



## Universidades Lusíada

Carvalho, Margarida Filipa Monteiro, 1993-

### **Estudo sobre a relação entre estilos parentais e a saúde psicológica**

<http://hdl.handle.net/11067/3746>

#### **Metadados**

**Data de Publicação** 2018-02-05

**Resumo** O presente estudo enquadra-se no tema das práticas e dos estilos parentais, e a sua possível relação com a saúde dos pais. O principal objetivo do estudo é assim compreender qual a relação entre estilos parentais e saúde dos pais de crianças entre os 6 e os 16 anos de idade, e para isso foram usados como instrumentos a Eгна Minnen Bestrãffende Uppfostran-P (EMBU-P) e o Questionário de Saúde Geral de 28 Itens (General Health Questionnaire- GHQ28). Este estudo teve uma amostra de 1096 pessoas com ...

The present study fits the theme of parental practices and styles, and their possible relation with the health of the parents. The main objective of this study is to understand the relationship between parenting styles and health of the parents of children between the ages of 6 and 16 years, and for that we used Eгна Minnen Bestrãffende Uppfostran-P (EMBU-P) and the General Health Questionnaire of 28 Items (GHQ28) as main instruments. This study had a sample of 1096 people with children within t...

**Palavras Chave** Pais - Saúde mental, Pais e filhos, Parentalidade

**Tipo** masterThesis

**Revisão de Pares** Não

**Coleções** [ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T07:21:16Z com informação proveniente do Repositório



**UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**Estudo sobre a relação entre estilos parentais  
e a saúde psicológica**

**Realizado por:**

Margarida Filipa Monteiro Carvalho

**Orientado por:**

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

**Constituição do Júri:**

Presidente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

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

Arguente: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Dissertação aprovada em: 29 de Janeiro de 2018

Lisboa

2017



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

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**Estudo sobre a relação entre estilos parentais e a  
saúde psicológica**

Margarida Filipa Monteiro Carvalho

Lisboa

Novembro 2017



**UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**Estudo sobre a relação entre estilos parentais e a  
saúde psicológica**

**Margarida Filipa Monteiro Carvalho**

Lisboa

Novembro 2017

Margarida Filipa Monteiro Carvalho

## Estudo sobre a relação entre estilos parentais e a saúde psicológica

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

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

Lisboa

Novembro 2017

## Ficha Técnica

**Autor** Margarida Filipa Monteiro Carvalho  
**Orientadora** Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlia Rute Maia Cabrita  
**Título** Estudo sobre a relação entre estilos parentais e a saúde psicológica  
**Local** Lisboa  
**Ano** 2017

### Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

CARVALHO, Margarida Filipa Monteiro, 1993-

Estudo sobre a relação entre estilos parentais e a saúde psicológica / Margarida Filipa Monteiro Carvalho ; orientado por Túlia Rute Maia Cabrita. - Lisboa : [s.n.], 2017. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - CABRITA, Túlia Rute Maia, 1972-

LCSH

1. Pais - Saúde mental
2. Pais e filhos
3. Parentalidade
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Pais - Mental health

2. Parent and child

3. Parenthood

4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RC488.5.C37 2017

## **Agradecimentos**

Ao longo da realização desta tese, houve algumas pessoas que me ajudaram na sua concretização, por isso gostaria de agradecer a algumas delas.

Agradeço à Professora Dra. Tânia Santos pela sugestão do tema, pelo seu apoio não só durante o tempo de realização bem como durante toda a Licenciatura e Mestrado.

Agradeço também à Professora Dra. Túlia Cabrita, orientadora de tese, por todo o acompanhamento e apoio não só durante a realização da tese, como também durante a Licenciatura e Mestrado.

Agradeço aos locais onde fiz a recolha de dados nomeadamente os seguintes: Akademia dos Portais, Espaço Go, Centro Social da Quinta do Anjo e Tabuada das Letras. Agradeço ainda a todos os pais que colaboraram no questionário.

Agradeço a todos os meus colegas do mestrado pela ajuda ao longo dos anos, e particularmente ao longo deste ano. Um agradecimento muito especial à Ana Cerqueira, pela sua ajuda e apoio incansável ao longo de todo este tempo, e mesmo com todo o trabalho que sempre teve, conseguiu sempre tirar um tempo para me ajudar e esclarecer as dúvidas que tinha.

Agradeço à Sónia Costa por toda a paciência e ensinamento ao longo dos anos, e por me ter ajudado mais uma vez, ela é certamente uma das pessoas que mais me ajudou a chegar até aqui.

Agradeço à Natacha não só pela gigante ajuda que me deu, mas também por todos os conselhos, ensinamentos que me têm dado ao longo dos anos, e por me querer ajudar sempre a melhorar. Um obrigado também a todas as outras pessoas que conheci através da EsperançaAnimal e que ao longo deste ano me motivaram a apoiarem, nomeadamente o Capucho, a Susy e a Fátima.

Agradeço aos meus pais, por acreditarem em mim e nas minhas escolhas, pela paciência para os momentos de falta de autoconfiança, e por tudo o que fizeram pela minha formação pessoal e profissional. Agradeço também à restante família pelo interesse e apoio.

## **Resumo**

O presente estudo enquadra-se no tema das práticas e dos estilos parentais, e a sua possível relação com a saúde dos pais. O principal objetivo do estudo é assim compreender qual a relação entre estilos parentais e saúde dos pais de crianças entre os 6 e os 16 anos de idade, e para isso foram usados como instrumentos a Eгна Minnen Besträffande Uppfostran-P (EMBU-P) e o Questionário de Saúde Geral de 28 Itens (General Health Questionnaire- GHQ28). Este estudo teve uma amostra de 1096 pessoas com filhos dentro das idades exigidas, destas pessoas 78% eram do sexo feminino e as restantes 22% eram do sexo masculino, esta amostra foi encontrada em vários centros de estudo, escolas, por conveniência e online. Os resultados indicam que existe uma relação inversa entre saúde e estilos parentais, com a exceção do suporte emocional que têm uma relação proporcional com a ansiedade e insónia, disfunção social e a depressão. Os resultados apontam ainda um maior suporte emocional por parte das mães.

**Palavras-chave:** Parentalidade, Estilos parentais, Saúde mental.



## **Abstract**

The present study fits the theme of parental practices and styles, and their possible relation with the health of the parents. The main objective of this study is to understand the relationship between parenting styles and health of the parents of children between the ages of 6 and 16 years, and for that we used Egna Minnen Besträffande Uppfostran-P (EMBU-P) and the General Health Questionnaire of 28 Items (GHQ28) as main instruments. This study had a sample of 1096 people with children within the required ages, of whom 78% were female and the remaining 22% were male, the sample was found in several study centers, schools, for convenience and online. The results indicate that there is an inverse relationship between health and parenting styles, with the exception of emotional support that has a proportional relationship with anxiety and insomnia, social dysfunction and depression. The results show too greater emotional support from the mothers.

**Keywords:** Parenting, Parental styles, Mental health.



### **Lista de abreviaturas**

EMBU-P - Egna Minnen Bertröffande Uppfostran – Parents version

GHQ28 - General Health Questionnaire- GHQ28

PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

WHO - World Health Organization



## Índice

Agradecimentos .....	V
Resumo .....	VII
Abstract.....	IX
Lista de abreviaturas .....	XI
Índice .....	XIII
Lista de tabelas .....	XV
Lista de anexos .....	XVII
Introdução.....	1
Enquadramento teórico.....	3
Modelo Ecológico.....	3
Parentalidade .....	5
Estilos Parentais.....	8
Estilos Parentais e variáveis sociodemográficas .....	10
Estilos Parentais e Saúde Mental.....	14
Objetivos.....	21
Metodologia.....	23
Participantes.....	23
Instrumentos .....	23
Questionário de Saúde Geral de 28 Itens (General Health Questionnaire - GHQ28) .....	23
Egna Minnen Besträffande Uppfostran-P (EMBU-P).....	24
Procedimento .....	25
Discussão .....	33
Referências .....	41

Anexos.....	47
Anexo A.....	49

## Lista de tabelas

Tabela 1 Estatísticas Descritivas - Estilos Parentais .....	27
Tabela 2 Estatísticas Descritivas - Saúde Mental .....	27
Tabela 3 Estudo das Diferenças em Relação à Saúde e aos Estilos Parentais em Função do Género .....	28
Tabela 4 Estudo das Diferenças em Relação à Saúde e aos Estilos Parentais em Função da Idade.....	29
Tabela 5 Correlações entre estilos parentais e saúde mental .....	30
Tabela 6 Estudo das Variáveis Predictoras do Suporte Emocional .....	31
Tabela 7 Estudo das Variáveis Predictoras da Rejeição .....	31
Tabela 8 Estudo das Variáveis Predictoras da Tentativa de Controlo.....	32



## **Lista de anexos**

Anexo A Protocolo do Estudo .....	51
-----------------------------------	----



## **Introdução**

O presente estudo realizado no segundo ano do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Lusíada de Lisboa tem como objetivo a apresentação da tese de mestrado para obtenção do grau de mestre em psicologia clínica. O seu principal objetivo é perceber a relação entre os estilos parentais e a saúde mental dos pais.

Baumrind (1966) propôs três tipos de estilos parentais: o permissivo, o autoritativo e o autoritário. Os estilos parentais são o conjunto de atitudes que são comunicadas à criança e/ou ao jovem, atitudes essas que todas juntas, criam um clima emocional, no qual os pais atuam de uma determinada forma (Darling & Steinberg, 1993).

Este estudo está então dividido em três partes distintas. A primeira parte é o enquadramento teórico, onde se fala num primeiro momento sobre como o ambiente em que se insere pode afetar um indivíduo e a sua família, passamos para o conceito de parentalidade, e por fim, os estilos parentais e a saúde mental dos pais. Na segunda parte, do estudo são estabelecidos os seus objetivos, apresentam-se os instrumentos usados no estudo e o procedimento utilizado. Na terceira e última parte, são apresentados os resultados do estudo e é feita a sua discussão e conclusão com base nos resultados obtidos, bem como algumas considerações finais onde serão apontadas algumas limitações e sugestões para estudos seguintes.



## **Enquadramento teórico**

### **Modelo Ecológico**

A ecologia do desenvolvimento humano é o estudo científico da adaptação progressiva e mútua, ao longo da vida, entre uma pessoa em crescimento e os ambientes imediatos em que essa pessoa se insere, uma vez que este processo é afetado pelas relações que se obtêm dentro e entre esses ambientes imediatos, bem como os contextos sociais mais amplos, tanto formais como informais (Bronfenbrenner, 1977).

Bronfenbrenner (1977) refere ainda que dentro deste ambiente ecológico existem diferentes estruturas que funcionam entre si, começando cada uma onde acaba a outra. Estas estruturas são o microsistema que se define pelas relações entre uma pessoa em desenvolvimento e o ambiente mais próximo onde esta se insere, como por exemplo a casa ou o trabalho, sendo que este ambiente é um local com características e objetivos específicos onde os participantes desenvolvem papéis específicos, como por exemplo, pai, mãe, filho, professor, funcionário, entre outros. O mesossistema que se define pelas inter-relações entre os ambientes principais onde a pessoa se move, por exemplo as interações entre família, escola e grupo de pares para uma criança, e para um adulto podem ser as interações entre família, trabalho, grupo de amigos, ginásio, entre outros, podendo assim ser possível falar do mesossistema como um conjunto de microsistemas. O exossistema que se define como uma estrutura que engloba todas as outras estruturas sociais, formais e não formais, tendo em conta que a pessoa pode não se inserir nessas estruturas, mas elas influenciam ou podem até determinar a sua maneira de agir, pois essas estruturas podem ser o mundo laboral, o bairro onde a pessoa se encontra a viver, os meios de comunicação, as agências governamentais, os bens e serviços, entre outros. Por fim, existe ainda o macrosistema que se define pelas instituições que influenciam uma determinada cultura, tal como a economia, a educação, as leis, a política, entre outros. Ou seja, refere-se à

informação que cada uma destas instituições referidas fornece aos pais e às crianças sobre a maneira de como devem proceder no seu dia-a-dia, e como devem interagir uns com os outros, estas instituições tendem a definir redes sociais, papéis, atividades e inter-relações de uma determinada sociedade.

Bornstein (2000) salienta, que para além da família nuclear, os pais são influenciados e afetados por sistemas sociais em maior escala, neste contexto incluem-se diversos fatores como o tipo de família, os sistemas de apoio formal e informal, os laços comunitários, de trabalho, sociais, educacionais, legais, médicos, governamentais, a classe económica em que se insere, a cultura, e até as imagens que os media transmitem sobre o que é a paternidade. Todos estes fatores desempenham papéis significativos na formação das crenças parentais e na orientação dos comportamentos parentais.

Bronfenbrenner e Morris (1998, citados citado por Martins & Szymanski, 2004) falam ainda do modelo bioecológico, onde é referido que o desenvolvimento humano se define como sendo um fenómeno contínuo e de mudança nas características biopsicológicas dos seres humanos, tanto como seres individuais ou como seres inseridos num grupo. O fenómeno estende-se ao longo do ciclo de vida, através das sucessivas gerações e através do tempo histórico, passado e futuro. Neste modelo bioecológico, são rerepresentados quatro aspetos multidirecionais relacionados entre si, sendo designado como modelo PPCT, cujo significado se prende com pessoa, processo, contexto e tempo.

O termo pessoa refere-se à linha contínua que é a vida e às mudanças do ser humano ao longo do seu desenvolvimento, no decorrer da sua existência. Esta abordagem realça a importância de se considerarem as características pessoais do indivíduo em desenvolvimento, como o género e a cor da pele, que podem influenciar a maneira com a qual outros indivíduos lidam com essa pessoa. Bem como os valores e as expectativas que se têm na relação social, as

convicções, o nível de atividade, o temperamento, as metas e as motivações devem ser consideradas no indivíduo.

O termo processo, refere-se às ligações entre os diferentes níveis e é constituído pelos papéis e atividades diárias da pessoa em desenvolvimento. Pois para haver desenvolvimento intelectual, emocional, social e moral, um ser humano seja ele criança ou adulto, necessita sempre de participação ativa nos processos de interação mais complexos e participação recíproca com pessoas, objetos e símbolos no seu ambiente imediato. Para ser eficiente, a interação tem que ocorrer regularmente em períodos prolongados no tempo, formas essas duradouras de interação no ambiente imediato que se referem aos processos proximais.

O termo contexto, diz respeito ao meio ambiente global em que o indivíduo se insere e onde se desenrolam os processos do desenvolvimento, em que são abrangidos tanto os ambientes mais imediatos nos quais o indivíduo em desenvolvimento vive, como os mais longínquos, onde a pessoa nunca esteve, mas que se relacionam e têm o poder de influenciar o curso do desenvolvimento humano.

O termo tempo, entende-se pelas mudanças que ocorrerem ao longo dos tempos, devido às pressões sofridas pela pessoa em desenvolvimento. Como exemplo temos os pequenos episódios da vida familiar, como a entrada na escola pela primeira vez, o nascimento de um irmão ou a mudança de trabalho dos pais, entre outros, que podem influenciar significativamente o desenvolvimento das pessoas dessa família em algum momento das suas vidas.

### **Parentalidade**

O conceito de parentalidade tem sido definido por alguns investigadores como o conjunto de atividades que têm o propósito de assegurar a sobrevivência e o desenvolvimento da criança, num ambiente seguro, de modo a que a criança socialize e atinja o objetivo de ser

progressivamente mais autónoma. Este conceito é descrito como uma das tarefas mais complexas, difíceis e com maiores desafios e responsabilidades para o ser humano (Barroso & Machado, 2011).

A parentalidade baseia-se em características físicas, pessoais e intelectuais, transitórias e duradouras do indivíduo, que incluem habilidades vitais e resistência, componentes afetivos como o empenho, a empatia, a consideração positiva para as crianças e as considerações cognitivas sobre como cuidar das crianças (Bornstein, 2001).

Os pais pretendem que os seus filhos tenham sucesso na vida e a sua maior intenção é socializá-los com uma grande variedade de maneiras, diretas e indiretas. A experiência é o estímulo principal para o desenvolvimento e as experiências fornecidas pelos pais que influenciam diretamente as crianças, geralmente assumem a forma de crenças e comportamentos. Crenças parentais incluem perceções, expectativas, atribuições, atitudes, conhecimento, ideias, metas e valores, sobre todos os aspetos da criação dos seus filhos e do desenvolvimento infantil. Estas crenças desempenham diversas funções: podem gerar e moldar os comportamentos dos pais, mediar a eficácia da parentalidade ou ajudar a organizar a parentalidade. Para compreender totalmente o que significa a parentalidade devemos ter em conta a ecologia onde esta ocorre (Bornstein, 2001).

A transição para a parentalidade, no caso da mãe, tem sido descrita por diversos autores, como um processo que engloba aspetos que têm a ver com o desempenho de cuidados, o funcionamento familiar ou a recuperação do estilo de vida, a satisfação pessoal e emocional, onde então se envolvem as representações da mulher em relação à gravidez e à maternidade, fatores relacionados com a própria mulher, com o bebé e com as condições sociais (Vilaça, 2012).

Para Houzel et. col. (1999, citados por Pereira & Alarcão, 2014), a parentalidade deve

ser concebida segundo 3 eixos. O primeiro dos eixos, diz respeito ao exercício da parentalidade e inclui os direitos e os deveres jurídicos que os progenitores recebem quando nasce um filho. Como a obrigação de vigilância e proteção quanto à educação e à saúde, que só são modificáveis perante decisão de um juiz. O segundo, refere-se à experiência da parentalidade e integra o que é sentido, experimentado e vivido por aqueles que são encarregues de funções parentais. O terceiro eixo, salienta a prática da parentalidade e diz respeito a tarefas de ordem doméstica, de cuidado, de educação, de socialização, e ainda as interações entre o progenitor e o seu filho. Todo este processo pretende cumprir uma função dos pais/prestadores de cuidados junto da criança, nomeadamente a satisfação das necessidades físicas, afetivas, cognitivas, emocionais e sociais com vista à sua autonomização.

Barudy e Dantagan (2005, citados por Pereira & Alarcão, 2014) definem cinco características que compõem uma parentalidade mínima: a existência de recursos de vinculação, níveis de empatia e modelos educativos que reconheçam a criança como sujeito com necessidades e direitos. A existência de experiências de participação em redes de apoio social. A capacidade de solicitar ajuda dos serviços no que respeita às crianças. A capacidade de introspeção suficiente para a tomada da responsabilidade. Por fim a possibilidade de confiar e colaborar com profissionais e instituições que possam oferecer ajuda quando necessária.

Belsky e Jafee (2006), concluíram numa revisão sobre os fundamentos teóricos iniciais do modelo socio-contextual da parentalidade, quais os fatores que parecem influenciar as práticas parentais. O modelo presume que a parentalidade seja diretamente influenciada por três determinantes: que são os fatores individuais dos pais, como por exemplo a personalidade, por características individuais da criança, como por exemplo o temperamento, e por fatores do contexto social alargado onde a relação pais-criança se encontra estabelecida, como por exemplo a ocupação profissional dos pais ou as redes de suporte social.

Hoghugh (2004, citado por Barroso e Machado 2011), defende, com base nas propostas de autores como Bronfenbrenner e de Belsky, a existência de onze dimensões da parentalidade. Segundo o autor, a parentalidade subdivide-se em atividades parentais, que se definem como o conjunto de atividades necessárias para uma parentalidade suficientemente adequada, distinguindo-se aqui as dimensões de cuidado, controlo e disciplina e desenvolvimento, que têm como objetivo assegurar a prevenção de adversidades que possam fazer sofrer a criança, assim como promover situações positivas que a ajudem ao longo da sua vida. Juntam-se as áreas funcionais, que se definem como os principais aspetos do funcionamento da criança e aqui distinguem-se as dimensões da saúde física, saúde mental, comportamento social e o funcionamento educativo e intelectual, onde estão envolvidos elementos respeitantes a aspetos do funcionamento da criança, que requerem atenção parental. Trata-se da especificação de determinadas tarefas parentais. Incluem-se ainda os pré-requisitos, que se definem como sendo o conjunto de especificidades necessárias para o desenvolvimento da atividade parental. Aqui efetua-se a distinção entre as dimensões conhecimento e compreensão, pré-requisitos que estão de certa forma interligados com a motivação, na medida em que o conhecimento por si só, poderá não resultar se não for traduzido em ação. Outras dimensões não menos importantes são a motivação, os recursos e as oportunidades.

### **Estilos Parentais**

Os estilos parentais são definidos como o conjunto de atitudes que são comunicadas à criança ou ao jovem, atitudes essas que todas juntas, criam um clima emocional, no qual os pais atuam de uma determinada forma. Por sua vez, as práticas parentais educativas dizem respeito aos comportamentos que possuem objetivos específicos, através dos quais os pais mostram os seus deveres como pais (Darling & Steinberg, 1993).

Baumrind (1966) propôs três tipos de estilos parentais. Os pais permissivos, evitam

exercer o controlo que lhes é devido e não encorajam a obediência a padrões externos. Quando estes pais pretendem o cumprimento de um objetivo tentam que a criança coopere através do uso de explicações ou de manipulação. No entanto nunca através do uso claro do poder que detêm como pais, não se apresentando como um agente ativo da modificação de comportamento dos filhos, ou como um modelo. Apresentam-se sim como um recurso pronto a utilizar, sendo, desta maneira, pais que pouco exigem, dando toda a autonomia à criança para tomar as suas próprias decisões. As principais características deste estilo, são a ausência de normas e regras, a elevada tolerância e aceitação dos impulsos das crianças, o fornecimento excessivo de ajuda e de padrões extremamente baixos, a pouca estimulação da criança, sendo que os baixos níveis de exigência revelam falta de autocontrolo e de autoconfiança, podendo levar os filhos a sentirem-se excessivamente dependentes dos pais e sobreprotegidos.

O segundo estilo parental definiu-se como sendo o autoritário. Estes tipos de pais tentam recorrer ao controlo, tentando modelar o comportamento dos filhos de acordo com os seus próprios padrões de conduta. Padrões estes, que são frequentemente absolutos e rígidos. Valorizando o respeito pela autoridade e pela ordem, usando a punição como medida para obter obediência e desencorajando a troca de opiniões com os seus filhos. Estes pais acreditam que as crianças e os jovens devem aceitar as suas palavras como sendo o que é correto. Definem-se assim como pais que exigem em demasia dos seus filhos, porém restringem a sua autonomia, não contribuindo para a comunicação entre eles e os filhos. Pois pensam que os mesmos devem aceitar o seu ponto de vista sem o questionarem. Estes pais acreditam que os filhos estão numa posição distinta da sua. As principais características deste estilo são as exigências excessivas, a eliminação de conflitos, a tomada abusiva do poder de decisão e a valorização excessiva das regras e das normas (Baumrind, 1966).

O terceiro estilo é o autoritativo. Nesta situação, os pais tendem a exercer um controlo

firme, no entanto racional. Estes valorizam tanto a obediência como a autonomia, o que torna o seu controlo consistente quando existem divergências. Porém não impõem restrições excessivas, não recorrendo assim a práticas de punição exagerada, como analisado anteriormente. Pelo contrário, encorajam a troca de ideias e partilham a razão de ser das instruções que dão. Quando a criança se recusa a obedecer, pedem à criança que explique a razão dessa desobediência. Este estilo favorece a internalização, por parte da criança, das normas parentais, tendo em conta que se encoraja a interação verbal, pois os pais explicam as razões inerentes às regras e às decisões. As principais características dos pais autoritativos são a exigência e o fornecimento de autonomia em níveis intermédios, a estimulação da comunicação verbal, o uso do poder não sendo punitivo, mas sim para chamar as crianças e ou jovens à razão, a responsividade, pois são afetuosos, apoiantes e empenhados cognitivamente, proporcionando assim um ambiente estimulador e desafiante aos filhos (Baumrind,1966).

Para Weber, Prado, Viezze & Brandenburg (2004) adotar um estilo parental autoritativo é bastante adequado para uma educação saudável dos filhos, sendo necessário que os pais se envolvam na educação, respondendo às necessidades que a criança tem de atenção, incentivo, auxílio, diálogo e diversão, bem como supervisionar e monitorizar os comportamentos do filho, exigindo a obediência de regras e limites e o cumprimento de deveres. Ao mesmo tempo em que os pais precisam de ser respeitados nos seus papéis de pais, também devem respeitar os direitos dos filhos. Por esta razão é necessário, que de um lado exista uma posição de controlo e do outro uma posição de compreensão e bi-direcionalidade, que oferece à criança maior autonomia e auto-afirmação.

### **Estilos Parentais e variáveis sociodemográficas**

A maioria dos estudos sobre problemas de saúde mental têm tido um maior foco nas mães, uma vez que as suas relações com os filhos, principalmente os mais pequenos, são mais

centrais e têm maior impacto do que a relação dos pais com os seus filhos. Assim sendo, são as mães as mais utilizadas nos estudos sobre o tema e é por essa razão que se tem mais conhecimento do impacto da saúde mental nos estilos parentais das mães (Zahn-Waxler, Duggal & Gruber, 2002).

Pereira et. al. (2008) encontrou quatro tipos de estilos de comportamento parental, num estudo realizado com crianças portuguesas em idade escolar. O primeiro tipo caracterizando-se pelos pais que mostram pouco suporte emocional, bem como níveis baixos de rejeição e tentativa de controlo. O segundo, os pais que mostram níveis elevados tanto de suporte emocional como de rejeição. O terceiro, os pais que mostram níveis mais elevados de rejeição e de tentativa de controlo. Por último, os pais que apresentam níveis elevados de suporte emocional e níveis baixos de rejeição e de tentativa de controlo. Os autores afirmam ainda que um comportamento parental caracterizado por níveis elevados de suporte emocional, bem como com um controlo parental elevado parece ser comum em pais de crianças em idade escolar portuguesas.

Num estudo em que adolescentes avaliaram os estilos parentais dos seus pais, dividiram-se três grupos. Um primeiro grupo de pais e mães democráticos, o mais numeroso, que é caracterizado pelo afeto, pela promoção de autonomia, bom humor e o pouco controlo psicológico. Um segundo grupo de pais e mães estritos, com características do estilo autoritário proposto por Baumrind, mas com a diferença do nível de afeto ser um pouco menor, e por fim os pais e mães indiferentes caracterizado essencialmente por níveis altos de controlo psicológico (Oliva, Parra e Arranz, 2008).

Russell et al. (1998) examinaram as diferenças de género nos estilos parentais e relataram que existem diferenças nos estilos paterno e materno numa amostra de crianças pré-escolares. Nestas pesquisas, os autores perceberam que um estilo do tipo autoritário era mais

provável de ser usado pelos pais, e maioritariamente na educação de rapazes. Por sua vez um estilo autoritativo era mais provável de ser usado pelas mães, e maioritariamente na educação de raparigas. No mesmo estudo, foi pedido que pais e mães fornecessem informações sobre os seus estilos parentais e pediram ainda a cada progenitor para fornecer informações sobre o outro progenitor. Ao relatarem-se as mães obtiveram pontuações mais elevadas do que as dos pais para o estilo autoritativo, assim como os pais também reconheceram que as mães praticavam o estilo autoritativo. Concluíram ainda, que quando comparados com as mães, os pais eram mais autoritários.

Os filhos de pais autoritativos têm sido associados sempre a maneiras de ser mais positivas e a um melhor desempenho nos estudos, a um maior uso de estratégias adaptativas e a um maior grau de otimismo. Estes filhos são vistos como socialmente e instrumentalmente mais competentes do que os filhos de pais com outro tipo de estilo. Os filhos de mães autoritárias em geral apresentam comportamentos de externalização, como por exemplo, a agressão verbal ou física ou a destruição de objetos, e comportamentos de internalização, como por exemplo o isolamento social, a depressão ou a ansiedade. Em estudos com filhos de pais autoritários percebeu-se, que estes filhos têm tendência para um desempenho escolar moderado, sem problemas de comportamento, no entanto, possuem pouca habilidade social, uma baixa auto-estima e um alto índice de depressão. Em outras pesquisas realizadas com três tipos de estilos, o autoritativo, o autoritário e o permissivo, concluiu-se que os filhos de pais permissivos tendem a consumir tabaco e álcool, a ter uma baixa capacidade de auto-regulação, e uma baixa habilidade de reação a conflitos (Weber, Prado, Viezze & Brandenburg, 2004).

As mães tendem a ser mais envolvidas, afetuosas e a mostrar mais proteção do que os pais, que são tidos como mais distantes, menos afetuosos e mais controladores. No entanto as mães parecem também usar técnicas de controlo, porém são mais discretas no seu uso, uma

vez que as tendem a mostrar apenas através de comportamentos com tendência para incutir culpa e vergonha (Perris et. al., 1980).

Num estudo realizado a uma população japonesa por Uji et. al. (2014) sobre o impacto dos três tipos de estilos parentais na saúde mental dos filhos, as mães foram definidas como mais autoritativas do que os pais, que foram vistos como mais autoritários, independentemente do género do filho que o reportou. Sendo que no mesmo estudo, observou-se que um estilo mais autoritário tanto da parte das mães como da parte dos pais teve impacto na saúde mental dos seus filhos.

Mães pobres são menos propensas a comunicarem de uma maneira mais adequada com os filhos, ou a mostrarem afeto físico ou verbal para com eles. Por sua vez, os pais pobres, são mais propensos a usar disciplina física e têm menos probabilidades de monitorizar os seus filhos do que os restantes pais. Um outro estudo, afirma que mães com um nível socioeconómico mais reduzido tendem a ser mais controladoras, restritivas e reprovadoras com os seus filhos em comparação com mães com um nível socioeconómico mais elevado (Kotchick e Forehand, 2002).

Kashahu, Dibra, Osmanaga e Bushati (2014) realizaram um estudo, tendo como objetivo perceber a relação entre as características demográficas, como a idade, os estilos parentais e a realização académica, envolvendo alunos do ensino básico. Tiveram o seguinte resultado: pais entre os 35 e os 45 anos, inserem-se em todos os estilos parentais. Enquanto que os pais com menos de 34 anos são em mais de metade dos casos, autoritários e também constituem uma percentagem elevada em relação à negligência. Por outro lado, nos pais com mais de 45 anos, um em cada dois pais pratica um estilo autoritativo e dois em cada cinco têm um estilo mais autoritário.

Wilson e Durbin (2010) observaram que pais mais jovens e com sintomatologia de

depressão têm comportamentos parentais mais negativos para com os seus filhos.

Canavarro e Pereira (2003) verificaram numa amostra portuguesa, que quanto mais velhos os pais, menos perceção de comportamentos de rejeição e de controlo eles têm em relação aos seus filhos.

No estudo de Oliva, Parra e Arranz (2008) foram encontradas associações significativas entre o estatuto socioeconómico e a estrutura familiar. Sendo que os estilos democráticos foram encontrados em famílias tradicionais e com mais estudos, os estilos mais indiferentes encontrados em famílias reconstituídas e por fim os estilos estritos nas famílias monoparentais.

Um estilo parental autoritativo, tido como o ideal, nem sempre é o ideal para os jovens em famílias de minorias étnicas, enquanto que o estilo autoritário mostrou ter efeitos positivos para jovens afro-americanos e foi considerado tão efetivo como a parentalidade autoritativa para jovens de origem asiático-americana. Comparando com estudos que referem que pais afro-americanos apresentam maior uso de estratégias de disciplina física do que pais caucasianos, asiático-americanos ou hispânico-americanos. O que poderá dever-se às desvantagens sociais e económicas que um grande número de famílias afro-americanas enfrenta no seu dia-a-dia, tornando as suas práticas parentais mais autoritárias, de maneira a proteger as crianças de potenciais perigos (Kotchick e Forehand, 2002),

### **Estilos Parentais e Saúde Mental**

A Organização Mundial de Saúde (2001, citada por WHO, 2007) descreve a saúde mental como um estado de bem-estar em que um indivíduo realiza as suas próprias atividades, pode lidar com o stress normal da vida e pode trabalhar de forma produtiva de modo a poder contribuir para a sua comunidade.

É esperado que pais que tenham problemas de saúde mental, tenham uma maior necessidade de satisfazer as suas próprias necessidades, impedindo-os assim de satisfazer as

necessidades dos seus filhos, sendo menos afetuosos e sensíveis nas suas interações (Zahn-Waxler, Duggal & Gruber, 2002).

Um estudo de Wade, Llewellyn e Matthews (2015) que media a influência da saúde mental sobre os estilos parentais, concluiu que a saúde mental tem um efeito direto sobre o afeto parental, destacando que o papel da saúde mental parental e o acesso a redes de apoio social têm influência sobre as práticas parentais observadas. É ainda referido, que os pais com sintomatologia depressiva tendem a ter atitudes mais insensíveis e excessivamente hostis para com os seus filhos.

Skreden et.al. (2012), realizaram um estudo tendo como objetivo realizar uma comparação entre o stress paterno e o bem-estar emocional de mães e pais de crianças em idade pré-escolar. Chegaram à conclusão que o bem-estar psicológico, os sintomas somáticos, o isolamento social e o stress dos pais estariam relacionados. O que faria com que apenas a melhoria da sua saúde somática, das competências sociais e do bem-estar psicológico pudesse potencialmente reduzir o stress parental. Percebeu-se ainda, que os pais sofriam de um maior isolamento social, devido talvez a trabalharem mais, mas as mães sofriam mais com a ansiedade, o que as tornava menos sensíveis com os seus filhos, sentiam-se mais incompetentes com o seu papel parental, e aquelas que se encontravam desempregadas ou que recebiam rendimento social tinham maiores probabilidades de problemas de saúde mental.

Os estilos parentais que envolvem punição física e não física, estão associadas a problemas de saúde mental não só dos pais como dos filhos. Por sua vez, estilos parentais que envolvem a recompensa e a falta de punição estão fortemente associados à não existência de sintomas psiquiátricos nos filhos. (Vostanis et. al, 2006)

Deković (1999) concluiu num estudo, que os pais dos adolescentes sofrem maiores níveis de depressão e ansiedade, têm menos satisfação com o facto de serem pais, tem uma

autoestima mais baixa e acreditam menos nas suas habilidades, que os pais de não adolescentes.

Oyserman et. al. (2005) referem que os problemas de saúde mental nas mães estão associados a uma parentalidade mais problemática, normalmente ligada a um estilo mais permissivo e à falta de confiança parental e a comportamentos de hostilidade e de punição.

Ao estudar o impacto dos problemas psiquiátricos das mães nos seus filhos, Cohler e Musick, (1983) perceberam que mães com problemas de saúde mental são consideradas como menos positivas, emocionalmente menos acessíveis, mostram menos reciprocidade e estão menos envolvidas na vida dos filhos.

Pais com um nível económico mais baixo, tendem a ser mais duros para com os seus filhos, pois acreditam intrinsecamente em educar através de palmadas e tendem a ter maiores níveis de stress, níveis esses associados a perceções mais negativas da criança e a processos cognitivos e emocionais mais intensos (Pinderhughes et. al., 2000).

Anhalt e Morris (2008) examinaram a associação entre os fatores parentais percebidos e os sintomas de ansiedade social, ansiedade generalizada e depressão. As conclusões retiradas foram que a sociabilidade tanto do pai como da mãe predizia ansiedade social. Uma limitada sociabilidade na família se associava a níveis mais altos de ansiedade social, sendo outros preditores de um alto nível de crítica nas mães e nos cuidados e proteção dos pais. Tanto as variáveis associadas às mães, como as variáveis associadas aos pais, eram preditoras de ansiedade social. Também se concluiu, que a crítica parental é mais ativa do que a proteção exagerada na relação entre ansiedade e depressão e que a crítica parental é melhor preditora do que a proteção exagerada no desenvolvimento da depressão.

Budinger e Drazdowski (2013) estudaram os comportamentos parentais promotores de ansiedade numa amostra de pais ansiosos, com e sem perturbação de ansiedade social. Os autores comprovaram que os pais com perturbação de ansiedade social, tinham mais tendência

para a crítica e duvidavam mais do desempenho dos seus filhos. Sendo também mais emocionalmente frios relativamente aos pais ansiosos sem perturbação de ansiedade social. Os autores sugerem, que para pais ansiosos, permitir que os filhos possam tomar decisões e terem o controlo em algumas situações, pode ser muito difícil para eles e pode até aumentar os níveis de ansiedade, o que pode levar a que estes pais tenham ainda mais necessidade de exercer um forte controlo sendo isso negativo tanto para estes como para os seus filhos.

Woodruff-Borden, Morrow, Bourland e Cambron (2010) estudaram o comportamento de pais ansiosos e não ansiosos, e chegaram à conclusão que os pais ansiosos estão menos envolvidos e criam menos vínculos aquando da interação com os seus filhos. Estes pais tendem a ser menos envolvidos e desvinculados em determinado tipo de interação com os seus filhos, sendo também menos produtivos. Não tendo o hábito de os elogiar e concordar com eles, e possuindo também mais tendência para os ignorar.

Teetsel, Ginsburg e Drake (2014) compararam os comportamentos de pais e mães ansiosos que pudessem promover ansiedade durante uma tarefa proposta entre pais e filhos e concluíram que os pais ansiosos tinham um comportamento mais controlador do que o das mães, durante a realização dessas tarefas com os filhos. Sendo que os pais mostraram ser bastante mais intrusivos, com tendência a uma excessiva direção nas ações das crianças e a uma excessiva ajuda quando esta não lhes tinha sido pedida.

Mães ansiosas têm maior tendência à catastrofização e à crítica relativamente às mães não ansiosas. Estas mães dão menos autonomia aos seus filhos e são também menos afetuosas e positivas para com eles (Whaley, Pinto e Sigman, 1999).

Banks et. al. (2007) estudaram mães que possuíam poucos sintomas de Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA), e mães que possuíam muitos sintomas da mesma perturbação. Os autores descobriram que mulheres com maiores sintomas de PHDA mostravam

maiores níveis de ansiedade, psicoticismo, eram mais obsessivo-compulsivas e mostraram também mais hostilidade. As mães deste estudo, mostraram ainda níveis de auto-estima parental mais baixa, estilos de disciplina menos eficazes e um locus de controlo externo. O que levou estas mães a ter mais tendência para a permissividade, uma vez que por mais que se esforcem não acreditam que possam controlar a criança. Estas mães avaliaram-se como tendo défices nas habilidades e conhecimentos necessários para terem uma parentalidade mais eficaz, bem como dificuldades a ter um comportamento parental apropriado quando este se torna necessário.

A depressão dos pais pode afetar tanto o comportamento, as cognições e / ou as emoções dos próprios pais como a dos seus filhos. A sua depressão pode afetar as crianças através da alteração das interações entre as próprias e os seus progenitores, como por exemplo, alterando a qualidade da ligação entre os dois, ou aumentando a discórdia entre o casal, o que é algo que afeta negativamente a criança. (Cummings e Davids, 1994).

Leinonen, Solantaus & Punamaki (2003) concluíram num estudo sobre a saúde mental de progenitores e a sua relação com o comportamento dos filhos, que a depressão em mães resultou num comportamento menos autoritativo e de menos envolvimento com os seus filhos. Enquanto que nos pais, a depressão mostrou um estilo mais punitivo tanto com os filhos como para com as filhas. Em relação à disfunção social, os autores concluíram que pais que apresentavam disfunção social, eram menos autoritativos com as suas filhas, uma vez que tinham dificuldade em administrar as suas próprias vidas. Não possuíam a capacidade de praticar este estilo de parentalidade, que exige ter a capacidade de orientar e de apoiar as suas filhas em questões importantes da sua vida.

Os sintomas depressivos e os diferentes estilos de expressão da raiva relacionam-se com um tipo de disciplina mais descuidada, em que os pais tendem a reagir de uma maneira

exagerada. Quanto mais sintomas depressivos forem sentidos pelos pais, mais eles acreditam que os comportamentos problemáticos dos seus filhos são causados por características estáveis e globais de si próprios como pais (Leung & Slep, 2006).

Numa amostra de várias mães de ascendências Europeia-Americana, Africana-Americana e Hispânicas, com um rendimento económico mais baixo, pretendeu-se compreender a relação entre eficácia parental e sintomas depressivos. Em primeiro lugar, concluiu-se, que a eficácia parental estava ligada aos níveis de sintomas depressivos. Percebeu-se também que a eficácia parental estava associada tanto ao nível de sintomas depressivos como com à sintomatologia psicológica depressiva nas mães de ascendência Europeia-Americana. No entanto, estas associações já não aconteciam com as mães de ascendência Africana-Americana. Por outro lado, estas mães mostraram maiores níveis de sintomas somáticos relativamente às mães de ascendência Hispânica, apesar dos resultados serem pouco claros, porém mais similares aos das mães de ascendência Africana-Americana (O'Neil et al., 2009).

Mães com uma regulação emocional mais fraca, têm uma tendência maior a serem mais hostis para com os seus filhos, bem como maior probabilidade de os rejeitar, serem menos protetoras e sensíveis para com eles, comparativamente com mães que possuem uma maior regulação emocional, algo que influenciará não só a relação mãe-filho, como também a regulação emocional do filho (Saritas, Grusec e Gençöz, 2013).

Lovejoy *et al.* (2000) realizaram uma revisão de literatura sobre a depressão em mães e o comportamento parental. Tendo observado que a depressão nas mães estava fortemente associada à irritabilidade e à hostilidade para com crianças de todas as idades. No entanto, recém-nascidos e crianças em idades pré-escolar, podem sentir um menor envolvimento com as mães, levando assim a uma menor interação entre os dois. Sendo que os autores perceberam ainda que comportamentos mais irritáveis, críticos e coercivos na prática parental, associados

à depressão, podem deixar de existir, se os sintomas depressivos diminuïrem também.

Wilson e Durbin (2010), numa revisão de literatura sobre os efeitos da depressão no comportamento do pai, observaram que a depressão paterna foi significativamente associada a níveis mais baixos de comportamentos positivos e a níveis mais elevados de comportamentos negativos. Sendo que esses comportamentos variam, porém incluem-se neles, a diminuição de emoções positivas, como a diminuição da sensibilidade e da capacidade de resposta e um aumento de emoções negativas, como o aumento da hostilidade, da intrusão e a tendência ao desapego em relação aos filhos.

Pais depressivos e/ou ansiosos, com sintomas que os levam a uma tendência de pensamentos com maior tendência negativa, pensamentos estes que funcionam de forma cíclica, e ainda pais que selecionam a sua atenção para as suas falhas enquanto pais, tendem a ter crenças parentais igualmente negativas, afetando assim a sua eficácia parental, a sua disciplina enquanto pais e a sua supervisão. Estes pais têm tendência a reconhecerem-se como incapazes de lidar com tarefas mais difíceis da parentalidade, em controlar positivamente o comportamento dos seus filhos e ao aumento da irritabilidade e da frustração em relação às suas tarefas (Ludmer et. al., 2017).

## Objetivos

O objetivo principal deste estudo é o de compreender a relação entre a saúde psicológica e os estilos parentais de pais de crianças e adolescentes entre os 6 e os 16 anos.

Como objetivos mais específicos do estudo, pretendemos em primeiro lugar caracterizar a saúde mental de pais de crianças entre os 6 e os 16 anos, de maneira a perceber se a amostra do nosso estudo está saudável ao nível de saúde mental, ou se apresenta algumas quebras do funcionamento a este nível. Outro dos objetivos específicos, é compreender a influência do género na relação entre saúde psicológica e estilos parentais, uma vez que a maioria dos estudos realizados sobre o tema foram efetuados com o sexo feminino e muito poucos com o sexo masculino. Sendo por essa razão importante, para o nosso estudo, perceber se o género dos progenitores, pode ou não, ter algum impacto nesta relação. Por fim, como último objetivo específico, iremos tentar compreender a influência da idade na relação entre saúde psicológica e estilos parentais. Uma vez que praticamente não encontramos estudos sobre como a idade pode influenciar esta relação, é importante para nós entender se esta relação pode ser influenciada pelo facto de os pais serem mais jovens ou de uma idade mais avançada.



## **Metodologia**

### **Participantes**

Neste estudo participaram 1096 pessoas (N= 1096), com idades entre os 20 e os 80 anos, sendo a média de idades de 41,65 e o desvio padrão de 5,918. A maioria da amostra é do sexo feminino (n=855; 78%) e o restante do sexo masculino (n= 241; 22%).

Quanto ao estado civil, a maior percentagem é de casados (68,5 %), seguidos de pessoas em união de facto (11,8 %), 10,1% de divorciados, 7 % de solteiros, 1,7% de separados e por fim, seguem-se 0,9 % de viúvos. Relativamente à escolaridade, temos 35,2 % das pessoas com habilitações entre o 10º e o 12º ano, 34,1 % de licenciados, 18,1% de pessoas com habilitações entre o 1º e o 3º ciclo, 8,5 % de pessoas com mestrado, 2,2% de pessoas com o doutoramento e 19 % das pessoas são analfabetas ou não completaram o 1º ciclo. Por fim quanto à situação profissional, a grande maioria está empregada por conta de outrem (74,1 %), seguindo-se de 16,4 % de empregados por conta própria, 7,2 % de desempregados, 1,8 % encontram-se noutras situações profissionais e 0,4 % de pessoas já reformadas.

Quanto às crianças verifica-se que estes pais/cuidadores têm a seu cargo crianças com uma média de idades de 11,08 e um desvio-padrão de 2,973 anos. Quanto ao género, estas crianças estão praticamente ao mesmo nível, existindo mais crianças do género feminino (n=515; 54 %) e um pouco menos do sexo masculino (n=439; 46%).

### **Instrumentos**

#### **Questionário de Saúde Geral de 28 Itens (General Health Questionnaire - GHQ28)**

O GHQ-28 é um questionário de auto-preenchimento criado por Goldberg e Hillier em 1979, partindo da versão inicial do General Health Questionnaire (GHQ) (Goldberg, 1972 citado por Pais Ribeiro & Antunes, 2003). O GHQ foi concebido tendo como finalidade identificar quer a incapacidade para realizar as atividades do dia-a-dia de uma pessoa saudável,

quer o aparecimento de novos fenómenos que provoquem stress. Não pretende detetar traços estáveis, mas sim, quebras no funcionamento normal da pessoa. Não sendo um questionário de saúde geral, mas sim, um questionário que serve para avaliar a saúde mental ou o bem-estar psicológico (Pais Ribeiro & Antunes, 2003).

O GHQ-28 contém 28 itens aos quais o indivíduo responde, através de uma escala ordinal do tipo Likert, com atribuição de pontuação de '0' a '3'. Inclui quatro sub-escalas "Sintomas Somáticos", 'Ansiedade e Insónia', 'Disfunção Social' e 'Depressão Grave', onde em cada uma existem sete itens. Os valores de cada sub-escala podem variar entre 0 e 21 e os valores totais do questionário podem variar entre 0 e 84. Os valores mais elevados correspondem a pior saúde mental (Pais Ribeiro & Antunes, 2003).

A fidelidade do GHQ-28 foi avaliada com recurso à consistência interna, mais especificamente, ao alfa de Cronbach e foram verificados os seguintes valores: para a totalidade da escala GHQ-28 alfa = 0,94; para a sub-escala sintomas somáticos, alfa = 0,85; para a sub-escala ansiedade e insónia alfa = 0,88; para a sub-escala disfunção social alfa = 0,83; para a sub-escala depressão grave alfa = 0,89. (Pais Ribeiro & Antunes, 2003).

Os alfas de Cronbach verificados neste estudo em concreto, resultaram nos seguintes valores: sintomas somáticos = 0,786, considerado como bom; ansiedade e insónia = 0,876, considerado muito bom; disfunção social = 0,760, considerado bom e depressão = 0,843, considerado muito bom.

### **Egna Minnen Beräffande Uppfostran-P (EMBU-P)**

A versão original da EMBU foi desenvolvida por Perris e colaboradores (1980) e a versão portuguesa por Canavarro (1996). Este instrumento tem como objetivo a avaliação das memórias de adultos acerca dos estilos parentais dos seus pais. Por sua vez, a EMBU- P, é um instrumento desenvolvido a partir do primeiro EMBU e tem a finalidade de avaliar a perceção

dos progenitores acerca dos seus estilos parentais relativamente ao/s seu/s filho/s (Canavarro & Pereira, 2007).

A versão portuguesa do EMBU-P foi desenvolvida no ano letivo de 2003/2004, num estudo com 287 pais e 401 mães de 442 crianças com idades entre os 8 e os 11 anos. O instrumento, desenvolvido a partir da primeira versão da EMBU, é composto por 42 itens. Estes 42 itens estão organizados em escala ordinal do tipo likert com quatro alternativas de resposta 1: “não, nunca”; 2: “sim, às vezes”; 3: “sim, frequentemente”; 4: “sim, sempre”. Dele fazem parte a dimensão suporte emocional, com 14 itens, que se referem à expressão verbal e física de afecto por parte dos pais, à aceitação parental e à disponibilidade tanto física como psicológica dos pais. A dimensão rejeição, com 17 itens, que se referem a comportamentos de hostilidade/agressão verbal e física e a não-aceitação da criança; e a dimensão tentativa de controlo, com 11 itens, que se referem a intenções e ações dos próprios pais com o objetivo de controlar o comportamento das crianças, manifestações de exigência em relação aos filhos e preocupações com o bem-estar dos mesmos. Os valores de alpha de Cronbach no EMBU-P respondido pelos pais são  $\alpha = 0.82$  na escala suporte emocional;  $\alpha = 0.78$  na escala rejeição; e  $\alpha = 0.73$  na escala tentativa de controlo. No EMBU-P respondido pelas mães foi obtido um alpha de Cronbach de  $\alpha = 0.80$  na escala suporte emocional;  $\alpha = 0.74$  na escala rejeição e  $\alpha = 0.71$  na escala tentativa de controlo (Canavarro & Pereira, 2007).

Os alfas de Cronbach verificados neste estudo em concreto, resultaram nos seguintes valores: Suporte Emocional = 0,834, considerado como muito bom; Rejeição = 0,705, considerado moderado e Tentativa de Controlo = 0,647 considerado moderado.

### **Procedimento**

Para alcançar o objetivo do estudo, optou-se pela utilização de uma metodologia quantitativa, através da aplicação de um questionário, com o tempo médio de preenchimento

de cerca de 20 minutos. A primeira parte do questionário tinha uma pequena informação sobre o estudo a ser feito, seguido de um breve questionário sociodemográfico, a escala EMBU e finalmente o Questionário Geral de Saúde de 28 itens.

A amostra utilizada neste estudo foi recolhida por conveniência, uma vez que foram contactadas várias escolas, centros de estudo, atls, por efeito bola de neve, e ainda através da colocação de questionários online. Devido aos nossos objetivos serem específicos para pais e cuidadores de crianças entre os 6 e os 16 anos, essa foi a principal solicitação. Foi também solicitado que se preenchesse o questionário individualmente e não em conjunto, o que fez com que houvesse obrigatoriedade de pelo menos uma pessoa, de entre os progenitores preencher o questionário. A amostra foi recolhida em Lisboa e Setúbal, entre os meses de janeiro e maio de 2017.

Para a análise dos resultados recorreu-se ao programa IBM SPSS 23 – “Statistical Package for Social Science” para Windows, que permitiu a realização das estatísticas descritivas, da realização das qualidades psicométricas dos instrumentos utilizados, da análise dos grupos, das correlações entre grupos e do estudo das variáveis preditoras.

É importante referir em primeiro lugar, que a pontuação de cada resposta do Questionário Geral de Saúde foi entre 1 e 4, e não entre 0 a 3 como é feito no artigo original. Referir ainda que na introdução dos dados, os itens deste mesmo questionário foram invertidos, o que significa que nos resultados valores iguais ou próximos de 4 são bons e que valores iguais ou próximos de 1 são maus. Resumidamente, quanto maior o valor melhor a saúde mental. Na EMBU-P tal já não acontece da mesma maneira, apenas na variável suporte emocional, o maior valor é melhor, nas variáveis rejeição e tentativa de controlo, apenas um menor valor é melhor e um maior valor é pior.

## Apresentação dos resultados

**Tabela 1**

*Estatísticas Descritivas -Estilos Parentais*

Variáveis	M	DP	Nº de itens
<b>Suporte Emocional</b>	3,3636	0,38080	14
<b>Rejeição</b>	1,6186	0,25724	17
<b>Tentativa de Controlo</b>	2,5972	0,38199	11

Nesta tabela verifica-se, que no questionário que avalia estilos parentais, a variável suporte emocional tem uma média de 3,4 e um desvio padrão de 0,38, quanto aos itens possui 14. Na variável rejeição, verifica-se que a média é de 1,6 e o desvio padrão de 0,25, este possui 17 itens. Por fim, a variável tentativa de controlo tem uma média de 2,6 e um desvio padrão de 0,38 e possui 11 itens.

**Tabela 2**

*Estatísticas Descritivas - Saúde Mental*

Variáveis	M	DP	Nº de itens
<b>Sintomas Somáticos</b>	3,4482	0,40777	7
<b>Ansiedade e Insónia</b>	3,3462	0,54748	7
<b>Disfunção Social</b>	2,4485	0,41132	7
<b>Depressão</b>	3,8562	0,30781	7

Nesta tabela verifica-se que no questionário que avalia a saúde mental, a variável sintomas somáticos tem uma média de 3,4 e um desvio padrão de 0,40, quanto a itens possui 7. Na variável ansiedade e insónia verifica-se que a média é de 3,3 e o desvio padrão de 0,54, sendo que possui 7 itens. Na variável disfunção social a média é de 2,4 e o desvio padrão de 0,41, os itens são 7. Por fim, a variável depressão tem uma média de 3,7 e um desvio padrão

de 0,30 e tem também 7 itens.

**Tabela 3**

*Estudo das Diferenças em Relação à Saúde e aos Estilos Parentais em Função do Género*

Variáveis	Feminino		Masculino		F
	M	DP	M	DP	
<b>Suporte Emocional</b>	3,4140	0,34886	3,1821	0,43312	<b>65,955***</b>
<b>Rejeição</b>	1,6204	0,25345	1,6125	0,27090	,150
<b>Tentativa de Controlo</b>	2,6068	0,38442	2,5635	0,37229	2,175
<b>Sintomas Somáticos</b>	3,4223	0,41768	3,5280	0,36540	<b>8,761**</b>
<b>Ansiedade e Insónia</b>	3,3237	0,56022	3,4254	0,49309	<b>5,989**</b>
<b>Disfunção Social</b>	2,4449	0,40439	2,4609	0,43530	,259
<b>Depressão</b>	3,8442	0,32572	3,8980	0,23033	5,336

*Nota:* \*\*\* $p < ,001$ ; \*\*  $p < ,01$

Os resultados obtidos indicam, que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, nas variáveis suporte emocional [ $F(2,980)= 65,955$ ;  $p= ,000$ ]; sintomas somáticos [ $F(2,697)= 8,761$ ;  $p= ,003$ ] e ansiedade e insónia [ $F(2,1004)= 5,989$ ;  $p= ,015$ ]. A média do género feminino do suporte social é ligeiramente mais alta do que o género masculino. Enquanto que as médias do género masculino são ligeiramente mais altas nas variáveis somáticos e ansiedade e insónia.

**Tabela 4***Estudo das Diferenças em Relação à Saúde e aos Estilos Parentais em Função da Idade*

Variáveis	até 35 anos		36-45 anos		46 ou mais		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
<b>Suporte Emocional</b>	3,3792	0,40623	3,3871	0,37036	3,2879	0,39021	<b>5,847***</b>
<b>Rejeição</b>	1,6894	0,29343	1,6028	0,24406	1,6311	0,27036	<b>5,502**</b>
<b>Tentativa de Controlo</b>	2,7355	0,36888	2,5934	0,38422	2,5370	0,36970	<b>10,259***</b>
<b>Sintomas Somáticos</b>	3,3835	0,51068	3,4553	0,40051	3,4560	0,37449	1,056
<b>Ansiedade e Insónia</b>	3,32563	0,66160	3,3604	0,52980	3,3443	0,53979	1,662
<b>Disfunção Social</b>	2,4700	0,46229	2,4567	0,40664	2,4126	0,39467	1,162
<b>Depressão</b>	3,7653	0,38536	3,8650	0,30430	3,8717	0,27059	<b>5,474**</b>

Nota: \*\*\*p < ,001; \*\* p < ,01

Os resultados obtidos, indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas variáveis suporte emocional [F(2,978)=5,847; p= ,003]; rejeição [F(2,938)=5,502; p= ,004]; tentativa de controlo [F(2,969)= 10,259; p= ,000] e depressão [F(2,1003)=5,474; p= ,004]. As médias do grupo até 35 anos são ligeiramente mais altas, nas variáveis rejeição e tentativa de controlo, as médias do grupo entre os 36 e os 45 anos são mais altas na variável suporte emocional. A média do grupo a partir dos 46 anos é mais elevada na variável depressão.

**Tabela 5***Correlações entre estilos parentais e saúde mental*

Variáveis	Sintomas Somáticos	Ansiedade e Insónia	Disfunção Social	Depressão	Suporte Emocional	Rejeição	Tentativa de Controlo
Sintomas Somáticos	-						
Ansiedade e Insónia	<b>0,700***</b>	-					
Disfunção Social	<b>0,161***</b>	<b>0,122***</b>	-				
Depressão	<b>0,161***</b>	<b>0,466***</b>	<b>0,066*</b>	-			
Suporte Emocional	0,039	<b>0,105**</b>	<b>0,128***</b>	<b>0,176***</b>	-		
Rejeição	<b>-0,182***</b>	<b>-0,255***</b>	-0,058	<b>-0,183***</b>	<b>-0,208***</b>	-	
Tentativa de Controlo	<b>-0,085*</b>	<b>-0,098**</b>	0,051	<b>-0,161***</b>	<b>0,225***</b>	<b>0,302***</b>	-

*Nota:* \*\*\* $p < 0,001$ , \*\* $p < 0,01$ , \* $p < 0,05$

Nesta tabela verifica-se que a variável sintomas somáticos se correlaciona significativamente, porém sendo essa correlação negativa, com as variáveis rejeição e com tentativa de controlo, tem uma correlação positiva com as variáveis ansiedade e insónia, disfunção social e depressão.

A ansiedade e insónia, têm uma correlação significativamente negativa com as variáveis rejeição e tentativa de controlo e uma correlação significativamente positiva com todas as outras variáveis, a disfunção social, a depressão e o suporte emocional.

A variável disfunção social possui uma correlação significativamente positiva com as variáveis depressão e suporte emocional.

A depressão possui uma correlação significativamente negativa com as variáveis rejeição e tentativa de controlo e uma correlação significativamente positiva com a variável suporte emocional.

O suporte emocional possui uma correlação significativamente negativa com a variável

rejeição e significativamente positiva com a variável tentativa de controlo.

Por fim, a rejeição possui uma correlação significativamente positiva com a variável tentativa de controlo.

**Tabela 6**

*Estudo das variáveis Predictoras do Suporte Emocional*

Variável dependente	R2	R2 Ajustado	F	SIG
Suporte emocional	0,116	0,107	13,469	0,000***
Predictoras	B	Erro Padrão	Beta	t
Género	- 0,249	,034	0,281	-7,306***
Idade Pais	- 0,021	,025	- 0,032	-,843
Sintomas Somáticos	- 0,010	,050	- 0,011	-,209
Ansiedade e Insónia	0,0005	,039	0,008	,136
Disfunção Social	0,104	,036	0,113	2,930**
Depressão	0,202	,051	0,167	3,917***

Nota: \*\*\*p<0,001, \*\*p<0,01

Os resultados deste quadro mostram que as variáveis, género (B=0,281; p=.000), disfunção social (B=0,113; p=.004), e depressão (B=0,167; p=.000), são predictoras do suporte emocional. Estas três variáveis, no seu conjunto, explicam 11% da variância do suporte emocional [F(4,618) =13.469; p<.001].

**Tabela 7**

*Estudo das Variáveis Predictoras da Rejeição*

Variável dependente	R2	R2 Ajustado	F	SIG
Rejeição	0,074	0,064	10,789	,000***
Predictoras	B	Erro Padrão	Beta	t
Género	- 0,007	0,024	- 0,011	- 0,282
Idade Pais	- 0,022	0,017	- 0,052	-1,281
Sintomas Somáticos	- 0,011	0,034	- 0,019	- 0,338
Ansiedade e Insónia	- 0,089	0,026	- 0,195	-3,376**
Disfunção Social	-0,022	0,025	-0,035	-0,871
Depressão	-0,065	0,035	-0,082	-1,833

Nota: \*\*\*p<0,001, \*\*p<0,01

Os resultados indicam que apenas as variáveis ansiedade e insónia ( $B=-0,195$ ;  $p=.001$ ) são preditoras da rejeição. Estas duas variáveis, no seu conjunto, explicam 6% da variância da rejeição [ $F(4,585)=10.789$ ;  $p<.001$ ].

**Tabela 8**

*Estudo das Variáveis Preditoras da Tentativa de Controlo*

Variável dependente	R2	R2 Ajustado	F	SIG
Tentativa de Controlo	0,061	0,052	3,604	0,006**
Preditoras	B	Erro Padrão	Beta	t
Género	-0,059	0,033	-0,071	-1,75
Idade Pais	-0,092	0,024	-0,152	<b>-3,800***</b>
Sintomas Somáticos	-0,036	0,048	-0,041	-0,739
Ansiedade e Insónia	-0,001	0,038	-0,002	-0,034
Disfunção Social	0,024	0,035	0,028	0,700
Depressão	-1,47	0,050	-0,129	<b>-2,920**</b>

Nota: \*\*\* $p<0,001$ , \*\* $p<0,01$

Os resultados deste quadro mostram que as variáveis, idade pais ( $B=-0,152$ ;  $p=.000$ ) e depressão ( $B=-0,129$ ;  $p=.004$ ) são preditoras da tentativa de controlo. Estas duas variáveis, no seu conjunto, explicam 6% da variância da tentativa de controlo [ $F(4,605)=3.604$ ;  $p<.001$ ].

## Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo, a compreensão da relação entre a saúde psicológica e os estilos parentais dos pais de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 16 anos. Teve também como objetivos específicos, a caracterização da saúde mental dos pais, e compreender se duas variáveis sociodemográficas como o género e a idade, podem influenciar a relação entre saúde mental dos pais e os seus estilos parentais.

Quanto ao nosso primeiro e principal objetivo, a relação entre a saúde psicológica e os estilos parentais, verificámos em primeiro lugar, que existe uma associação negativa entre as variáveis sintomas somáticos, ansiedade e insónia, e depressão e os estilos rejeição e tentativa de controlo. Uma vez que, ao obter maiores valores nas variáveis da saúde mental, significa não ter problemas de saúde mental, menores valores de rejeição ou tentativa de controlo significam que os pais não possuem tendências de rejeição ou controlo dos filhos. Podemos assim verificar, que sempre que os valores da saúde baixarem, os pais irão demonstrar mais problemas de saúde mental, bem como mais rejeição ou tentativa de controlo, pois os valores dos estilos parentais irão subir. Exemplificando, temos a situação em que um pai ou uma mãe que tenham um valor de ansiedade alto, irão ter a tendência a mostrar menos ansiedade, e inversamente um valor de rejeição mais baixo, mostrando-se assim como pais que rejeitam pouco. Por outro lado, se o valor da ansiedade começar a descer, o valor da rejeição vai subir, significando isto, que os pais se estão a desenvolver mais ansiosos e a rejeitar mais.

Os resultados da associação negativa entre as variáveis sintomas somáticos, ansiedade e insónia, depressão e os estilos parentais rejeição e tentativa de controlo, exemplificados no parágrafo anterior vão de encontro a diversos estudos. Um desses estudos, é o de Woodruff-Borden, Morrow, Bourland e Cambron (2010), que verificaram que os pais ansiosos tendem a ser menos envolvidos com os filhos, não os elogiarem e terem tendência para os ignorarem. O

estudo de Teetsel, Ginsburg e Drake (2014) mostrou que numa dada tarefa, os pais ansiosos tendem a ser mais controladores e a dirigirem excessivamente as ações das crianças. Whaley, Pinto e Sigman (1999), demonstraram que mães ansiosas, têm tendência a criticarem os filhos, e a darem menos autonomia e menos afeto. Leinonen, Solantaus & Punamaki (2003), mostram que as mães com depressão, tendem a ser menos autoritativas e envolvidas com os filhos, e os pais mais punitivos. Os estudos de Leung & Slep (2006) apontam que os sintomas depressivos nos pais estão associados a uma disciplina menos cuidada e a maneiras de agir exageradas. Por fim, os estudos de Lovejoy et. al (2000), mostram-nos que as mães depressivas possuem tendência a demonstrar mais irritabilidade e hostilidade para com os seus filhos.

Ainda no nosso primeiro objetivo, verificámos que existe uma associação positiva entre as variáveis da saúde ansiedade, disfunção social e depressão, e a variável suporte emocional. Tal significa, que ter valores altos nas variáveis da saúde (como já referimos anteriormente significa não possuir problemas), quer também dizer que ter valores altos no suporte emocional, ou seja, quanto mais altos os valores de todas estas variáveis em causa, melhor. Exemplificando, uma situação em que se tem um valor alto de disfunção social, irá significar não ter problemas a este nível, o que por sua vez significa também ter um suporte emocional igualmente alto. Caso o valor mais alto presente na variável disfunção social começar a descer, significa que a pessoa está a começar a demonstrar problemas a esse nível, e também a mostrar menos suporte emocional. Ou seja, a associação é positiva, pois os valores das variáveis tendem a descer ou a subir em conjunto.

Os resultados da associação positiva entre as variáveis, ansiedade e insónia, disfunção social e depressão e o estilo parental suporte emocional, exemplificados no parágrafo anterior vão de encontro a alguns estudos já realizados. O primeiro é o estudo de Cohler e Musick, (1983), que analisaram o impacto dos problemas de saúde mental nas mães e verificaram que

mães com problemas, tendem a ser menos acessíveis e menos envolvidas nas vidas dos seus filhos. O estudo de Banks et. al. (2007) demonstrou que as mães com PHDA, tendem a acreditar menos em si próprias e nos seus estilos de disciplinas parental. O estudo de Leinonen, Solantaus & Punamaki (2003) mostra que a disfunção social dos pais, os leva a serem menos autoritativos para com os seus filhos.

Verificámos também, que existe uma associação positiva entre a tentativa de controlo e o suporte emocional. Tal significa que os valores da tentativa de controlo e os valores do suporte emocional sobem ou descem sempre em conjunto. Tal explica-se, devido ao facto de a distinção entre suporte emocional e a tentativa de controlo por vezes não ser muito clara. Como exemplo temos a situação em que se torna necessário impor a um adolescente, certos limites para o seu próprio bem, porém optar pela prática de impor limites atrás de limites já não será tão positivo. Desta maneira irão existir alguns pais que, ao limitarem sucessivamente os seus filhos, irão achar que será o melhor a fazer, existindo situações em que na verdade não o será. Os autores Pereira et. al. (2008) fazem essa referência num estudo, que comporta uma amostra portuguesa. Neste estudo, os resultados mostram um comportamento parental caracterizado por níveis elevados de suporte emocional, porém, mostram igualmente que um controlo parental elevado parece ser comum em pais de crianças em idade escolar portuguesas.

Passando aos objetivos mais específicos, no primeiro cabia efetuar uma caracterização da saúde mental dos pais deste estudo. Com base nos nossos resultados, verificámos que os participantes do estudo possuem uma completa ausência de problemas de saúde mental, uma vez que todos os resultados estão acima da média. Os valores mais baixos parecem ser só os da disfunção social, que por se encontrarem acima da média não são preocupantes, apenas talvez isto queira dizer, que os pais estariam preocupados em aumentar este valor.

Quanto ao nosso segundo objetivo específico, o de perceber como o género poderia

influenciar a relação entre a saúde e os estilos parentais. Percebemos que existem maiores valores de suporte emocional encontrados nas mães. Tal significa que as mães tendem a ter para com os seus filhos mais características ligadas a esta variável, tal como o afeto, a aceitação, a disponibilidade, entre outras. Estes resultados vão de encontro aos estudos anteriores, nomeadamente o de Russel et. al. (1998) e o de Uji et. al. (2014). Estes estudos concluíram que tanto as mães, como os pais, reconheciam nas mães a prática de um estilo autoritativo, estilo este que possui características do suporte emocional. Embora os resultados sejam muito idênticos, percebeu-se também que valores mais altos de sintomas somáticos e ansiedade encontram-se nos pais, o que significa que estes possuem uma melhor saúde a este nível, o que vai de encontro aos estudos de Oyserman et. al. (2005) e Cohler e Musick, (1983).

Quanto ao terceiro, e último, objetivo específico, o de perceber como a idade poderia influenciar a relação entre a saúde e os estilos parentais. Percebemos que os pais entre os 36 e os 45 anos mostram maiores valores de suporte emocional, o que vai de encontro ao estudo de Canavarro e Pereira (2007). Enquanto os pais até aos 35 anos mostram maiores valores de rejeição e tentativa de controlo, sendo que este segundo resultado vai de encontro ao estudo de Kashahu, Dibra, Osmanaga e Bushati (2014). Por fim, e embora os resultados estejam muito idênticos, os pais a partir dos 46 anos mostram maiores valores da variável depressão, ou seja, não mostram sintomas depressivos, não encontramos estudos que relatassem essa situação.

Finalmente, podemos ainda observar que o género, ou seja, ser pai ou ser mãe, bem como a disfunção social e a depressão são preditores do suporte emocional. A ansiedade e insónia é preditora da rejeição. A idade dos pais e a depressão são preditores da tentativa de controlo.

Ao analisar os resultados obtidos neste estudo e para perceber a relação entre os estilos parentais, é necessário ter em conta as diversas teorias sobre o que é a parentalidade. Por

exemplo Bornstein (2001) refere que a parentalidade, ou o facto de ser pai/mãe, é influenciado por várias características do progenitor. Características estas que tanto podem influenciar o comportamento parental por pouco tempo ou permanentemente. O autor refere que uma dessas características pode ser, por exemplo, as considerações cognitivas que os pais possuem sobre como devem cuidar dos filhos. Tal significa, como dizem Ludmer et. al. (2017) que a depressão e/ou ansiedade podem levar a crenças parentais negativas, que por sua vez tornam o exercício da parentalidade mais difícil nestes pais, em comparação com pais considerados normais. Belsky e Jafee (2006), por sua vez, referem que a parentalidade é essencialmente influenciada por três factores. Os factores individuais dos pais como a personalidade, e como já falamos anteriormente, ter sintomas ou mesmo uma personalidade com características que possam levar à depressão ou à ansiedade, faz com que os pais ansiosos ou depressivos, tenham uma tendência para não ter práticas ou comportamentos parentais tão eficazes como pais normais (Wade, Llewellyn e Matthews, 2015; Zahn-Waxler, Duggal & Gruber, 2002; Deković, 1999). Outro fator, são as características da criança, como o seu temperamento, porém como dizem alguns autores, o género ou a idade da criança também podem influenciar a maneira como os pais educam os filhos, (Russell et al., 1998; Weber, Prado, Viezze & Brandenburg, 2004; Deković 1999). Sendo o contexto social o outro fator que influencia a parentalidade. O que significa que um baixo nível económico, o estar inserido numa comunidade problemática ou o ter uma cultura diferente daquela que é imposta pelo contexto, influencia a maneira de agir dos pais, tal como é referido em alguns estudos (Kotchick e Forehand, 2002; Pinderhughes et. al., 2000; O'Neil et. al., 2009).

Para terminar, é necessário ainda referir o modelo ecológico de Bronfenbrenner (1977). Este modelo trata do impacto do microsistema, mesosistema, exosistema e macrosistema na forma de funcionamento de um indivíduo. Ou seja, como os ambientes onde o indivíduo se

move o afetam, sendo que este modelo pode também contribuir para explicar o objetivo principal do nosso estudo. O microsistema é considerado como os vários ambientes principais onde um indivíduo se move. Como exemplo temos a família ou o trabalho. O mesosistema, por sua vez, é considerado pelo autor, como um conjunto de microsistemas que se interrelacionam entre si, o que efetua uma relação com este estudo. Isto significa, que se houver um problema mais grave no trabalho que esteja a ter impacto na saúde mental de um indivíduo, como por exemplo, uma situação que o deixe mais ansioso, este pode focar-se mais nos problemas laborais e não tanto na educação dos filhos, apresentando assim comportamentos de rejeição e menos afetos, provando desta maneira que um ambiente pode afetar a relação de um indivíduo com o outro. O exosistema é definido como as estruturas sociais onde o indivíduo se insere. Como exemplo disso temos o bairro onde mora, o governo do seu país, os meios de comunicação entre outros, sendo que a participação do indivíduo nestas estruturas, pode ou não ser ativa. Porém estas influenciam indiretamente a sua maneira de agir. Como exemplo desta situação é possível que pais que vivam em bairros sociais, tenham estilos parentais diferentes de pais que vivam em condomínios privados, e mesmo pais que vivam no campo ou pais que vivam na cidade. Por fim, existe ainda o macrosistema, que se define como sendo as instituições que influenciam uma determinada cultura, tal como as leis, a educação, a política ou mesmo a religião. Estes elementos podem influenciar ou mesmo determinar a relação entre um indivíduo e as suas redes familiares ou sociais. Por exemplo, certamente que um indivíduo de um país economicamente mais pobre possui um estilo parental diferente de um indivíduo de um país mais rico. Outro exemplo é o de um indivíduo de um país em que o estado não seja laíco, ou seja, onde exista uma base religiosa no governo, influenciará os estilos parentais, nem que seja através das leis que são criadas.

São várias conclusões retiradas deste estudo, a primeira é que existe efetivamente uma

relação entre a saúde psicológica dos pais e os seus estilos parentais. Analisando os resultados destes estudos, percebemos que a relação é inversa para todas as variáveis da saúde, com exceção da disfunção social, e os estilos rejeição e suporte emocional. O que significa que valores mais elevados na saúde estão relacionados com valores mais baixos nestes estilos. Se os valores de um começarem a descer, os valores do outro sobem.

Uma outra conclusão retirada do estudo, é que percebemos ainda que no caso das variáveis da saúde mental, com exceção dos sintomas somáticos, e a variável suporte emocional, esta relação, é positiva, o que significa que os valores sobem ou descem sempre de maneira conjunta.

Os resultados revelam ainda, uma amostra sem problemas de saúde mental, com praticamente todas as variáveis medidas pelo instrumento nos valores próximos dos máximos ou na média. Todos os estilos parentais são, numa ou outra situação, utilizados pelos pais, no entanto aquele que tem o valor maior é o suporte emocional. Sendo assim o mais utilizado, e segundo a comparação feita entre os dois géneros, são as mães que mais utilizam. Nessa comparação, entre géneros, verificamos que o género masculino é aquele que possui os valores mais elevados de ansiedade e insónia, o que significa que não possuem problemas a este nível. Em termos de idades, os pais no grupo dos 36-45 anos, são aqueles que fornecem maior suporte emocional, o grupo de pais até aos 35 possui maior rejeição e tentativa de controlo, índice mais alto de depressão. Não possuir qualquer depressão é visto no grupo a partir dos 46 anos.

Uma das limitações deste estudo é observada com base no que é dito por Zahn-Waxler, Duggal & Gruber (2002), a maioria dos estudos sobre os problemas de saúde mental e a parentalidade ou estilos parentais têm tido o seu foco nas mães e na relação entre a mãe e os filhos. Sendo por essa razão que o sexo masculino, tem ficado de fora de muitos dos estudos realizados neste âmbito. Este estudo incluiu tanto pais como mães, pois pretendeu-se conhecer

a visão dos dois géneros sobre os seus estilos parentais e a saúde mental de ambos. Tal como os autores referiram, encontrámos pouca literatura sobre esta relação, sendo que também na nossa amostra o sexo masculino está em grande minoria relativamente ao sexo feminino, o que teve impacto nos resultados.

Uma outra limitação com a qual nos deparamos, foi o facto de existir pouca literatura relativamente à questão de os sintomas somáticos poderem estar ligados aos estilos parentais, o que foi encontrado está relacionado com o estudo da ansiedade.

Por fim, existem algumas sugestões de estudos futuros que gostaríamos de propor. A primeira seria uma continuação deste estudo, sendo que a nossa sugestão seria a de analisar a relação em estudo em função da área de residência. Isto de maneira a perceber se viver no campo, numa vila ou numa aldeia pode influenciar essa mesma relação. Outro estudo igualmente interessante de ser realizado futuramente, seria o de analisar a relação em função do nível de escolaridade dos pais, uma vez que a nossa amostra é muito variada a este nível.

Seria interessante efetuar no futuro, um estudo semelhante a este, mas com duas amostras distintas. Uma com filhos com perturbações de desenvolvimento e uma amostra de pais com filhos considerados normais.

Uma última sugestão, seria compreender como os filhos entre os 6 e os 16 anos, desta mesma amostra, percecionam os estilos parentais dos seus pais e fazer a comparação entre pais e filhos.

Como conclusão final, achamos importante referir , que esta dissertação será importante para uma boa continuação dos estudos sobre a relação entre saúde mental dos pais e os seus estilos parentais. E acreditamos que os resultados que obtivemos acerca da influência do género e da idade nesta mesma relação , serão também certamente uma boa contribuição para a continuação de estudos científicos neste âmbito.

### Referências

- Anhalt, K., & Morris, T. L. (2008). Parenting characteristics associated with anxiety and depression: A multivariate approach. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 5 (3), 122-137. doi: 10.1037/h0100427
- Ardelt, M., & Eccles, J. (2001). Effects of mothers' parental efficacy beliefs and promotive parenting strategies on inner-city youth. *Journal of Family Issues*, 22 (8), 944-972. doi: 10.1177/019251301022008001
- Banks, T., Ninowski, J.E., Mash, E.J, Semple, D., L. (2007). Parenting Behavior and Cognitions in a Community Sample of Mothers with and without Symptoms of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 17, 28-43. doi :10.1007/s10826-007-9139-0
- Barroso, R., G. & Machado, C. (2011). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade, *Psychologica*, 52 (1), 211-230.
- Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907.
- Belsky, J. & Jaffee, S. (2006). The multiple determinants of parenting. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds), *Developmental psychopathology* (pp.38-77). New York: Wiley.
- Bornstein, M., H. (2001) Parenting: Science and Practice. *Parenting: Science and Practice*, 1 (1-2), 1-4. doi: 10.1080/15295192.2001.9681208
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an Experimental Ecology of Human Development. *American Psychologist*, 32 (7), 513-31.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The Bioecological Model of Human Development 6<sup>th</sup> edition. In Lerner, R., M., Overton, W., F. & Molenaar, P., C. (Eds.) *Handbook of Child Psychology*, Vol. 1: Theoretical Models of Human Development (pp. 793-828).

New York: John Wiley.

Brouwers, E. P. M., van Baar, A. L., & Pop, V. J. M. (2001). Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development. *Infant Behavior & Development*, 24, 95-106. doi: 10.1016/S0163-6383(01)00062-5

Budinger, M., C., Tess, K., Drazdowski, T., K. & Ginsburg, G., S. (2013). Anxiety Promoting Parenting Behaviors: A Comparison of Anxious Parents with and without Social Anxiety Disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, 44, 412-418. doi: 10.1016/S0163-6383(01)00062-5

Canavarro, M.C., & Pereira, A.I.F. (2007). A avaliação dos estilos parentais educativos na perspectiva dos pais: A versão portuguesa do EMBU-P. *Teoria, Investigação e Prática*, 2, 271-286.

Cohler, B., J. & Musick, J., S. (1983). Psychopathology of Parenthood: Implications for Mental Health of Children. *Infant Mental Health Journal*, 4(5), 140-164. doi: 10.1002/1097-0355(198323)4:3<140::AID-IMHJ2280040303>3.0.CO;2-E

Conrade, G. & Ho, R. (2001). Differential Parenting Styles for Fathers and Mothers: Differential Treatment for Sons and Daughters. *Australian Journal of Psychology*, 53(1), 29-35. doi: 10.1080/00049530108255119

Cummings, E., M. & Davies, P. T. (2004). Maternal Depression and Child Development. *Journal of Children Psychology and Psychiatry*, 55 (1), 73-112.

Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting Style as Context: An Integrative Model. *Psychological Bulletin*, 113 (3): 487-496. doi: 10.1037/0033-2909.113.3.487

Deković, M. (1999). Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(6), 667-685. doi: 10.1023/A:1021635516758

- Drake, K., L. & Ginsburg, G. S. (2011). Parenting Practices of Anxious and Nonanxious Mothers: A Multi-Method, Multi-Informant Approach. *Child & Family Behavior Therapy*, 33(4):299-321. doi: 10.1080/07317107.2011.623101
- Kashahu, L. Dibra, G., Osmanaga, F & Bushati, J. (2014) The relationship between parental demographics, parenting styles and student academic achievement. *European Scientific Journal*, 10 (13), 237-251.
- Kotchick, B., A. & Forehand, R. (2002). Putting Parenting in Perspective: A Discussion of the Contextual Factors That Shape Parenting Practices. *Journal of Child and Family Studies*, 11(3), 255-269. doi: 10.1023/A:1016863921662.
- Leinonen, J., A., Solantaus, T., S. & Punamaki, R., L. (2003). Parental mental health and children's adjustment: the quality of marital interaction and parenting as mediating factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (29), 227-241. doi: 10.1111/1469-7610.t01-1-00116.
- Leung, D., W. & Slep A., M., S. (2006). Predicting inept discipline: The role of parental depressive symptoms, anger, and attributions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (3), 524-534. doi: 10.1037/0022-006X.74.3.524
- Lovejoy, M., C., Graczyk, P., A., O'Hare, E., & Neuman, G., 2000. Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20 (5), 561-592. doi: 10.1016/S0272-7358(98)00100-7
- Ludmer, J. A., Salsbury, D., Suarez, J. & Andrade, B. F. (2017). Accounting for the impact of parent internalizing symptoms on Parent Training benefits: The role of positive parenting. *Behaviour Research and Therapy*, 252-258. doi: 10.1016/j.brat.2017.08.012.
- Martins, E & Szymanski, H. (2004) A Abordagem Ecológica De Urie Bronfenbrenner Em Estudos Com Famílias. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 4 (1), 63-77.

- Mikolajczak, M., Raes, M.E., Avalosse, H., Roskam, I. (2017). Exhausted Parents: Sociodemographic, Child-Related, Parent-Related, Parenting and Family Functioning Correlates of Parental Burnout. *Journal of Child and Family Studies*, 1-13. doi: 10.1007/s10826-017-0892-4.
- Oliva, A., Parra, A. & Arranz, E. (2008). Estilos relacionales parentales y ajuste adolescente. *Infancia y Aprendizaje*, 31 (1), 93-106.
- O'Neil J., Wilson M. N., Shaw D. S. & Dishion T. J. (2009). The relationship between parental efficacy and depressive symptoms in a diverse sample of low income mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 643-652. doi: 10.1007/s10826-009-9265-y.
- Oyserman, D., Bybee, D., Mowbray, C. & Hart-Johnson, T. (2005). When mothers have serious mental health problems: parenting as a proximal mediator. *Journal of Adolescence*, 26, 443-463.
- Pais Ribeiro, J. & Antunes, S. (2003). Contribuição para o Estudo de Adaptação do Questionário de Saúde Geral de 28 itens (General Health Questionnaire-GHQ28). *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(1) 37 – 45.
- Pereira, A., I., Canavarro, C., Cardoso, M., F. & Mendonça, D. (2008). Patterns of Parental Rearing Styles and Child Behaviour Problems among Portuguese School-Aged Children. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 454-464. doi: 10.1007/s10826-008-9249-3
- Pereira, D., I., F. & Alarcão, M. (2014). “Parentalidade Minimamente Adequada”: Contributos para a operacionalização do conceito, *Análise Psicológica*, 32(2), 157-171. doi: 10.14417/ap.721.
- Perris, C., Jacobsson, L., Lindstrom, H., Knorrning, L. & Perris, H. (1980). Development of new inventory for assessing memories of parental rearing behavior, *Acta Psychiatrica*

*Scandinavica*, 61, 265-274.

Pinderhughes, E., E., Dodge, K., A., Zelli, A., Bates, J. E., & Pettit, G., S. (2000). Discipline Responses: Influences of Parents' Socioeconomic Status, Ethnicity, Beliefs About Parenting, Stress, and Cognitive– Emotional Processes. *Journal of Family Psychology*, 14(3): 380–400. doi:10.1037/0893-3200.14.3.380.

Russell , A., Aloa, V., Feder, T., Glover, A. Miller, H. & Palmer G. (1998). Sex-based differences in parenting styles in a sample with preschool children. *Australian Journal of Psychology*, 50 (2), 89-99. doi: 10.1080/00049539808257539

Saritas, D., Grusec, J., E. & Gençöz, T. (2013). Warm and harsh parenting as mediators of the relation between maternal and adolescent emotion regulation. *Journal of Adolescence*, 36, 1093-1101.

Skreden, M., Skari, H., Malt, U., F., Pripp, A., H., BJÖRK, M., D., Faugli, A. & Emblem, R. (2012). Parenting stress and emotional wellbeing in mothers and fathers of preschool children. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40, 596-604. doi: 10.1177/1403494812460347

Teetsel, R., N., Ginsbur, G., S., Kelly L. & Drake, K. L. (2014). Anxiety-Promoting Parenting Behaviors: A Comparison of Anxious Mothers and Fathers. *Child Psychiatry & Human Development*, 45, 133-142. doi: 10.1007/s10578-013-0384-8

Uji, M., Sakamoto, A., Adachi, K. & Kitamura, T. (2014). The Impact of Authoritative, Authoritarian, and Permissive Parenting Styles on Children's Later Mental Health in Japan: Focusing on Parent and Child Gender. *Journal of Child and Family Studies*, 23, 293-302. doi: 10.1007/s10826-013-9740-3

Vostanis, P., Graves, A., Meltzer, H., Goodman., R., Jenkins, R.& Brugha, T. (2006). Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental

- health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 41 (7): 509-14. doi: 10.1007/s00127-006-0061-3.
- Wade, C.; Llewellyn, G. & Matthews, J. (2015). Parent mental health as a mediator of contextual effects on parents with intellectual disabilities and their children. *Clinical Psychologist*, 19, 28-38. doi: 10.1111/cp.12055
- Weber, L., N., D., Prado, P., M., Viezze, A., P & Brandenburg, O., J. (2004). Identificação de Estilos Parentais: O Ponto de Vista dos Pais e dos Filhos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (3), 323-331.
- Whaley, S., E., Allison Pinto, A. e Sigman, M. (1999). Characterizing Interactions Between Anxious Mothers and Their Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (6), 826-836.
- WHO. (2004). Promoting Mental Health. Geneva: World Health Organization
- Wilson, S. & Durbin, C. E. (2010). Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 167-168.
- Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourland, S. & Cambron, S. (2002). The Behavior of Anxious Parents: Examining Mechanisms of Transmission of Anxiety from Parent to Child. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 31 (3), 364-374. doi: 10.1207/S15374424JCCP3103\_08
- Zahn-Waxler C, Duggal S, Gruber R. (2002) Parental psychopathology. In Bornstein, M., H. Handbook of parenting (pp.295-327). Vol. 3: Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.





**Anexo A**

---

Protocolo do estudo



## Protocolo do Estudo

1. Idade \_\_\_\_\_

2. Estado Civil

Solteiro(a)  
 União de Facto  
 Casado(a)  
 Separado(a)  
 Divorciado(a)  
 Viúvo(a)


3. Género    Feminino      
                   Masculino   

4. Quantos filhos tem? \_\_\_\_\_

4.1. Idade(s) de cada filho(a) \_\_\_\_\_

5. Nível de escolaridade

Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>			
Não completou o Ensino Básico	<input type="checkbox"/>			
Ensino Básico	1º Ciclo	<input type="checkbox"/>	2º Ciclo	<input type="checkbox"/>
Ensino Secundário	10º Ano	<input type="checkbox"/>	11º Ano	<input type="checkbox"/>
Licenciatura		<input type="checkbox"/>		
Mestrado		<input type="checkbox"/>		
Doutoramento		<input type="checkbox"/>		

6. Área de residência

Aldeia      
 Vila        
 Cidade   

7. Pessoa com quem coabita

Sozinho(a)      
 Cônjuge        
 Cônjuge e Filhos      
 Filhos          
 Outros parentes   

8. Situação profissional

Empregado(a) por conta própria      
 Empregado(a) por contra de outrem      
 Desempregado(a)      
 Reformado(a)      
 Outra \_\_\_\_\_

9. Profissão

---

**B** - Mesmo que seja difícil explicar com exatidão como se relaciona ou se relacionou com os seus filhos, certamente tem uma ideia, mais ou menos precisa, de como o(s) tem educado e porque tem procedido dessa forma.

Para responder a este questionário é muito importante que tente recordar as atitudes e comportamento que tem tido em relação ao(s) seu(s) filho(s). Como verá, cada pergunta pode ser respondida de diferentes maneiras. Deve escolher a resposta que melhor reflita o comportamento que tem ou teve para com o(s) seu(s) filho(s). **Depois de ter escolhido a resposta mais apropriada ao seu caso, deverá preenche-la com uma cruz.**

Como verá, algumas perguntas não podem ser respondidas se tem só um filho; nesse caso, deixe a resposta em branco.

	Não, nunca	Sim, às vezes	Sim, frequentemente	Sim, sempre
b1. Demonstração ao(s) seu(s) filho(s), com palavras e gestos, que gosta deles(s)?				
b2. Castiga o(s) seu(s) filho(s) mesmo no caso de pequenas faltas?				
b3. Tenta influenciar o(s) seu(s) filho(s) para que ele(s) venha(m) a ser pessoa(s) bem colocada(s) na vida?				
b4. Deseja que o(s) seu(s) filho(s) seja(m) diferente em algum aspecto?				
b5. Acha que é demasiado severo(a) com o(s) seu(s) filho(s)?				
b6. Decide como o seu(s) filho(s) deve(m) vestir-se/aspecto deve(m) ter?				
b7. Proíbe o(s) seu(s) filho(s) de fazer coisas que outras crianças da idade dele(s) fazem por medo que lhe(s) aconteça algo de mal?				
b8. Bate ou repreende o(s) seu(s) filho(s) em frente de outras pessoas?				
b9. Preocupa-se em saber o que faz o(s) seu(s) filho(s) na sua ausência?				
b10. Quando as coisas correm mal ao(s) seu(s) filho(s), tenta compreendê-lo(s) e anima-lo(s)?				
b11. Impõe ao(s) seu(s) filho(s) mais castigos corporais do que ele(s) merece(m)?				
b12. Aborrece-se com o(s) seu(s) filho(s) porque ele(s) não o (a) ajuda(m) nas tarefas de casa como gostaria?				
b13. Quando acha que o(s) seu(s) filho(s) faz(em) algo mal, mostra-se de tal forma triste que o faz sentir-se culpado?				
b14. Conta a outras pessoas o que o(s) seu(s) filho(s) faz(em) ou diz(em), envergonhando-o(s) com isso?				
b15. Mostra interesse em que o(s) seu(s) filho(s) tire(m) boas notas?				
b16. Ajuda o(s) seu(s) filho(s) quando ele(s) enfrenta(m) uma tarefa difícil?				
b17. Diz ao(s) seu(s) filho(s) frases como estas: " Com a tua idade não deverias comportar-te desta forma"?				
b18. Fica triste por culpa do(s) seu(s) filho(s)?				
b19. Tenta estimular o(s) seu(s) filho(s) para que ele seja o melhor?				
b20. Demonstra ao(s) seu(s) filho(s) que está satisfeito com ele(s)?				
b21. Confia no(s) seu(s) filho(s) de tal forma que o(s) deixa atuar sob a sua própria responsabilidade?				

	Não, nunca	Sim, às vezes	Sim, frequentemente	Sim, sempre
b22. Respeita as opiniões do(s) seu(s) filho(s)?				
b23. Se o(s) seu(s) filho(s) tem pequenos segredos, pede insistentemente que lhos conte?				
b24. Quer estar ao lado do(s) seu(s) filho(s)?				
b25. Acha que é "forreta" e "duro(a)" para com o(s) seu(s) filho(s)?				
b26. Quando regressa a casa, o(s) seu(s) filho(s) tem que dar-lhe explicações sobre o que fez(em)?				
b27. Tenta que a infância do(s) seu(s) filho(s) seja estimulante e atrativa? (por exemplo: dando-lhe(s) bons livros, encorajando-o(s) a em passeios e excursões, etc.)				
b28. Elogia o comportamento do(s) seu(s) filho(s)?				
b29. Diz ao(s) seu(s) filho(s) frases como estas: "É assim que nos agradeces todo o esforço que temos feito por ti e todos os sacrifícios que temos feito para o teu bem"?				
b30. Quando o(s) seu(s) filho(s) está triste, pode procurar a sua ajuda e compreensão?				
b31. Diz ao(s) seu(s) filho(s) que não está acordo com a forma de ele(s) se comportar(am) em casa?				
b32. Interessa-se pelo tipo de amigos mais próximos do(s) seu(s) filho(s)?				
b33. É brusco e pouco amável com o(s) seu(s) filho(s)?				
b34. Castiga o(s) seu(s) filho(s) com dureza, inclusive por coisas que não têm importância?				
b35. Acha que o(s) seu(s) filho(s) deseja(m) que se preocupe menos com as atividades dele(s)?				
b36. Participa ativamente nos passatempos e diversões do(s) seu(s) filho(s)?				
b37. Bate ao(s) seu(s) filho(s)?				
b38. Coloca limitações estritas ao que o(s) seu(s) filho(s) pode(m) ou não fazer, obrigando-o(s) a respeitá-las rigorosamente?				
b39. Tem um medo exagerado que aconteça alguma coisa ao(s) seu(s) filho(s)?				
b40. Acha que há carinho e ternura entre si e o(s) seu(s) filho(s)?				

	Não, nunca	Sim, às vezes	Sim, frequentemente	Sim, sempre
b41. Fica orgulhoso(a) do(s) seu(s) filho(s) quando ele(s) consegue(m) atingir objetivo a que se propõe(m)?				
b42. Manifesta ao(s) seu(s) filho(s) que está satisfeito com ele(s) através de expressões físicas carinhosas como dar-lhe(s) palmadas nas costas, abraçá-lo(s), etc.?				

**C** - As questões que se seguem são relativas à sua saúde em geral. Assinale 1 resposta em cada linha.

	Melhor que o habitual	Como habitual	Pior do que o habitual	Muito pior do que o habitual
c1. Tem-se sentido perfeitamente bem de saúde?				
	Não, em absoluto	Não mais do que o habitual	Mais do que o habitual	Muito mais do que o habitual
c2. Têm sentido a necessidade de um tónico?				
c3. Tem-se sentido em baixo de forma e maldisposto?				
c4. Tem-se sentido doente?				
c5. Tem tido dores de cabeça?				
c6. Tem tido uma sensação de aperto ou pressão na cabeça?				
c7. Tem tido ataques de frio ou calor?				
c8. Tem perdido o sono devido a preocupações?				
c9. Depois de adormecer acorda várias vezes?				
c10. Tem-se sentido constantemente sobre tensão?				
c11. Tem-se sentido irritável de mau humor?				
c12. Tem-se sentido assustado ou têm entrado em pânico sem razão?				
c13. Tem tido a sensação de que está tudo a cair em cima de si?				
c14. Tem-se sentido permanentemente nervoso e tenso?				
c15. Tem conseguido manter-se ativo e ocupado?				
c16. Tem levado mais tempo a fazer as tarefas normais?				
c17. Acha que, de um modo geral, tem trabalhado bem?				
c18. Sente-se satisfeito com a maneira como tem cumprido as suas tarefas?				
c19. Tem-se sentido útil no que faz?				
c20. Tem-se sentido capaz de tomar decisões?				
c21. Tem tido prazer nas suas atividades normais do dia-a-dia?				

	Não, em absoluto	Não mais do que o habitual	Mais do que o habitual	Muito mais do que o habitual
c22. Tem-se considerado uma pessoa sem valor nenhum?				
c23. Tem sentido que já não há nada a esperar da vida?				
c24. Tem sentido que a vida já não vale a pena?				
c25. Já pensou na hipótese de um dia vir a acabar consigo?				
c26. Acha que as vezes não consegue fazer nada por causa dos nervos?				
c27. Tem dado consigo a pensar estar morto e longe de tudo?				
c28. Acha que a ideia de acabar com a sua vida está sempre a vir-lhe à cabeça?				

Muito obrigada pela sua colaboração.