comportamentos e ambientes como objetivo principal para obtenção de melhor condição de saúde mental dos indivíduos e respetivas famílias. No âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, a atenção deve ser direcionada para os determinantes que sejam identificados com causadores de mal-estar ou perturbação mental. Na comunidade, a promoção de uma saúde mental positiva a nível das escolas, organizações e no seio familiar deve ser um fator protetor e ao qual se deve dar prioridade.

Pode se então afirmar que os determinantes de saúde interferem com a saúde mental, podendo mesmo funcionar como fatores desencadeantes de doença mental comum, como depressão e ansiedade, pois a resposta fisiológica do organismo ao stress quotidiano com o decorrer do tempo influencia negativamente a saúde do indivíduo traduzindo-se em doença mental. Ao nível do comportamento humano o sono além de ser fundamental para a saúde e o bem-estar do indivíduo é também um barómetro preciso do estado mental do sujeito, à qual responde rapidamente às situações de tensão e ansiedade, por vezes antecedendo outro sistema corporal.

Os objetivos inicialmente definidos eram ambiciosos, quando confrontados como o muito trabalho que havia a desenvolver, com as múltiplas dificuldades e limitações que se poderiam encontrar, tais como, dificuldade na colheita de dados e número da amostra baixo, devido ao instrumento de colheita de dados ser extenso, o estudo ter sido realizado em tempo de pandemia em que os doentes pouco recorriam ao centro de saúde pelo fato das consultas de vigilância estarem suspensas. No entanto, os eventuais constrangimentos não constituíram barreiras intransponíveis, que com algum esforço e dedicação se foram ultrapassando. A

inexperiência, as indecisões as limitações de tempo e todas as outras barreiras foram colmatadas por uma preciosa orientação que serviu com estímulo e força para continuar este percurso. Então, consideramos que estes foram atingidos. Na avaliação da saúde mental, constatamos que os inquiridos revelaram melhor situação em termos de laços emocionais, de perda de controlo emocional/comportamental, de distresse psicológico e de ansiedade. Revelaram pior estado de saúde mental nas dimensões depressão, afeto positivo e bem-estar psicológico. Os indivíduos do sexo masculino e mais velhos, tendem a apresentar melhor saúde mental, bem como os que residiam em locais urbanos, em bons locais residenciais, com casa ou andar de luxo ou bastante espaçoso. A qualidade do sono, a duração da atividade física e uma boa perceção do estado de saúde atual tendem a evidenciar uma melhor saúde mental. Os elementos da amostra que integravam famílias nucleares tendem a revelar melhor saúde mental em termos de laços emocionais do que aqueles que pertenciam a famílias monoparentais. Os indivíduos que revelaram um APGAR familiar mais elevado tendem a apresentar melhor saúde mental, o mesmo acontece com os que usufruem de um maior suporte social.

Podemos então concluir que a saúde mental, é influenciada por variáveis sociodemográficas (idade, sexo,), socioeconómicas (local de residência, tipo de habitação), tipo de família, APGAR familiar, suporte social, qualidade do sono, duração da atividade física e a perceção do estado de saúde.

A intervenção em contexto comunitário dever ser não apenas local e acessível, mas também estar estruturada de tal forma que possibilite uma resposta diferenciada às diversas problemáticas apresentadas por esta população. Deve reger-se por princípios orientadores que estruturam toda a ação. Destes princípios importa destacar: diagnóstico, intervenção precoce, participação de utentes e família, envolvimento das estruturas comunitárias e a articulação com os Cuidados de Saúde Primários (CSP). Esta perspetiva de prestação de cuidados ao nível comunitário tem melhor impacto no resultado e na qualidade de vida de pessoas com doença mental grave do que o tratamento a nível institucional. Desta forma, a prestação de cuidados a pessoas com doença mental grave deve ser efetuada na comunidade, mobilizando os recursos disponíveis, intervindo precocemente e diminuindo o estigma. Em tempo de pandemia, é essencial enfatizar a necessidade de aumentar o número de prestadores de cuidados de âmbito psicológico e social para atender às necessidades dos membros da comunidade, especialmente os que transmitem maior risco de desenvolver alguma perturbação mental. Aqui, a educação para a saúde é fundamental para que a população se consciencialize das medidas de prevenção do contágio da Covid- 19

Neste estudo não se ambicionava produzir resultados generalizáveis e conclusões largamente aceites, mas fazer uma reflexão acerca da saúde mental das famílias e dos determinantes que influenciam essa saúde mental, em que apenas um dos elementos relatou qual a sua perceção da sua saúde mental e do funcionamento da sua família, não se sabendo no entanto qual a opinião dos outros membros da família

Ao concluir este estudo gerou-se alguma ambivalência de sentimentos, por um lado uma sensação de alívio e sensação de missão cumprida por outro, com a ideia que muito ainda há fazer e muitos estudos a realizar para que as famílias possam ser efetivamente saudáveis e possam assim apoiar positivamente os seus membros.

Em suma, a resiliência da família não é a soma da resiliência dos membros que a constituem, mas sim a interação da resiliência de todos os seus membros, então a família está bem e tem saúde quando os seus elementos têm competência para resolver os seus problemas de forma única e eficaz e não apenas ausência de doença. Cada um deve resolver os seus problemas individuais e em conjunto encontrarem a resolução para os problemas da famílias e fim de se obter saúde familiar. Então famílias resilientes são famílias que se conseguem regenerar após uma crise. A pandemia da Covid 19, com todas as suas implicações a nível familiar, social e económico, tornou-se um problema de saúde pública, sendo de extrema importância intervir precocemente e ter em atenção todos estes riscos de forma a evitar que esta pandemia deixe marcas profundas a nível da saúde mental das famílias, nomeadamente nos jovens. Avaliar a aceitação da doença mental por parte da família torna-se um fator determinante e de extrema importância na reabilitação do indivíduo com doença mental, bem como todo o apoio prestado ao indivíduo e família pela comunidade onde estes se inserem e para a qual dão o seu contributo, neste âmbito seria interessante estudar a resiliência na família com indivíduos com doença mental, durante e após a pandemia. O ambiente onde as famílias estão inseridas e com o qual interagem é outro dos aspetos de extrema relevância para a Enfermagem Comunitária, neste contexto realizar um estudo sobre o assunto e permitir-nos-ia conhecer melhor estas questões ambientais e desenvolver um melhor trabalho para e com as famílias.

Referências bibliográficas

- Al-Ajlouni, Y.A., Park, S.H., Alawa, J., Shamaileh, G., Bawab, A., El-Sadr, W.M., & Duncan, D.T. (2020). Anxiety and depressive symptoms are associated with poor sleep health during a period of COVID-19-induced nationwide lockdown: a cross-sectional analysis of adults in Jordan. *BMJ* Dec 22;10(12). doi:10.1136/bmjopen-2020-041995
- Alarcão, M. (2000). (Des)Equilíbrios Familiares – uma visão sistémica. Quarteto Editora, Coimbra
- Alarcão, M (2006) (Des)Equilíbrios Familiares – uma visão sistémica. Quarteto Editora, 3ª edição, Coimbra
- Almeida, A.C.M.C.H., Felipes, L., & Pozzo, V.C.D. 2011. «O impacto causado pela doença mental na família». *Portuguese Journal of Mental Health Nursing* (6):40–47. doi: 10.19131/rpesm.0087.
- Alves, A.A.M., & Rodrigues, N.F.R., (2010), Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental - *Revista Portuguesa de saúde Pública*;28(2):127-131 Acedido em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902510700031>
- Amaro, F. (2014). *Sociologia da Família*. Lisboa: PACTOR – edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Arruda, N., Maia, A., Alves, L., (2018). Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008 Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. doi: 10.1590/0102-311X00213816
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G. (2001) World Health Organization (WHO). AUDIT the Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care Second Edition WHO/MSD/MSB/01.6a Original: English Distribution: General Department of Mental Health and Substance Dependence
- Beck, C., (2018). As 8 idades do homem: os estágios do desenvolvimento psicossocial de Erik Erikson. *Andragogia Brasil*. Acedido em: <https://andragogiabrasil.com.br/as-8-idades-do-homem/>

- Becker, N., Martins, R., Jesus, S., Chiodeli, R. & Rieber, M. (2018). Sleep health assessment: A scale validation. *Psychiatry Research*, vol.259. Pag.51-52 Acedido em <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.10.014>
- Campos, L., Saturno, P. & Carneiro, A.V. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A qualidade dos cuidados e dos serviços. Lisboa: CEMBE, FML.
- Caníço, H., Bairrada, P., Rodríguez, E. e Carvalho, A. (2010). *Novos Tipos de Família*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra
- Carvalho, P. A. L., de Santos, V. T. C. dos, Soares, R. H., Oliveira, M. A. F., Fornasier, R. C., & Sena, E. L. da S. (2020). Reflexividade do sensível e do cuidado à família no contexto da saúde mental [Reflexivity of the sensitive and family care in the context of mental health] [Reflexividad de lo sensible y de la atención familiar en el contexto de la salud mental]. *Revista Enfermagem UERJ*, 28, e53264. Acedido em <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.53264>
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D. & Mota-Pereira, J. (2011). Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS) *Psychologica* pag.331-357. Acedido em https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_13
- Correia, T., (2020). A saúde e a covid-19 em Portugal: uma reflexão a meio caminho andado. In R.M.Carmo, I.Tavares & A. F. Cândido(Orgs.), *Um olhar sociológico sobre a crise covid-19 em livro* (pp. 17-36) 1ª ed. Doi: 10.15847/CIESOD2020covid19
- Dias, C. M. (2011). *Distribuição conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos*. Lisboa: Tese de Doutoramento.
- Dimenstein, M., Macedo, J., Leite, J., Dantas, C., Rodrigues da Silva, M., (2017). Iniquidades Sociais e Saúde Mental no Meio Rural. *Brasil. Psico-USF, Bragança Paulista*, v. 22, n. 3, p. 541-553. Acedido em <https://www.scielo.br/j/pusf/a/S6v4tkB4rQQ4JmLCzgyPsKN/abstract/?lang=p>
- Duarte, M.Q., Santo, M.A.S., Lima, C.P., Giordani, J.P. & Trentini, C.M. (2020) COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, *Ciência & Saúde Coletiva* 25 (9) set. Brasil. Doi: 10.1590/1413-81232020259.16472020

- Ernstsen L. & Havnen A., (2021). Mental health and sleep disturbances in physically active adults during the COVID-19 lockdown in Norway: does change in physical activity level matter? *Sleep Med Jan*; 77:309-312. doi: 10.1016/j.sleep.2020.08.030.
- Organização Mundial de Saúde (OMS), 1946. Definição de Saúde. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da USP. Acedido em: [Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da USP - Constituição da Organização Mundial da Saúde \(OMS/WHO\) - 1946 | OMS - Organização Mundial da Saúde](#)
- Organização Mundial de Saúde (OMS), 2002. Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Acedido em: [whr01_djmessage_po.pdf \(who.int\)](#)
- World Health Organization (WHO). (2001) Atlas: mental health resources in the world. Geneva. Acedido em: [WHO_NMH_MSD_MDP_01.1.pdf](#)
- Figueiredo, M. H.J. S. 2011. «Enfermagem de família: um contexto do cuidar» (Tese de Doutoramento) Lisboa.
- Figueiredo, M. H. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família, Lisboa. Lusociência
- Gouveia-Pereira, M., Gomes, H., Miranda, M., & Candeias, M. de J. (2020). Coesão e flexibilidade familiar: Validação do pacote FACES IV junto de adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 38(1), 111–126. Acedido em <https://doi.org/10.14417/ap.1651>
- Guo, Y., Chen, Z., Xu, K., George, T. J., Wu, Y., Hogan, W., Shenkman, E. A., & Bian, J. (2020). International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification social determinants of health codes are poorly used in electronic health records. *Medicine*, 99(52), e23818. Acedido em <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000023818>
- Glabska, D., Guzek, D., Groele, B., & Gutkowska, K. (2020) Fruit and Vegetable Intake and Mental Health in Adults: A Systematic Review. *Nutrients Jan* 1;12(1):115. doi: 10.3390/nu12010115.
- Hanson S.M.H. (2005). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Uma Introdução. In: Hanson SMH (Ed.). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. (2ª ed.). (pp. 3-38). Lisboa: Lusociência.

- Hanson, S.M.H. & Kaakinen, J.R. (2005). Fundamentos teóricos para a Enfermagem de família. In Hanson, SMH (Ed.). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria, Prática e Investigação. (2ª ed.). (pp. 39-63). Lisboa: Lusociência.
- Huang, P., O’Keeffe, M., Elia, C., Karamanos, A., Goff, L.M., Maynard, M., Cruickshank, J.K. & Harding, S. (2019). Fruit and vegetable consumption and mental health across adolescence: evidence from a diverse urban British cohort study. *Int J Behav Nutr Phys Act* Feb 8;16(1):19. doi: 10.1186/s12966-019-0780-y.
- Leandro, M.E. (2001). *Sociologia da Família nas Sociedades Contemporâneas*. Lisboa: Universidade Aberta
- Loureiro, A., Almendra, R., Nunes, C., & Santana, P., (2015). As características individuais e contextuais na saúde mental em tempos de crise. In *Território e Saúde Mental em tempos de Crise*. Coimbra. Imprensa da Universidade de Coimbra.
[doi:%20http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-1105-1_8](http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-1105-1_8)
- Markotiü, V., Pokrajpiü, V., Babiü, M., Radanþeviü, D., Grle, M., Miljko, M., Kosoviü, V. Juriü, I., & Vidakoviü, M.K., (2020). The positive effects of running on mental health. *Psychiatria Danubina*, Vol. 32, Suppl. 2, pp 233-235.Croatia. Acedido em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32970641/>
- Maroco, J., (2007). *Análise Estatística – Com Utilização do SPSS*. In Manuel, R. (ed.). Edições Sílabo, Lda. Lisboa. ISBN:978-972-618-452-2
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Portugal. *Laboratório de Psicologia*, 4(1): 65-90. Acedido em: [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204\(1\)%20-%2065-90.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204(1)%20-%2065-90.pdf)
- Morais, L., Nascimento, S., Silva, G., & Ribeiro, J. (2014). Indicadores psicométricos das escalas de estresse, ansiedade e depressão/eads21: um estudo com habitantes do Amazonas/Brasil. IV Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde, 432-440. Acedido em <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/76376/2/99992.pdf>
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Nemati, H., Sahebihagh, M. H., Mahmoodi, M., Ghiasi, A., Ebrahimi, H., Barzanjeh Atri, S., & Mohammadpoorasl, A. (2020). Non-Suicidal Self-Injury and Its Relationship with Family Psychological Function and Perceived Social Support among Iranian High School Students. *Journal of Research in Health Sciences*, 20(1), e00469–e00469. Acedido em <https://doi.org/10.34172/jrhs.2020.04>
- Nichols, M. & Schwartz, R. (2008). Structural family therapy In *The essentials of family therapy*. Capítulo 7. 120-138.
- Olson D. H. & Gorall D. M. (2003). Circumplex model of marital and family systems. In F. Walsh (Ed.), *Normal Family Processes* (3ªEd., pp. 514-547). New York: Guilford. Acedido em: <https://wfrn.org/wp-content/uploads/2018/09/olson8865.pdf>
- Olson, D. (2011). Faces IV and the circumplex model: Validation study. *Journal of marital and family therapy*. 37(1), 64-80. doi:[10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x](https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x)
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. DR, 2ª Série de 19 de junho. Lisboa, Portugal: OE.
- Organised by: EUPHA Public mental health section & Chair persons: Jutta Lindert – EUPHA-PMH, Johan Bilsen – EUPHA-PMH. (2020). 14.L. Workshop: Determinants of family mental health. *European Journal of Public Health*, 30(Supplement_5), ckaa165.746. Acedido em <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.746>
- Otsuka, Y., Kaneita, Y., Itani, O., Jike, M., Osaki, Y. Higuchi, S.,...Yoshimoto, H. (2020). The relationship between subjective happiness and sleep problems in Japanese adolescents - *Sleep Medicine*, 69: 120-126. doi: 10.1016 / j. sleep.2020.01.008
- Pestana, M.H.,e Gageiro,J.N., (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*. In Manuel, R.(ed.). Edições Sílabo, Lda. Lisboa. ISBN:978-972-618-775-2
- Phillipou, A.,Meyer, D., Neill, E., Tan, E.J., Toh,W.L., Rheenen, T.E.V., & Rossell, S.L.(2020).Eating and exercise behaviors in eating disorders and the general population during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. *Jul;53(7):1158-1165*. doi: 10.1002/eat.23317
- Portugal, Sistema Nacional de Saúde (SNS), Serviço de intervenção nos comportamentos aditivos nas dependências (SICAD), (2021). Escala de AUDIT (alcohol use disorders

identification test) Acedido em:

http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/SitePages/detalhe.aspx?itemId=2&lista=SICAD_INSTRUMENTOS&bkUrl=/BK/Intervencao/RedeReferenciacao/

Portugal, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, (2008) Coordenação Nacional para a Saúde Mental Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 56 p. Acedido em: <https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf>

Relvas, A. P. (2006). O Ciclo Vital da Família - Perspetiva Sistémica. Porto: Edições Afrontamento.

Relvas, A.P. & Alarcão, M. (2002). Novas Formas de Família. Coimbra. Quarteto Editora ISBN:972-8717-56-3

Ribeiro, J.L. P. (2001) Mental Health Inventory: Um estudo de Adaptação à população Portuguesa. PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS [Em linha]. Vol. 2, Nº1. p. 77-99 Acedido em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v2n1/v2n1a06.pdf>

Ribeiro, J. L. P. (2010). Metodologias de Investigação em Psicologia e Saúde. 3ª Ed. Porto. Legis. Editora.

Ribeiro, J. L. P. (2011). Inventário de saúde mental. 1ª Edição. Lisboa. Placebo, Editora LDA. ISBN: 978-989-8463-13-5

Ribeiro J. L.P., 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- Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v16n3/v16n3a01.pdf>

Robinson, E., Boyland, E., Chisholm, A., Harrold, J., Maloney, N.G., Marty, L....Hardman, C.A. (2021). Obesity, eating behavior and physical activity during COVID-19 lockdown: A study of UK adults. *Appetite*. Jan 1; 156:104853 doi: 10.1016/j.appet.2020.104853.

Segre, M., & Ferraz, F. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública* 31.5, 538-542 Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>

Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções*. 1ª ed. Lisboa: Lidel

Sousa, F.G.M., Figueiredo, M.C.A. & Erdmann, A.L., 2010. Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. *Revista Pesquisa em Saúde*, 11(1): 60-63, jan-abr. [artigo afiliado MCB-28.pdf \(rcaap.pt\)](#)

Winkelman J.W. (2020). How to Identify and Fix Sleep Problems: Better Sleep, Better Mental Health. *JAMA Psychiatry* Jan 1;77(1):99-100. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.3832

Wright, L. & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. (5ª ed.). Brasil: Editora Roca Lda.

Anexos

Anexo I

Parecer da comissão de ética



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Exmo. Senhor
Prof.ª Inês Alexandra Dias Fonseca
Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda
Avenida Rainha D. Amélia, s/n
6300-749 Guarda

SUA REFERÊNCIA

SUA COMUNICAÇÃO DE

NOSSA REFERÊNCIA
N.º:
PROC. N.º:

DATA:
04/12/2020

Assunto: Pedido de autorização para a realização de estudo subordinado ao tema "A saúde das famílias e os seus determinantes"

Em referência ao assunto mencionado em epígrafe e conforme solicitado por V/Exa., vimos informar que, de acordo com o parecer da Comissão de Ética para a Saúde, da ULS da Guarda, E.P.E., nada temos a opor à realização do estudo e que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração
Presidente do Conselho de Administração
ULS da Guarda, E.P.E.
(Eng.º João Pedro Barranca)

JPB/IM

Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.
Av. Rainha D. Amélia 6301 857 Guarda, PORTUGAL
TEL + 351 271 200 200 FAX + 351 271 223 104
EMAIL secretariado.ca@ulsguarda.min-saude.pt www.ulsguarda.min-saude.pt

IDENTIFICAÇÃO DOS REQUERENTES

I - REQUERENTE (Investigadora Principal)

NOME: Inês Alexandra Dias Fonseca

NACIONALIDADE: Portuguesa

GRAU ACADÉMICO: Mestre

PROFISSÃO E LOCAL DE DESEMPENHO DE FUNÇÕES: Enfermeira a exercer funções na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda.

II - REQUERENTE (Investigadora Colaboradora)

NOME: Vera Lúcia Polido Gonçalves

NACIONALIDADE: Portuguesa

GRAU ACADÉMICO: Licenciada

PROFISSÃO E LOCAL DE DESEMPENHO DE FUNÇÕES: Enfermeira a exercer funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Vila Nova de Foz Coa da Unidade Local de Saúde da Guarda.

Anexo II

Instrumento de recolha de dados

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

De acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações à investigadora se não estiver completamente esclarecido(a). Verifique se todas as informações estão corretas. Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, então poderá assinar este documento.

Este documento é feito em duplicado, sendo que uma das cópias ficará com o participante e outra com a equipa de investigação.

Título do estudo: O estudo que se pretende realizar trata-se de um estudo epidemiológico, intitulado de “A saúde das famílias e seus determinantes”.

Enquadramento: Este estudo está inserido no âmbito de um trabalho de investigação de Doutoramento em Enfermagem, desenvolvido na Universidade Católica Portuguesa, Porto, e integrado no projeto MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, uma ação transformativa para os Cuidados de Saúde Primários, sediado no Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS). Constitui a equipa de investigação a investigadora Inês Alexandra Dias Fonseca, as orientadoras Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo e Professora Doutora Zaida Charepe.

As mudanças de âmbito social, económico e cultural, ocorridas nas últimas décadas, têm vindo a provocar graduais processos de transformação no seio familiar. Entre as diversas formas de convivência familiar atuais, destaca-se a monoparentalidade.

Explicação do estudo: O objetivo deste estudo é analisar e descrever as características sociodemográficas e epidemiológicas das diversas tipologias de famílias, tendo maior enfoque nas famílias monoparentais. Para alcançar o objetivo proposto, é necessário que responda a um questionário com vista à recolha de informação.

Todas as respostas serão analisadas no sentido de discutir estratégias que possam contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde às famílias, através da minimização/satisfação das dificuldades e necessidades encontradas. Não estão previstos prejuízos para os participantes.

Condições e financiamento: Todos os custos relacionados com o estudo serão suportados pela investigadora. Este estudo mereceu o parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde da Guarda

Confidencialidade e anonimato: Todos os dados pessoais e a informação recolhida são confidenciais e serão apenas utilizados de acordo com os objetivos do estudo e não serão identificados em nenhuma publicação dos resultados. A sua participação é voluntária e é livre de recusar ou abandonar o estudo, quando desejar.

Sempre que desejar qualquer esclarecimento, dúvida ou informação terá à disposição os seguintes contatos: Telefone – 925753929 e E-mail – inalexandra@gmail.com.

Agradeço a sua colaboração

A responsável pela investigação

Ass _____ Data _____ Inês
 Alexandra Dias Fonseca (Doutoranda)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

A Saúde das Famílias e Seus Determinantes

Nº Questionário: _____

1. IDADE: _____anos

6. CONDIÇÃO PERANTE O TRABALHO: Se escolher a opção de **desempregado** passe, por favor, para a pergunta 8.Empregado 1 Desempregado 02. SEXO: Feminino 1 Masculino 2

3. LOCAL DE RESIDÊNCIA:

▪ Rural 1▪ Urbano 2

4. HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:

▪ Ensino básico 1º ciclo 1▪ Ensino básico 2º ciclo 2▪ Ensino básico 3º ciclo 3▪ Ensino secundário 4▪ Licenciatura 5▪ Mestrado 6▪ Doutorado 7

6.1. QUAL A SUA PROFISSÃO ATUAL? _____

5. SITUAÇÃO RELIGIOSA:

▪ Praticante 1▪ Não praticante 2

7. NO QUE DIZ RESPEITO AO TIPO DA SUA HABITAÇÃO COMO A CLASSIFICARIA? (POR FAVOR ESCOLHA APENAS UMA OPÇÃO)

▪ Casa ou andar luxuoso, espaçoso com máximo de conforto 1▪ Casa ou andar bastante espaçoso e confortável 2

- | | |
|---|----------------------------|
| ▪ Casa ou andar em bom estado de conservação, com cozinha, casa de banho e eletrodomésticos essenciais | <input type="checkbox"/> 3 |
| ▪ Casa ou andar modesto com cozinha, casa de banho e eletrodomésticos de menor nível | <input type="checkbox"/> 4 |
| ▪ Alojamento impróprio (barraca, andar ou outro) e coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade | <input type="checkbox"/> 5 |

8. QUAL O ASPETO DO LOCAL/BAIRRO ONDE HABITA? COMO O CLASSIFICARIA? (POR FAVOR ESCOLHA APENAS UMA OPÇÃO)

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| ▪ Zona residencial elegante | <input type="checkbox"/> 1 |
| ▪ Bom local residencial | <input type="checkbox"/> 2 |
| ▪ Zona residencial intermédia | <input type="checkbox"/> 3 |
| ▪ Bairro social / operário | <input type="checkbox"/> 4 |
| ▪ Bairro da lata ou equivalente | <input type="checkbox"/> 5 |

9. NO QUE DIZ RESPEITO AOS RENDIMENTOS FAMILIARES E CONSIDERANDO O RENDIMENTO DO MEMBRO DA FAMÍLIA MAIS ELEVADO, SELECIONE, POR FAVOR, UMA DAS CINCO OPÇÕES SEGUINTE:

- | | |
|---|----------------------------|
| ▪ Lucros de empresas, de propriedades; Heranças; Rendimentos profissionais de elevado nível | <input type="checkbox"/> 1 |
| ▪ Altos vencimentos e honorários igual ou superior a 10 vezes o salário mínimo nacional | <input type="checkbox"/> 2 |
| ▪ Vencimentos certos | <input type="checkbox"/> 3 |
| ▪ Remunerações iguais ou inferiores ao salário mínimo nacional; Pensionistas ou Reformados; Vencimentos incerto | <input type="checkbox"/> 4 |
| ▪ Assistência (subsídios); Rendimento mínimo garantido | <input type="checkbox"/> 5 |

10. RELATIVAMENTE AO TIPO DE FAMÍLIA, A SUA FAMÍLIA É:

- | | |
|--|----------------------------|
| ▪ Nuclear (constituída por homem e mulher com um ou mais filhos biológicos ou adotados e podendo ser ou não legalmente casados, ou constituída por um casal do mesmo sexo, com um ou mais filhos adotados, podendo ser ou não adotados) | <input type="checkbox"/> 1 |
| ▪ Reconstruída (constituída por um casal em que pelo menos um dos elementos tenha uma relação marital anterior e um filho decorrente desse relacionamento) | <input type="checkbox"/> 2 |
| ▪ Monoparental (constituída por figura parental única e presença de uma ou mais crianças, podendo a figura parental ser do sexo feminino ou masculino) | <input type="checkbox"/> 3 |
| ▪ Alargada (constituída por três gerações ou casal ou família nuclear e outros parentes ou pessoas com outros vínculos afetivos que não os de parentesco) | <input type="checkbox"/> 4 |

11. RELATIVAMENTE AO SEU AGREGADO FAMILIAR, DESCREVA QUEM VIVE NA SUA CASA.

GRAU DE PARENTESCO	IDADE

12. LEIA CUIDADOSAMENTE CADA AFIRMAÇÃO E ASSINALE A OPÇÃO QUE ESTÁ MAIS DE ACORDO COM A PERCEÇÃO QUE TEM ACERCA DA FORMA COMO A SUA FAMÍLIA FUNCIONA. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS. POR FAVOR, NÃO DEIXE NENHUMA QUESTÃO EM BRANCO.

	QUASE NUNCA	ALGUMAS VEZES	QUASE SEMPRE
1. Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
2. Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

13. ATUALMENTE, COMO CONSIDERA SER A SUA SAÚDE?

FRACA	RAZOÁVEL	BOA	MUITO BOA	ÓTIMA
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

14. DE SEGUIDA VAI ENCONTRAR UM CONJUNTO DE QUESTÕES ACERCA DO MODO COMO SE SENTE NO DIA A DIA. RESPONDA A CADA UMA DELAS ASSINALANDO A RESPOSTA QUE MELHOR SE APLICA A SI.

Inventário de Saúde Mental (ISM), versão portuguesa de Pais-Ribeiro (2001)

14.1. QUÃO FELIZ E SATISFEITO VOCÊ TEM ESTADO COM A SUA VIDA PESSOAL?

MUITO INSATISFEITO E INFELIZ, A MAIOR PARTE DO TEMPO	GERALMENTE INSATISFEITO, INFELIZ	POR VEZES LIGEIRAMENTE SATISFEITO, POR VEZES LIGEIRAMENTE INFELIZ	GERALMENTE SATISFEITO E FELIZ	MUITO FELIZ E SATISFEITO À MAIOR PARTE DO TEMPO	EXTREMAMENTE FELIZ, NÃO PODE HAVER PESSOA MAIS FELIZ E SATISFEITA
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

14.2. DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU SÓ NO PASSADO MÊS?

NUNCA	QUASE NUNCA	DURANTE ALGUM TEMPO	A MAIOR PARTE DO TEMPO	QUASE SEMPRE	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

14.3. COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU NERVOSO OU APREENSIVO PERANTE COISAS QUE ACONTECERAM, OU PERANTE SITUAÇÕES INESPERADAS, NO ÚLTIMO MÊS?

NUNCA	QUASE NUNCA	COM POUCA FREQUÊNCIA	FREQUENTEMENTE	COM MUITA FREQUÊNCIA	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

14.4. DURANTE O MÊS PASSADO COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE TINHA UM FUTURO PROMISSOR E CHEIO DE ESPERANÇA?

NUNCA	QUASE NUNCA	COM POUCA FREQUÊNCIA	FREQUENTEMENTE	COM MUITA FREQUÊNCIA	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

14.5. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE A SUA VIDA NO DIA A DIA ESTAVA CHEIA DE COISAS INTERESSANTES?

NUNCA	QUASE NUNCA	COM POUCA FREQUÊNCIA	FREQUENTEMENTE	COM MUITA FREQUÊNCIA	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

14.6. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU RELAXADO E SEM TENSÃO?

NUNCA	QUASE NUNCA	COM POUCA FREQUÊNCIA	FREQUENTEMENTE	COM MUITA FREQUÊNCIA	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

14.7. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU PRAZER NAS COISAS QUE FAZIA?

NUNCA	QUASE NUNCA	COM POUCA FREQUÊNCIA	FREQUENTEMENTE	COM MUITA FREQUÊNCIA	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

14.8. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, TEVE ALGUMA VEZ RAZÃO PARA SE QUESTIONAR SE ESTARIA A PERDER A CABEÇA, OU A PERDER O CONTROLO SOBRE OS SEUS ACTOS, AS SUAS PALAVRAS, OS SEUS, PENSAMENTOS, SENTIMENTOS OU MEMÓRIA?

SIM E ESTOU MUITO PROCUPADO COM ISSO	SIM, E ISSO PREOCUPA-ME	SIM, E FIQUEI UM BOCADO PREOCUPADO	SIM, MAS SUFICIENTE PARA FICAR PREOCUPADO COM ISSO	TALVEZ UM POUCO	NÃO, NUNCA
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

14.9. SENTIU-SE DEPRIMIDO DURANTE O ÚLTIMO MÊS?

SIM, ATÉ AO PONTO DE NÃO ME INTERESSAR POR NADA DURANTE DIAS	SIM, MUITO DEPRIMIDO QUASE TODOS OS DIAS	SIM, DEPRIMIDO MUITAS VEZES	SIM, POR VEZES SINTO-ME UM POUCO DEPRIMIDO	NÃO, NUNCA ME SINTO DEPRIMIDO
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

14.10. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTAS VEZES SE SENTIU AMADO E QUERIDO?

NUNCA	MUITO POUCAS VEZES	ALGUMAS VEZES	A MAIOR PARTE DAS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

14.11. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?

NUNCA	QUASE NUNCA	DURANTE ALGUM TEMPO	A MAIOR PARTE DO TEMPO	QUASE SEMPRE	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

14.12. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA ESPERAVA TER UM DIA INTERESSANTE AO LEVANTAR-SE?

NUNCA	QUASE NUNCA	COM POUCA FREQUÊNCIA	FREQUENTEMENTE	COM MUITA FREQUÊNCIA	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

14.13. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU TENSO E IRRITADO?

NUNCA	QUASE NUNCA	DURANTE ALGUM TEMPO	A MAIOR PARTE DO TEMPO	QUASE SEMPRE	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

14.14. DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU QUE CONTROLAVA PERFEITAMENTE O SEU COMPORTAMENTO, PENSAMENTO, EMOÇÕES E SENTIMENTOS?

SIM, COMPLETAMENTE	NÃO E ANDO UM POUCO PERTURBADO POR ISSO	NÃO MUITO BEM	SIM, PENSO QUE SIM	SIM, GERALMENTE	NÃO, E ANDO MUITO PERTURBADO POR ISSO
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

14.15. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU AS MÃOS A TREMER QUANDO FAZIA ALGUMA COISA?

NUNCA	QUASE NUNCA	COM POUCA FREQUÊNCIA	FREQUENTEMENTE	COM MUITA FREQUÊNCIA	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

14.16. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE NÃO TINHA FUTURO, QUE NÃO TINHA PARA ONDE ORIENTAR A SUA VIDA?

NUNCA	QUASE NUNCA	COM POUCA FREQUÊNCIA	FREQUENTEMENTE	COM MUITA FREQUÊNCIA	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

14.17. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?

NUNCA	QUASE NUNCA	DURANTE ALGUM TEMPO	A MAIOR PARTE DO TEMPO	QUASE SEMPRE	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

14.18. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU EMOCIONALMENTE ESTÁVEL?

NUNCA	QUASE NUNCA	DURANTE ALGUM TEMPO	A MAIOR PARTE DO TEMPO	QUASE SEMPRE	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

14.19. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?

NUNCA	QUASE NUNCA	DURANTE ALGUM TEMPO	A MAIOR PARTE DO TEMPO	QUASE SEMPRE	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

14.20. COM QUE FREQUÊNCIA, NO MÊS PASSADO SE SENTIU COMO SE FOSSE CHORAR?

NUNCA	QUASE NUNCA	COM POUCA FREQUÊNCIA	FREQUENTEMENTE	COM MUITA FREQUÊNCIA	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

14.21. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ SENTIU QUE AS OUTRAS PESSOAS SE SENTIRIAM MELHOR SE VOCÊ NÃO EXISTISSE?

NUNCA	QUASE NUNCA	COM POUCA FREQUÊNCIA	FREQUENTEMENTE	COM MUITA FREQUÊNCIA	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

14.22. QUANTO TEMPO, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU CAPAZ DE RELAXAR SEM DIFICULDADE?

NUNCA	QUASE NUNCA	COM POUCA FREQUÊNCIA	FREQUENTEMENTE	COM MUITA FREQUÊNCIA	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

14.23. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE AS SUAS RELAÇÕES AMOROSAS ERAM TOTAL OU COMPLETAMENTE SATISFATÓRIAS?

NUNCA	QUASE NUNCA	COM POUCA FREQUÊNCIA	FREQUENTEMENTE	COM MUITA FREQUÊNCIA	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

14.24. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE TUDO ACONTECIA AO CONTRÁRIO DO QUE DESEJAVA?

NUNCA	QUASE NUNCA	COM POUCA FREQUÊNCIA	FREQUENTEMENTE	COM MUITA FREQUÊNCIA	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

14.25. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUÃO INCOMODADO É QUE VOCÊ SE SENTIU DEVIDO AO NERVOSO?

EXTREMAMENTE, AO PONTO DE NÃO PODER FAZER AS COISAS QUE DEVEIA	MUITO INCOMODADO	UM POUCO INCOMODADO PELOS MEUS NERVOS	ALGO INCOMODADO, O SUFICIENTE PARA QUE DESSE POR ISSO	APENAS DE FORMA MUITO LIGEIRA	NADA INCOMODADO
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

14.26. NO MÊS QUE PASSOU, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE A SUA VIDA ERA UMA AVENTURA MARAVILHOSA?

NUNCA	QUASE NUNCA	DURANTE ALGUM TEMPO	A MAIOR PARTE DO TEMPO	QUASE SEMPRE	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

14.27. DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?

NUNCA	QUASE NUNCA	COM POUCA FREQUÊNCIA	FREQUENTEMENTE	COM MUITA FREQUÊNCIA	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

14.28. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ALGUMA VEZ PENSOU EM ACABAR COM A VIDA?

NÃO, NUNCA	SIM, UMA VEZ	SIM, UMAS POUCAS DE VEZES	SIM, ALGUMAS VEZES	SIM, MUITAS VEZES
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

14.29. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU, CANSADO INQUIETO E IMPACIENTE?

NUNCA	QUASE NUNCA	DURANTE ALGUM TEMPO	A MAIOR PARTE DO TEMPO	QUASE SEMPRE	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

14.30. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU RABUGENTO OU DE MAU HUMOR?

NUNCA	QUASE NUNCA	DURANTE ALGUM TEMPO	A MAIOR PARTE DO TEMPO	QUASE SEMPRE	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

14.31. DURANTE QUANTO TEMPO, NO ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU ALEGRE, ANIMADO E BEM DISPOSTO?

NUNCA	QUASE NUNCA	DURANTE ALGUM TEMPO	A MAIOR PARTE DO TEMPO	QUASE SEMPRE	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

14.32. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU CONFUSO OU PERTURBADO?

NUNCA	QUASE NUNCA	COM POUCA FREQUÊNCIA	FREQUENTEMENTE	COM MUITA FREQUÊNCIA	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

14.33. DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU-SE ANSIOSO OU PREOCUPADO?

NÃO, DE MANEIRA NENHUMA	SIM, DE FORMA MUITO LIGEIRA	SIM, O SUFICIENTE PARA ME INCOMODAR	SIM, UM POUCO	SIM, MUITO	SIM, EXTREMAMENTE, AO PONTO DE FICAR DOENTE OU QUASE
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

14.34. NO O ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?

NUNCA	QUASE NUNCA	DURANTE ALGUM TEMPO	A MAIOR PARTE DO TEMPO	QUASE SEMPRE	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

14.35. COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU COM DIFICULDADE EM SE MANTER CALMO?

NUNCA	QUASE NUNCA	COM POUCA FREQUÊNCIA	FREQUENTEMENTE	COM MUITA FREQUÊNCIA	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

14.36. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU ESPIRITUALMENTE EM BAIXO?

NUNCA ACORDO COM A SENSAÇÃO DE CANSADO	QUASE NUNCA	DURANTE ALGUM TEMPO	UMA BOA PARTE DO TEMPO	QUASE SEMPRE	SEMPRE
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

14.37. COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ACORDOU DE MANHÃ SENTINDO-SE FRESCO E REPOUSADO?

NUNCA	QUASE NUNCA	ALGUMAS VEZES, MAS NOMALMENTE NÃO	FREQUENTEMENTE	QUASE TODOS OS DIAS	SEMPRE, TODOS OS DIAS
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

14.38. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ESTEVE, OU SENTIU-SE DEBAIXO DE GRANDE PRESSÃO OU STRESS?

NÃO, NENHUMA	SIM, UM POUCO	SIM, ALGUMA, COMO DE COSTUME	SIM, ALGUMA, MAIS DO QUE O COSTUME	SIM, MUITA PRESSÃO	SIM, QUASE A ULTRAPASSAR OS MEUS LÍMITES
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

15. AS SEGUINTES QUESTÕES REFEREM-SE A VÁRIOS ASPETOS DO SEU SONO. PARA CADA UMA DELAS ASSINALE A OPÇÃO QUE MELHOR SE ADEQUA A SI, NUMA ESCALA DE 0 A 5.

Sleep Health Scale, validado para a população portuguesa por Becker, Martins, Jesus, Chiodeli, & Rieber (2018)

	0 NUNCA	1	2	3	4	5 SEMPRE
1. Deita-se e levanta-se mais ou menos à mesma hora todos os dias?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Está satisfeito(a) com o seu sono?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Consegue ficar acordado(a) todo o dia sem fazer uma sesta?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Encontra-se já a dormir (ou na cama) entre as duas e as quatro horas da madrugada?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Passa menos de 30 minutos acordado à noite? (inclui o tempo que leva a adormecer e os despertares durante o sono)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Dorme entre 7 e 9 horas por dia?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

16. A PERGUNTA QUE SE SEGUE REFERE-SE À EXISTÊNCIA NO PROGENITOR, DE DOENÇAS CRÓNICAS HÁ MAIS DE SEIS MESES (OU QUE SE PREVEJA VIR A DURAR MAIS DE SEIS MESES). SE NÃO SOFRE OU SOFREU DE NENHUMA DOENÇA COM DURAÇÃO IGUAL OU SUPERIOR A SEIS MESES, PASSE, POR FAVOR, PARA A PERGUNTA SEGUINTE.

16.1-SE SOFRE OU SOFREU DE ALGUMA DOENÇA POR UM PERÍODO IGUAL OU SUPERIOR A SEIS MESES OU QUE SE PREVEJA UMA DURAÇÃO SUPERIOR A SEIS MESES, DIGA QUAL? _____

17. ATENDENDO AO APOIO QUE RECEBE DA SUA FAMÍLIA, AMIGOS E VIZINHOS, RESPONDA ÀS QUESTÕES QUE SE SEGUEM.

Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido, adaptada e validada para a população portuguesa, por Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia, & Mota-Pereira (2011)

	DISCORDO COMPLETAMENTE	DISCORDO FORTEMENTE	DISCORDO PARCIALMENTE	NÃO TENHO OPINIÃO	CONCORDO PARCIALMENTE	CONCORDO FORTEMENTE	CONCORDO COMPLETAMENTE
1. Há uma pessoa especial que se encontra próximo quando necessito.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
2. Há uma pessoa especial com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
3. A minha família tenta ajudar-me verdadeiramente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
4. Tenho a ajuda emocional e o apoio que necessito da minha família	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
5. Tenho uma pessoa que é verdadeiramente uma fonte de conforto para mim	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
6. Os meus amigos procuram realmente ajudar-me	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
7. Posso contar com os meus amigos quando algo corre verdadeiramente mal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
8. Posso falar dos meus problemas com a minha família	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
9. Tenho amigos com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
10. Há uma pessoa especial na minha vida que se preocupa com os meus sentimentos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
11. A minha família está disponível para me ajudar a tomar decisões	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
12. Posso falar dos meus problemas com os meus amigos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

18. TENDO EM CONTA O SEU DIA A DIA (ATUALMENTE), QUANTAS REFEIÇÕES FAZ, POR DIA? _____ refeições.

19. COM QUE FREQUÊNCIA DIRIA QUE COMEU / BEBEU OS SEGUINTE ALIMENTOS, NUMA SEMANA TÍPICA, NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

	NUNCA	<1 VEZ MÊS	1-3 VEZES MÊS	1 VEZ SEMANA	2-3 VEZES SEMANA	4-6 VEZES SEMANA	1 VEZ DIA	2 VEZES DIA	≥ 3 VEZES DIA	NÃO RESPONDO
1. Fruta (excluindo sumos de fruta e bebidas frutadas)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
2. Sumo de fruta e/ou vegetais (naturais ou produtos com 100% sumo)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
3. Sopa de Legumes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
4. Vegetais no prato (cozinhados ou em cru)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10

20. RELATIVAMENTE AOS SEUS CONSUMOS DE ALCÓOL, RESPONDA ÀS SEGUINTE QUESTÕES. PARA CADA QUESTÃO ASSINALE A RESPOSTA QUE MAIS SE ADEQUA À SUA SITUAÇÃO.

Escala AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?	NUNCA	1 VEZ POR MÊS OU MENOS	2 A 4 VEZES MÊS	2 A 3 VEZES SEMANA	4 OU MAIS VEZES SEMANA
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?	1 OU 2	3 OU 4	5 OU 6	7 A 9	10 OU MAIS
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?	NUNCA	MENOS DE 1 VEZ MÊS	PELO MENOS 1 VEZ MÊS	PELO MENOS 1 VEZ SEMANA	DIARIAMENTE OU QUASE DIARIAMENTE
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	NUNCA	MENOS DE 1 VEZ MÊS	PELO MENOS 1 VEZ MÊS	PELO MENOS 1 VEZ SEMANA	DIARIAMENTE OU QUASE DIARIAMENTE
4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	NUNCA	MENOS DE 1 VEZ MÊS	PELO MENOS 1 VEZ MÊS	PELO MENOS 1 VEZ SEMANA	DIARIAMENTE OU QUASE DIARIAMENTE
5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exige, por ter bebido?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	NUNCA	1 VEZ POR MÊS OU MENOS	2 A 4 VEZES MÊS	2 A 3 VEZES SEMANA	4 OU MAIS VEZES SEMANA
6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	NUNCA	1 VEZ POR MÊS OU MENOS	2 A 4 VEZES MÊS	2 A 3 VEZES SEMANA	4 OU MAIS VEZES SEMANA
7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	NUNCA	1 VEZ POR MÊS OU MENOS	2 A 4 VEZES MÊS	2 A 3 VEZES SEMANA	4 OU MAIS VEZES SEMANA
8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	NÃO	SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES	SIM, ACONTECEU NOS ÚLTIMOS 12 MESES
9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4

	NÃO	SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES	SIM, ACONTECEU NOS ÚLTIMOS 12 MESES
10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4

21. NUMA SEMANA TÍPICA, QUANTOS DIAS POR SEMANA FAZ ATIVIDADE REGULAR (COMO CORRER, ANDAR DE BICICLETA OU OUTRAS), DE FORMA A SENTIR-SE CANSADA(O)? _____ (dias)

22. EM MÉDIA, QUANTOS MINUTOS DURA ESSA ATIVIDADE FÍSICA? _____ (minutos)

