

**Universidades Lusíada**

Santos, Catarina Pereira, 1998-

**Impacto da saúde mental dos pais na qualidade de vida dos filhos**

<http://hdl.handle.net/11067/6134>

**Metadados**

**Data de Publicação**

2021

**Resumo**

A saúde mental é um conceito amplo, podendo ser descrita como uma condição de bem-estar na qual o indivíduo consegue realizar as suas capacidades, lidar com as tensões do quotidiano, trabalhar de forma produtiva e ser capaz de contribuir para a sua comunidade. A qualidade de vida, definida como a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, baseando-se no contexto sociocultural em que está inserido e considerando os seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações, é um conceito subjeti...

Mental health is a broad concept that can be described as a condition of well-being in which the individual is able to perform his abilities, cope with the tensions of daily life, work productively and be able to contribute to his community. Quality of life, defined as the individual's perception of his position in life, based on the sociocultural context in which he is inserted and considering his goals, expectations, standards and concerns, is a subjective, multidimensional concept, which inc...

**Palavras Chave**

Pais - Saúde mental, Pais e filhos, Parentalidade, Qualidade de vida

**Tipo**

masterThesis

**Revisão de Pares**

Não

**Coleções**

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-05-17T10:29:50Z com informação proveniente do Repositório



**UNIVERSIDADE LUSÍADA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**  
**Mestrado em Psicologia Clínica**

**Impacto da saúde mental dos pais na  
qualidade de vida dos filhos**

**Realizado por:**  
Catarina Pereira Santos

**Orientado por:**  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

**Constituição do Júri:**

Presidente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlia Rute Maia Cabrita  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos  
Arguente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Elisa Kern de Castro

Dissertação aprovada em: 20 de janeiro de 2022

Lisboa

2021



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

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

# Impacto da saúde mental dos pais na qualidade de vida dos filhos

Catarina Pereira Santos

Lisboa

julho 2021



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

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

# Impacto da saúde mental dos pais na qualidade de vida dos filhos

Catarina Pereira Santos

Lisboa

julho 2021



Catarina Pereira Santos

# Impacto da saúde mental dos pais na qualidade de vida dos filhos

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

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

Lisboa

julho 2021

## FICHA TÉCNICA

**Autora** Catarina Pereira Santos  
**Orientadora** Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos  
**Título** Impacto da saúde mental dos pais na qualidade de vida dos filhos  
**Local** Lisboa  
**Ano** 2021

### MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

SANTOS, Catarina Pereira, 1998

Impacto da saúde mental dos pais na qualidade de vida dos filhos / Catarina Pereira Santos ; orientado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos. - Lisboa : [s.n.], 2021. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - GASPAR, Tânia, 1977-

LCSH

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

1. Parents - Mental health

2. Parent and child
3. Parenthood
4. Quality of life
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. HQ755.85.S26 2021

## **Agradecimentos**

Ao terminar este ciclo quero agradecer a todos os professores com quem tive o gosto de conviver e aprender ao longo destes cinco anos. Em especial agradeço à Professora Doutora Tânia Gaspar por toda a atenção e ajuda na concretização deste trabalho final.

Não poderia deixar de agradecer a todos os colegas com quem me cruzei durante o meu período académico, em especial à Rafaela Diogo e à Eliana Massy por terem sido sempre 2/4 do nosso quarteto fantástico, mas também ao José Pedro Santos e ao Pedro Sardinha por todas as gargalhadas, partidas de cartas e momentos bons que vivemos (mesmo no meio do stress que é realizar uma licenciatura).

O mais especial agradecimento à Catarina Teixeira, a minha colega de trabalhos de grupo e de troca de dúvidas enquanto estudávamos para os exames, a minha parceira de séries, de transportes públicos e posteriormente de carro. A minha vida académica não teria sido de todo a mesma se não te tivesse conhecido, obrigado por todas as vezes que foste ombro para chorar, abraço para apoiar e sorriso para gargalhar. À Veronica da minha Betty, à Rachel da minha Monica, um muito obrigado amiga!

Agradeço também à Carolina Rodrigues e à Mariana Farto, por todo o apoio, companheirismo e amizade de há já 21 anos. Faça eu o que fizer, eu sei que posso sempre contar convosco e por isso, muito obrigado irmãs.

Quero agradecer também à Catarina Domingos e ao Eduardo Santos, pela amizade, pelo apoio, pela motivação que me deram e por acreditarem sempre em mim. Apesar da distância, sinto-vos sempre aqui.

Um obrigado enorme à minha grande família, em especial ao meu primo Ricardo, à minha prima Sara e à minha prima Joana, para vocês que me motivaram sempre a seguir este sonho, que se mostraram sempre interessados e orgulhosos em tudo o que eu fiz e alcancei, um muito obrigado.



Não posso deixar de agradecer aos meus pais e ao meu irmão, por todo o apoio, motivação e investimento financeiro e sobretudo emocional em mim. Sem vocês, eu nunca teria chegado aqui. Um obrigado do tamanho do mundo.

À minha afilhada Eva, por tudo. Se eu puder contribuir para tu viveres num mundo melhor, então tudo isto já valeu a pena.

Por fim, agradecer a mim mesma, pela resiliência e por nunca ter desistido de mim e deste curso que tanto me realiza, mesmo perante as dificuldades.

“Eles não sabem que o sonho  
é uma constante da vida  
tão concreta e definida  
como outra coisa qualquer (...).  
Eles não sabem, nem sonham,  
que o sonho comanda a vida.  
Que sempre que um Homem sonha  
o mundo pula e avança  
como bola colorida  
entre as mãos de uma criança.”  
António Gedeão, 1956



## Resumo

A saúde mental é um conceito amplo, podendo ser descrita como uma condição de bem-estar na qual o indivíduo consegue realizar as suas capacidades, lidar com as tensões do quotidiano, trabalhar de forma produtiva e ser capaz de contribuir para a sua comunidade. A qualidade de vida, definida como a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, baseando-se no contexto sociocultural em que está inserido e considerando os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, é um conceito subjetivo, multidimensional, que inclui aspetos positivos e negativos e que é influenciado pela saúde mental e física, pelas relações sociais, pelo nível de independência, pelas crenças pessoais do indivíduo e pelo meio envolvente. A qualidade de vida das crianças e dos adolescentes é influenciada pela saúde mental dos pais, na medida em que uma pior saúde mental parental tem um impacto negativo na qualidade de vida dos filhos.

Neste estudo foram inquiridos 1757 adultos, com idades entre os 20 e os 80 anos (média de 41.6 e desvio padrão de 5.71), sendo 77.3% dos indivíduos do sexo feminino, e respetivos filhos, com idades entre os 6 e os 16 anos, com o objetivo de compreender o impacto da saúde mental dos pais na qualidade de vida dos filhos.

Os resultados desta investigação evidenciaram que os filhos têm uma perceção de qualidade de vida mais elevada quando comparada com a perceção dos pais, avaliando a provocação como a dimensão mais positiva e o ambiente escolar como a mais negativa. Foi também possível compreender uma relação positiva entre a presença de menos sintomas de problemas de saúde mental nos pais e a qualidade de vida das crianças e adolescentes, indicando também que a ansiedade, a insónia e a depressão parental são preditores da qualidade de vida dos jovens. Assim, conclui-se que uma boa saúde mental dos pais tem um impacto positivo na qualidade de vida dos filhos.

*Palavras-chave:* Saúde Mental, Qualidade de Vida, Parentalidade, Infância, Adolescência



## **Abstract**

Mental health is a broad concept that can be described as a condition of well-being in which the individual is able to perform his abilities, cope with the tensions of daily life, work productively and be able to contribute to his community. Quality of life, defined as the individual's perception of his position in life, based on the sociocultural context in which he is inserted and considering his goals, expectations, standards and concerns, is a subjective, multidimensional concept, which includes positive and negative aspects and is influenced by mental and physical health, social relationships, level of independence, personal beliefs of the individual and the surrounding environment. The quality of life of children and adolescents is influenced by their parents' mental health, as poorer parental mental health has a negative impact on the quality of life of their children.

In this study 1757 adults aged between 20 and 80 years (mean of 41.6 and standard deviation of 5.71), 77.3% of whom were female, and their children aged between 6 and 16 were surveyed, with the aim of understanding the impact of parents' mental health on their children's quality of life.

The results of this study showed that children have a higher perception of quality of life when compared to their parents' perception, assessing provocation as the most positive dimension and the school environment as the most negative dimension. It was also possible to understand a positive relationship between the presence of fewer symptoms of mental health problems in parents and the quality of life of children and adolescents, also indicating that parental anxiety, insomnia and depression are predictors of young people's quality of life. Thus, it is concluded that a good mental health of parents has a positive impact on the quality of life of their children.

*Keywords:* Mental Health, Quality of Life, Parenting, Childhood, Adolescence



## **Lista de Tabelas**

Tabela 1 – Análise descritiva das variáveis sociodemográficas

Tabela 2 – Análise descritiva das variáveis idade e saúde mental

Tabela 3 – Análise das diferenças entre homens e mulheres em relação à saúde mental

Tabela 4 – Análise descritiva da variável qualidade de vida (percepção de pais e percepção de filhos)

Tabela 5 – Análise descritiva das dimensões da variável qualidade de vida na percepção dos filhos

Tabela 6 – Análise da Correlação de Pearson entre as variáveis da saúde mental e a qualidade de vida

Tabela 7 – Análise da Regressão Linear entre as variáveis da saúde mental e a qualidade de vida





## Índice

Agradecimentos .....	v
Resumo .....	ix
Abstract .....	xi
Lista de Tabelas .....	xiii
Introdução .....	xvii
Enquadramento Teórico.....	xxi
Saúde Mental.....	xxi
Sintomas Somáticos.....	xxvii
Ansiedade e Insónia.....	xxix
Disfunção Social.....	xxxv
Depressão Grave.....	xxxvii
Saúde Mental e Parentalidade .....	xl
Qualidade de Vida na Infância e Adolescência.....	xlv
Saúde Mental dos Pais e Qualidade de Vida das Crianças .....	xlix
Objetivos do estudo.....	lix
Método .....	lxi
Participantes .....	lxi
Instrumentos .....	lxi
Procedimento.....	lxiv
Resultados .....	lxv
Discussão .....	lxxi
Conclusão.....	lxxix
Referências.....	lxxxiii



## Introdução

A saúde mental é um conceito amplo, de definição não muito fácil, podendo ser descrito como uma condição de bem-estar na qual o indivíduo consegue realizar as suas capacidades, lidar com as tensões do quotidiano, trabalhar de forma produtiva e ser capaz de contribuir para a sua comunidade. Esta definição difere de definições mais tradicionais, que assumem a saúde mental como a ausência de doença mental, evitando assim possíveis conflitos que estas definições tradicionais podem enfrentar (Alves & Rodrigues, 2010; Galderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold & Sartori, 2015).

Através de uma visão mais pragmática, alguns autores consideram a saúde mental como um continuum dinâmico onde se encontram os problemas de saúde mental, que se diferenciam pelas suas causas, sintomas, consequências e tratamentos (Berry, Bowen & Kjellstrom, 2010; Smith, 2014).

A parentalidade é uma das transições que ocorrem no ciclo de vida do indivíduo e que influenciam o desenvolvimento do mesmo. Esta transição pode ser acompanhada por alguns problemas que irão afetar a saúde mental do indivíduo em questão, como é o caso da ansiedade, que surge nesta altura como resposta ao forte impacto que o indivíduo sente ao nível da sua saúde física e emocional, a insónia, pois o sono é uma das grandes preocupações dos indivíduos quando se tornam figuras parentais, e a depressão, pois neste momento de transição, os indivíduos, especialmente do sexo feminino, tendem a preencher critérios de diagnóstico para uma perturbação depressiva logo no primeiro ano após o nascimento do filho (Ball, Taylor, Thomas & Douglas, 2020; Frizzo, Schmidt, Vargas & Piccinini, 2019; Pereira & Alarcão, 2014; Sweeney, Rothstein, Visintaniner, Rothstein & Singh, 2017).

A qualidade de vida é um conceito cuja definição ainda se mantém pouco consensual, apesar do elevado interesse de diversas investigações nos últimos anos (Cruz & Nóbrega, 2018). No entanto, a Organização Mundial de Saúde (WHOQOL, 1995), compreende a

qualidade de vida como um conceito subjetivo, multidimensional, que incluiu aspetos positivos e negativos e que é influenciado pela saúde mental e física, pelas relações sociais, pelo nível de independência, pelas crenças pessoais do indivíduo e pelo meio envolvente. Assim sendo, esta organização define a qualidade de vida como a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, baseando-se no contexto sociocultural em que está inserido e considerando os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Pinho, Pereira & Chaves, 2018).

A qualidade de vida da criança e do adolescente pode ser influenciada pela saúde mental das figuras parentais do mesmo, na medida em que, de forma geral, uma pior saúde mental tem um impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo, e especificamente no caso dos jovens que crescem com pais portadores de perturbações ao nível da saúde mental, estes apresentam um risco elevado de desenvolverem problemas não só ao nível físico, como também ao nível mental, problemas ao nível da atenção, dificuldades escolares, problemas comportamentais e emocionais e apresentam também uma maior propensão para se isolarem socialmente (Annagür, Uguz, Apiliogullari, Kara, & Gunduz, 2014; Gellatly et al., 2019; Bujang et al., 2015).

O presente estudo tem como principal objetivo compreender o impacto que a saúde mental parental tem na qualidade de vida das crianças e dos adolescentes. A par disto, este estudo pretende ainda avaliar a saúde mental dos pais no geral e em relação ao género, avaliar a qualidade de vida dos jovens, tanto através da sua autoperceção, como através da perceção dos pais, e compreender de que forma a ansiedade, a insónia e a depressão parental impacta a qualidade de vida dos filhos.

Esta dissertação está dividida em quatro partes. A primeira parte trata do enquadramento teórico do estudo, onde são aprofundados os conceitos e as variáveis em estudo, como a saúde mental e a qualidade de vida, seguido da descrição dos objetivos principais e

específicos do mesmo. Na segunda parte é descrito o método do estudo, a amostra de participantes, os instrumentos utilizados e o procedimento realizado. Na terceira parte são apresentados os resultados obtidos com esta investigação e a discussão dos mesmos segundo os dados encontrados na literatura. Por fim, na última parte são apresentadas as conclusões finais do estudo.



## **Enquadramento Teórico**

### **Saúde Mental**

O conceito de saúde mental é um conceito amplo, nem sempre de fácil definição ou identificação do que determina, sendo que a Organização Mundial de Saúde considera a saúde mental como um elemento-chave do conceito de saúde, definindo-a como “um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas próprias capacidades, consegue lidar com as tensões normais da vida, consegue trabalhar produtiva e frutuosamente e é capaz de dar uma contribuição à sua comunidade" (WHO 2001, p.1). Este tipo de definições desmarca-se das conceções tradicionais tanto de saúde, na sua generalidade, como um estado de bem-estar físico, psíquico e social e não apenas ausência de doença, como de saúde mental não sendo definida apenas pela ausência de perturbação mental. No entanto, ao associar a saúde mental a sentimentos e funcionamento positivos submete-se a possíveis conflitos, ou seja, considerar o bem-estar como um componente essencial da saúde mental pode levar a dificuldades quando surgem situações em que este bem-estar que a pessoa sente não é saudável, como por exemplo, quando uma pessoa se sente bem ao magoar ou tirar a vida a outras pessoas. Partindo deste ponto, é necessário compreender que pessoas com uma boa saúde mental se apresentam tristes, zangadas, infelizes e doentes por diversas vezes, pois estas emoções compõem a vida normal de um ser humano (Alves & Rodrigues, 2010; Galderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold & Sartori, 2015).

Outros autores assumem que a saúde mental pode ser considerada pragmaticamente como a capacidade da pessoa em pensar, aprender e viver com as suas próprias emoções e reações e com as dos outros (Berry, Bowen & Kjellstrom, 2010).

Dentro da primeira conceção, que toma o bem-estar como fundamental para a saúde mental, Keyes (2006) identificou três componentes que constituem a saúde mental: o bem-estar emocional – felicidade, interesse pela vida, satisfação; o bem-estar psicológico – gostar



da própria personalidade, boa gestão das responsabilidades diárias da vida, bons relacionamentos com os outros, satisfação com a própria vida; e o bem-estar social – contribuir para a sua sociedade, sentimento de pertença à comunidade, acreditar na melhoria da sociedade, o funcionamento da sociedade fazer sentido para si (Galderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold & Sartori, 2015).

A segunda definição, mais pragmática, de saúde mental implica um continuum dinâmico onde se inserem os problemas de saúde mental que se diferenciam pelas suas causas, sintomas, consequências e tratamentos, mas todos estes problemas são marcados por alterações persistentes ao nível da perceção da realidade ou organização do pensamento, do humor ou do comportamento, acompanhados geralmente por sofrimento e mau funcionamento do indivíduo (Berry, Bowen & Kjellstrom, 2010; Smith, 2014).

Os fatores determinantes de saúde e doença mental incluem aspetos individuais, sociais e sociais, assim como a interação entre estes aspetos. Deste modo, a saúde mental deve ser compreendida através de perspetivas biológicas, psicológicas e socioculturais, isto é, deve ser compreendida através de uma perspetiva ecológica, que se foca nos sistemas individuais e contextuais, assim como na relação interdependente entre estes. O pensamento ecológico é interessante para compreender a saúde mental pois analisa amplamente vários contextos em conjunto com os atributos e comportamentos do indivíduo, sendo que Urie Bronfenbrenner, psicólogo do desenvolvimento, é uma das figuras que mais contribuiu para a utilização do pensamento ecológico na investigação sobre saúde mental, tendo desenvolvido a sua teoria ecológica de modo a fornecer uma nova perspetiva teórica para a compreensão do desenvolvimento humano (Eriksson, Ghazinour & Hammarstrom, 2018).

A área do desenvolvimento humano foca os seus estudos nos processos de mudança e estabilidade que ocorrem na vida das pessoas. O ramo da psicologia do desenvolvimento procura, além de estudar o desenvolvimento em si, isto é, os processos que incluem

mudanças ao longo da vida dos indivíduos, desde o nascimento até ao fim da vida, estudar também as condições que ajudam o indivíduo a adaptar-se ao seu meio ambiente da melhor forma possível, tendo em atenção o crescimento entre o próprio organismo e os contextos sempre em mudança, nos quais este vive e se desenvolve (Benetti, Crepaldi, Scheinder & Vieira, 2013; Feldman, Martorell & Papalia, 2013).

O estudo do desenvolvimento humano foca-se em três domínios principais: o físico, o cognitivo e o psicossocial. O domínio físico é constituído pela saúde, pelo crescimento do corpo e do cérebro e pelas capacidades sensoriais e motoras, o domínio cognitivo está associado às funções cognitivas como a aprendizagem, atenção, memória, linguagem, raciocínio, pensamento e criatividade, e o domínio psicossocial alberga as emoções, a personalidade e as relações sociais. É de realçar que estes domínios se influenciam de forma mútua pois encontram-se interrelacionados, isto é, por exemplo, uma criança com problemas ao nível da audição pode sofrer implicações ao nível do desenvolvimento da linguagem (Feldman, Martorell & Papalia, 2013).

A questão da influência dos aspetos genéticos e dos aspetos ambientais gerou um grande debate ao longo dos anos. Para compreender o desenvolvimento humano, temos de considerar que este é afetado tanto pela hereditariedade, por exemplo pelas características herdadas pelos pais, como pelo ambiente, por exemplo pelo contexto socioeconómico (Feldman, Martorell & Papalia, 2013). Deste modo, e segundo Senna e Dessen (2012), o desenvolvimento humano é um processo epigenético e probabilístico, pois é influenciado tanto por fatores hereditários ou biológicos, como por fatores ambientais ou do contexto, que interagem reciprocamente entre si, sendo que discussão atual assenta na tentativa de explicar de que forma estes dois aspetos atuam juntos.

A teoria bioecológica do desenvolvimento humano formulada por Urie Bronfenbrenner, teve a sua primeira versão em 1979 e enfatizava o ambiente como aspeto fundamental para

compreender a forma com o indivíduo se desenvolve, tendo surgido pela insatisfação do autor com as abordagens e ideias em vigor na altura, nomeadamente pela forma dividida pela qual o desenvolvimento era entendido, isto é, cada nível de análise era abordado de forma isolada. Primeiramente formulada como Modelo Ecológico, a teoria de Bronfenbrenner foi sofrendo alterações, ajustes e evoluções, passando em 1992 a ser denominada por Teoria dos Sistemas Ecológicos e mais tarde Modelo Bioeco-lógico do Desenvolvimento até chegar à denominação atual de Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. Segundo a sua teoria e o seu paradigma, o Bronfenbrenner (2005) considera o desenvolvimento humano como dependente de quatro domínios interrelacionados, que formam o Modelo PPCT: processo, pessoa, contexto e tempo (Bennetti, Crepaldi, Schneider & Vieira, 2013).

Segundo este modelo, o processo é o principal mecanismo para o desenvolvimento ocorrer e define-se por interações mútuas progressivamente mais complexas entre o indivíduo e os outros ao ser redor, os objetos e os símbolos existentes no seu ambiente. Estas interações são consideradas como interações proximais, são essenciais e Bronfenbrenner (1999) destacou a importância da presença de alguns aspetos neste processo proximal: para ocorrer o desenvolvimento, a pessoa deve estar a participar numa atividade; para a interação ser concreta e eficaz, esta deve ocorrer durante um período de tempo longo, não se podendo restringir a atividades esporádicas apenas; as atividades realizadas pela pessoa devem ser gradativamente mais complexas; deve existir uma reciprocidade nas relações interpessoais para os processo proximais serem mais concretos; e os objetos e símbolos existentes no ambiente da pessoa devem chamar a sua atenção, para que exista reciprocidade na interação (Bennetti, Crepaldi, Schneider & Vieira, 2013; Lordello & Oliveira, 2012).

A pessoa, como segundo domínio do Modelo Bioecológico, engloba os aspetos biológicos e psicológicos inatos e adquiridos, sendo que Bronfenbrenner deu especial atenção às características que as pessoas apresentam em interação com os outros, as características

biopsicológicas. Estas características, definidas como a força, recursos e demandas, são ambivalentes na medida em que são resultado, mas também o estímulo do desenvolvimento. A força ou disposições, remete para aspetos como a motivação e a persistência, na medida em que se define por condições comportamentais que tornam possível iniciar e manter as interações proximais da própria pessoa. Os recursos remetem para aspetos, nomeadamente cognitivos, emocionais, sociais e até materiais, que pela sua presença ou ausência influenciam a capacidade do indivíduo para realizar satisfatoriamente os seus processos proximais. Por último, as demandas são aspetos que podem motivar ou desencorajar as interações com o ambiente, podendo contribuir ou prejudicar os processos proximais, englobando as expectativas do próprio indivíduo face a diversas características como a idade, etnia, aparência física, crenças ou o género (Bennetti, Crepaldi, Schneider & Vieira, 2013; Leme, Prette, Koller & Prette, 2016).

O contexto não se limita apenas a um ambiente, mas sim à interação e interconexão de vários ambientes em que a pessoa está inserida, formando assim o ambiente ecológico. O ambiente ecológico é assim constituído por vários contextos ou estruturas – o microssistema, o mesossistema, o exossistema e o macrossistema - cada uma contida dentro de outra, remetendo para a analogia das famosas bonecas russas, as matrioskas (Benetti, Crepaldi, Schneider & Vieira, 2013; Bronfenbrenner, 1979).

O microssistema trata-se de um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais que a pessoa em desenvolvimento mantém num determinado ambiente com características físicas e materiais muito próprias. Estes ambientes, como a família, a escola, a vizinhança ou os amigos, são contextos em que a mesma consegue envolver-se em interações cara-a-cara e fatores como atividades, papéis e relações são elementos constitutivos do próprio microssistema, não só pelas suas propriedades mais objetivas, mas também pela forma como a pessoa os compreende (Bronfenbrenner, 1979; Yunes & Juliano, 2010).

O mesossistema demonstra-nos a característica integrativa do desenvolvimento, na medida em que é composto pela interação mútua entre dois ou mais microsistemas. A título de exemplo, um mesossistema de uma criança pode ser constituído pela inter-relação entre o microsistema família e o microsistema escola, quando há envolvimento tanto de pais e professores para estimular o desenvolvimento da criança. No entanto, esta interação entre dois ou mais microsistemas pode ser estimuladora ou inibidora do desenvolvimento da pessoa (Benetti, Vieira, Crepaldi & Scheinder, 2013; Christensen, 2016).

O exossistema remete para um ou mais contextos em que a pessoa em desenvolvimento não está inserida ou envolvida diretamente, não sendo por isso um participante ativo do mesmo. No entanto, são contextos que afetam ou são afetados por ambientes em que a pessoa está envolvida ativamente, como por exemplo, no caso das crianças, o local de trabalho dos pais, pois se acontecer algo no contexto do local de trabalho dos pais, isso pode gerar efeitos positivos ou negativos no contexto de casa da família, e vice-versa (Bronfenbrenner, 1979; Yunes & Juliano, 2010).

Por fim, o macrossistema, é o sistema mais amplo de todos, o que contém todos os outros dentro de si, e é constituído pela cultura geral da sociedade em que a pessoa em desenvolvimento se encontra inserida. Deste modo, o macrossistema difere do exossistema por não se tratar de ambientes específicos, mas sim por se referir a padrões gerais típicos de uma cultura, englobando valores, crenças, estatuto socioeconómico, etnia, forma de ser ou estar, hábitos e estilos de vida, entre outras demais características da sociedade em questão (Christensen, 2016; Yunes & Juliano, 2010).

Por último no Modelo PPCT temos o domínio do tempo, ou cronossistema, que se trata da estrutura que acrescenta a dimensão temporal às restantes estruturas já existentes. Este domínio remete para o nível de estabilidade ou mudança na vida do indivíduo face aos

eventos do seu ambiente e às transições do ciclo de vida que ocorrem e que podem influenciar o desenvolvimento da pessoa (Benetti, Vieira, Crepaldi & Scheinder, 2013).

Os problemas de saúde mental são uma preocupação crescente de saúde pública, afetam uma em cada cinco pessoas, trazem associados a si uma grande carga social e econômica e podem ser definidos como qualquer condição que afete os pensamentos, emoções e/ou comportamentos do indivíduo, que escape aos padrões ditos normais de personalidade ou de crenças de uma cultura e, que, inevitavelmente provoque um impacto negativo na vida do portador da doença e de quem o rodeia (Mental Health Foudation, 2015; Palha & Palha, 2016; Smith, 2014).

No contexto dos problemas mentais, os mais comuns são as perturbações depressivas, as perturbações de ansiedade, Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação de Ansiedade Social e Perturbação de Pânico, segundo o Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (NICE), perturbações alimentares, perturbações de uso de substâncias e Perturbação de Stress Pós-Traumático, entre outras que incluem demência e déficit cognitivos, enquanto os mais incomuns são as perturbações como a esquizofrenia, perturbações bipolares e de personalidade. Sejam mais comuns ou mais raros, estes problemas foram considerados, em 2010, como as principais causas de incapacidade em todo o mundo, podem ser graves e podem perdurar durante muito tempo (Berry, Bowen & Kjellstrom, 2010; Mental Health Foundation, 2016; Mental Health Foundation, 2015).

### **Sintomas Somáticos**

Freud (1987, citado por Catani, 2014) descreve a histeria como uma manifestação sem causa ou definição clara e observável que está associada a fenómenos como convulsões, paralisias, contraturas e distúrbios sensoriais. Naquela época a histeria não foi algo que despertou o interesse apenas dos clínicos gerais ou dos psicanalistas, mas também dos psicólogos, psiquiatras e neurologistas, tendo, ao longo do tempo, adquirido novas

denominações, como doença cerebral primitiva, psicose histérica, perturbações somatoformes e, como é conhecida hoje em dia, sintomas somáticos.

Atualmente os sintomas somáticos estão presentes em cerca de 11% a 22% dos indivíduos em idade adulta e refletem experiências corporais dolorosas, como dores de cabeça ou dores musculares, ou disfunções físicas localizadas em determinadas partes do corpo ou órgãos específicos, como alterações no sono ou na digestão (Lin, Yang, Elliott & Green, 2020).

A quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V) substituiu a categoria de Perturbação Somatoforme e perturbações relacionadas pela categoria de Perturbação de Sintomas Somáticos e perturbações relacionadas. O diagnóstico para a Perturbação de Sintomas Somáticos requer que o indivíduo tenha “um ou mais sintomas somáticos geradores de mal-estar ou que resultam em disrupção significativa da vida quotidiana” (critério A) e ainda “pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos relacionados com sintomas somáticos ou associados a preocupações de saúde” (critério B). Os critérios de diagnóstico desta perturbação indicam que qualquer um dos sintomas somáticos podem não estar presentes de forma contínua, mas o estado sintomático é persistente, geralmente por mais de seis meses (Critério C) (APA, 2014; Häuser, Constanze-Hausteiner-Wiehle, Henningsen, Brähler, Schmalbach & Wolfe, 2020).

Algumas perturbações são acompanhadas por determinados sintomas somáticos, como a Perturbação Depressiva Major. Esta perturbação é frequentemente acompanhada de sintomas como dores no corpo ou sintomas gastrointestinais, apesar destes não serem considerados no DSM-V (Xinyu et al., 2019).

A Perturbação de Sintomas Somáticos caracteriza-se muito pela dificuldade persistente no seu reconhecimento e tratamento, podendo no seu sentido mais amplo ser entendida como a manifestação de sintomas físicos com origem psíquica. No entanto esta definição não é a mais correta pois pressupõe uma divisão entre o corpo e a mente, pode dar a entender que

estes sintomas são simulados pelo indivíduo, e também não abrange casos em que a somatização está associada a uma doença orgânica ou é secundária a outras perturbações mentais (Reiner, Rêgo, Pires & Silva, 2016).

Para além dos sintomas somáticos serem difíceis de explicar e avaliar do ponto de vista clínico, são persistentes, causam sofrimento, afetam negativamente o funcionamento normal e a qualidade de vida da pessoa e ocorrem comorbidamente não só com a depressão, como também com a ansiedade. Por outro lado, estudos também indicam que a depressão e a ansiedade podem ser preditores do surgimento de sintomas somáticos (Gonçalves, Afonso, Dias, Lopes, Pereira, Esgalhado, Monteiro & Loureiro, 2020; Lin, Yang, Elliott & Green, 2020).

### **Ansiedade e Insónia**

Barlow (2002) descreve a ansiedade como um estado de humor focado no futuro que se relaciona com a possibilidade de ocorrer um evento negativo ao qual a resposta se baseia num estado de medo ou alarme face a um perigo real ou percebido, que já está a ocorrer ou que ainda há de chegar. Deste modo, a ansiedade é composta por um conjunto de alterações cognitivas, comportamentais e fisiológicas reflexo de uma resposta adaptativa do organismo face a uma ameaça à integridade física ou psicológica, tornando-se patológica quando deixa de ser adaptativa, isto é, quando surge em resposta a uma ameaça que não é real ou quando surge de forma desproporcional face à dimensão da ameaça em questão (Pinto, Martins, Pinheiro & Oliveira, 2015).

A ansiedade é um fenómeno normal que surge como resposta ao stress. Esta resposta é composta por uma componente emocional, que implica sintomas como inquietação e dificuldade de concentração, e uma componente física, onde se encontram sintomas como tremores, falta de ar e fadiga. A ansiedade passa também a ser considerado patológica, e tomada como uma perturbação, quando os sintomas causam sofrimento pessoal e limitam ou



debilitam a vida da pessoa durante um período de tempo (Fernandes, Meneses, Franco, Silva & Feitosa, 2017; Impey, Gordon & Baldwin, 2020;).

A ansiedade patológica inclui diversos tipos de perturbação, nomeadamente a Perturbação de Pânico, caracterizada pela ocorrência de ataques de pânico, ou seja, períodos de medo intenso que surgem de forma inesperada, podendo ocorrer várias vezes por dia assim como apenas algumas vezes por ano. A Agorafobia está bastante ligada à Perturbação de Pânico, na medida em que remete para o medo de estar num lugar onde seria difícil uma fuga rápida perante um ataque de pânico. A Fobia Específica é outra perturbação ansiosa constituída por um medo face a objetos ou a determinadas situações e que causa uma ansiedade duradoura. A Perturbação de Ansiedade Social refere-se a um medo intenso que o indivíduo tem de ser criticado, julgado ou avaliado de forma negativa, sendo muitas vezes uma condição que incapacita a pessoa de realizar atividades do seu dia-a-dia (Fernandes, Meneses, Franco, Silva & Feitosa, 2017).

A perturbações de ansiedade afetam os indivíduos ao longo da sua vida, estando mais presente a Perturbação de Pânico em adolescentes e jovens adultos, enquanto na idade adulta é a Perturbação de Ansiedade Generalizada a mais comum (Impey, Gordon & Baldwin, 2020).

A Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG) é a um tipo de ansiedade clínica comum e incapacitante que afeta cerca de 9% da população adulta dos Estados Unidos da América, seguindo geralmente um percurso crónico com fluxos sintomáticos. A característica principal desta perturbação é a excessiva e persistente preocupação que inclui pensamentos sobre possíveis resultados negativos que uma ameaça percebida pode produzir. Esta perturbação produz alguns sintomas somáticos como tensão muscular, irritabilidade, dificuldade em dormir e inquietação. (Fernandes, Meneses, Franco, Silva & Feitosa, 2017; Kalmbach, Abelson, Arnedt, Zhao, Schubert & Sen, 2018).

Relativamente à idade, o aparecimento da ansiedade está associado às faixas etárias dos 30 aos 45 anos e dos 45 aos 64 anos, portanto já na idade adulta, e a sua prevalência na população adulta situa-se nos 17.5% na faixa etária dos 20 aos 29 anos, nos 12.9% dos 30 aos 39 anos, nos 16.5% dos 40 aos 49 anos e nos 22.1%, a sua maior percentagem, na população entre os 50 e os 60 anos (Banzo, Ejaz & Ahmad, 2021; Moreno-Peral et al., 2014).

Existem fatores biopsicossociais envolvidos na patogénese destas perturbações ansiosas, nomeadamente fatores biológicos, como hiperresponsividade antecipatória na amígdala ou ser do sexo feminino, fatores psicológicos, como estilos de vinculação inseguros ou ansiosos ou uma maior atenção face a informações relacionadas com ameaças e interpretação errada de estímulos indefinidos como ameaça, e fatores sociais, como separação parental ou atitude cultural (Impey, Gordon & Baldwin, 2020).

No estudo de Costa, Branco, Vieira, Souza e Silva (2019), com 2361 indivíduos adultos, foi possível entender que existe uma maior prevalência de ansiedade na população feminina em comparação com a população masculina, na medida em que a prevalência de ansiedade nas mulheres se encontrou nos 32.5% , enquanto que nos homens se situou nos 21.3%. Este resultado, segundo os autores, pode ser justificado pela pressão social a que as mulheres estão sujeitas, pela sua vida e jornada profissional, pelo vencimento que recebem, quando este é abaixo do esperado, e pela violência que as mulheres enfrentam no seu dia-a-dia, e que provoca nestas sensações de medo e angústia.

É importante ressaltar que os indivíduos adultos diagnosticados com perturbações de ansiedade geralmente dormem mal, no entanto não se sabe se este déficit no sono antecede a perturbação ou se é uma consequência desta, até porque a maior parte dos estudos sobre problemas do sono centra-se muito na depressão, negligenciando a influência de sintomas de ansiedade na insónia (Kalmbach, Abelson, Arnedt, Zhao, Schubert & Sen, 2018).

A insónia e a ansiedade estão ligadas entre si ao longo da vida e cerca de 20 a 30% das pessoas que sofrem de insónia também apresentam ansiedade significativa, pois estas duas perturbações não só coocorrem como também podem influenciar-se, isto é, segundo vários estudos, a relação entre estas perturbações é, muito provavelmente, bidirecional. A coocorrência da insónia e da ansiedade é explicada pela biologia como sendo causada pela desregulação de circuitos corticolímbicos que são responsáveis tanto pelo sono como pelas respostas emocionais, sendo que o sistema hormonal que liberta corticotrofina é um elemento que também provoca tanto insónia como ansiedade, visto estar envolvido na promoção da excitação psicológica (Bragantini, Sivertsen, Gehrman, Lydersen & Güzey, 2019).

O sono tem um papel essencial no bem-estar físico, psicológico e social dos indivíduos, sendo definido por Gomes, Quinhones e Engelhard (2010) como “uma condição fisiológica de atividade cerebral, natural e periódica, caracterizada por modificação do estado de consciência, redução da sensibilidade aos estímulos ambientais, acompanhados por características motoras e posturais próprias, além de alterações autónomas” (p.6).

A insónia é uma condição comum na população adulta, como se verifica no estudo de Peñuela-Epalza et al. (2015), com 220 participantes, com uma idade média de 38 anos, onde foram diagnosticados 56 indivíduos com insónia leve, 35 com insónia moderada e 3 com insónia grave. Neste mesmo estudo foi possível perceber algumas manifestações da insónia, como a fadiga presente em 45.9% dos participantes, o número de horas de sono situado entre 6 a 7 horas em 45.5%, e o número de despertares noturno, reportado por 57.7% das pessoas ao afirmarem que se levantavam uma a três vezes por noite. A maior percentagem de pessoas com insónia neste estudo encontrou-se na faixa etária dos 18 aos 45 anos, sendo relativamente mais alta nas mulheres.

Num estudo com 2144 sujeitos adultos, os resultados indicaram uma média de 6.43 horas de sono por noite, tendo 38.2% dos participantes apontado uma qualidade de sono pobre.

Relativamente ao sexo, existem diferenças entre homens e mulheres, na medida em que em existem mais mulheres (44.6%) a reportar uma qualidade de sono mais pobre em comparação aos homens (30.1%). Este estudo indica ainda que a qualidade do sono apresenta uma relação inversa com a idade, na medida em que quanto mais velha é a pessoa, pior é o seu sono, um dado que também é mais significativo nas mulheres (Madrid-Valero, Martínez-Selva, Couto, Sánchez-Romera & Ordoñana, 2017).

Dados semelhantes foram encontrados por Dewa, Hassan, Shaw e Senior (2017) no seu estudo com uma população muito específica de 240 presidiários, com uma idade média de 36 anos, visto que os resultados apontaram que 61.6% dos indivíduos em estudo sofriam de insónia diagnosticada pelos critérios do DSM-V (APA, 2014). Os resultados relativos ao sexo são semelhantes ao do estudo anterior, na medida em que a insónia apresentava uma prevalência superior na população feminina (70.6%) em comparação com a população masculina (52.5%), sendo que estas mulheres também reportam mais problemas em iniciar o sono, assim como consideram que o seu humor, energia e relações pessoais são mais afetadas de forma negativa pela qualidade de sono pobre que relatam. Este estudo ainda apresentou dados importantes, como 61% dos participantes referir que demora mais de 60 minutos a iniciar o sono, 89.7% já ter dificuldades de sono há 3 meses ou mais, tornando-os doentes crónicos, e 88.2% identificar-se subjetivamente como pessoas que dormem mal.

A atividade fisiológica que é o sono é constituída por duas fases, a fase NREM e a fase REM. A fase NREM é composta por três estágios (I, II e III) de grau crescente de profundidade do sono e é a fase sem movimentos rápidos dos olhos, onde há lentificação progressiva da atividade cortical, relaxamento muscular com manutenção do tónus, redução progressiva dos movimentos corporais e em que a respiração e o eletrocardiograma se apresentam regulares. A fase REM, definida por existirem movimentos rápidos dos olhos, é caracterizada por uma hipotonia ou atonia muscular, movimentos corporais fásicos, possível

emissão de sons, sendo a fase em que a respiração e o eletrocardiograma estão irregulares e em que surgem os sonhos mais frequentes. Um ciclo de sono completo engloba a sucessão da fase NREM e REM (Kubota, Silva & Masioli, 2014).

A insónia caracteriza-se por uma incapacidade provisória ou persistente em iniciar ou manter o sono, seja por interrupção deste ou por um despertar antecipado. Esta perturbação é a mais frequente das perturbações do sono, afeta negativamente o funcionamento diário do indivíduo, e, como outras perturbações do sono, pode causar problemas físicos que, por sua vez, podem gerar consequências a longo prazo se não forem detetados e tratados a tempo (Gonçalves, Cabral, Silva, Chaves & Duarte, 2016).

A classificação da International Classification of Sleep Disorders (ICSD) classifica a insónia tendo em conta três critérios. O primeiro critério remete para a dificuldade em iniciar ou manter o sono, o despertar precocemente ou o ter um sono não reparador ou de fraca qualidade. O segundo critério indica que todos os sintomas indicados no primeiro critério ocorrem apesar de estarem garantidas condições adequadas para o sono. E o terceiro critério engloba a presença de alguns sintomas relacionados com as dificuldades ao nível do sono, como a fadiga, o défice de atenção, concentração e memória, disfunção ao nível sexual, profissional ou académico, irritabilidade, falta de motivação e energia, acidentes tanto no trabalho como na condução de veículos, entre outros (Kubota, Silva & Masioli, 2014).

É de ressaltar que muitas vezes não se dá a devida importância ao facto de que as pessoas que sofrem de insónia podem apresentar um sintoma ou a combinação de vários, isto é, podem ter apenas um ou mais tipos de dificuldade ao nível do sono, como as que referidas anteriormente. Por exemplo, vários dados epidemiológicos recentes indicam que indivíduos com combinação de dois tipos de dificuldade do sono em conjunto, sono curto e insónia, apresentam mais sintomas de ansiedade do que os indivíduos que têm um ou outro problema

do sono de forma isolada (Bragantini, Sivertsen, Gehrman, Lydersen & Güzey, 2019; Kalmbach, Abelson, Arnedt, Zhao, Schubert & Sen, 2018).

Para além da comorbidade com a ansiedade, a insónia pode estar também associada a outras perturbações mentais como a depressão, a perturbação de hiperatividade/défice de atenção e as perturbações do espectro do autismo, estas últimas caracterizadas, entre outros aspetos, por disfunções significativas ao nível das interações sociais (Nunes & Bruni, 2015).

### **Disfunção Social**

Os indivíduos existam em ambientes sociais que requerem várias interações sociais diariamente. Apesar de poderem parecer interações de rotina para a maioria dos indivíduos, são necessárias habilidades específicas para o indivíduo viver e se desenvolver neste mundo social altamente complexo. Estas habilidades específicas denominam-se de habilidades sociais, estão presentes em conversas, encontros e relacionamentos diários do indivíduo com as pessoas ao seu redor e incluem a capacidade dar e receber informações e de expressar e trocar atitudes, opiniões e sentimentos com os outros (Fett, Shergill & Krabbendam, 2014; Scemes, Savoia, Prette, Mestreiner, Silva & Elkis, 2016).

A avaliação das habilidades sociais é um processo importante para avaliar a disfunção ou os défices sociais e compreende a observação, dramatização, entrevista, escalas de avaliação e autoavaliação (Scemes, Savoia, Prette, Mestreiner, Silva & Elkis, 2016).

Os défices sociais podem ser compreendidos como deficiências na capacidade do indivíduo de integrar competências comportamentais, cognitivas e afetivas que o ajudam a adaptar-se facilmente a diversos contextos e exigências sociais. Estas deficiências resultam geralmente em manifestações comportamentais consideradas negativas ou estranhas de acordo com os padrões do contexto social ao qual o indivíduo pertence (Porcelli et al., 2019). Deste modo, a disfunção social é um fenótipo complexo, influenciado por deficiências na cognição social – conjunto de processos mentais implícitos nas interações sociais, como a

percepção, interpretação e construção de respostas às intenções, disposições e comportamentos dos outros -, assim como por fatores sociodemográficos, psicológicos, como o caráter e o temperamento, e por déficits em domínios básicos, como deficiências neurocognitivas (Porcelli et al., 2020).

A existência de disfunção social pressupõe que algumas funções da cognição social estejam afetadas, como já referido anteriormente. Deste modo, a disfunção social pode prejudicar as seguintes funções: a capacidade de compreender ou deduzir sobre os pensamentos ou sentimentos dos outros, função que inclui também a leitura e uso de ironia, metáforas ou sarcasmo; a capacidade de compreender pistas sociais, como tom de voz, gestos, postura, expressões faciais ou movimentos corporais; o conhecimento de como deve responder em determinadas situações sociais, como fazer um pedido num restaurante; e a atribuição de causalidade, por exemplo indivíduos com esquizofrenia têm uma maior probabilidade de detetar hostilidade e culpar os outros, quando estão numa fase paranoide da doença. É de ressaltar que todas estas funções se encontram interrelacionadas e a sua divisão não é útil para a compreensão da disfunção no seu todo, mas é útil para o desenvolvimento de estratégias de intervenção e tratamento do problema (Stone, Haller & Hsi, 2012).

Grande parte dos dados sobre disfunção social advém de estudos sobre a esquizofrenia, por ser uma perturbação onde se conseguem identificar várias alterações nos processos sociais. No entanto, nos últimos anos, várias alterações ou défices semelhantes têm sido identificados e descritos noutras perturbações, nomeadamente na Síndrome de Williams. Esta síndrome, caracterizada por défices nos domínios sociais expressos através de um comportamento alegre e fácil e de hipersociabilidade face a estranhos, é um bom exemplo de como a disfunção social pode exprimir-se através de formas comportamentais distintas, que variam desde o evitamento social até a comportamentos excessivamente amigáveis com estranhos. Este tipo de comportamentos inadequados pode resultar num afastamento

progressivo face a relacionamentos e à própria vida social, o que, por sua vez, favorece o agravamento de sintomas psiquiátricos já existentes (Porcelli, et al., 2019).

A disfunção social está frequentemente associada a manifestações de saúde graves e a mortalidade prematura, isto porque o funcionamento social em si é essencial para o bem-estar e para a sobrevivência do indivíduo. Este funcionamento social é constituído por um grupo de processos neurobiológicos complexos que formam o “cérebro social”, sendo que esta complexidade está relacionada a uma suscetibilidade elevada a vários agentes patogénicos, como é demonstrado através das observações de disfunção social em várias perturbações neuropsiquiátricas. Assim sendo, a disfunção social não está apenas presente em distúrbios como a Esquizofrenia ou a Síndrome de Williams, mas também em muitas outros, como nas Perturbações do Especto do Autismo, na Síndrome de Hikikomori, nas perturbações de ansiedade, nos distúrbios alimentares, na Perturbação de Personalidade Antissocial, no Alzheimer e outras demências, e ainda nas perturbações do humor, como é o caso da Perturbação Depressiva Major (Porcelli et al., 2020; Porcelli et al., 2019).

### **Depressão Grave**

A depressão engloba uma extensa gama de sintomas caracterizados essencialmente pela ausência de afeto positivo, humor negativo persistente e vários sintomas emocionais, físicos, comportamentais e cognitivos associados, sendo uma importante causa de morbilidade e mortalidade, provocando maior diminuição de saúde quando comparada com outras doenças crónicas. Esta perturbação afeta cerca de 121 milhões de adultos em todo o mundo e está presente em cerca de uma em cada cinco mulheres e de um em cada doze homens, constituindo a razão que leva mais indivíduos a dirigem-se a um profissional de saúde mental, apesar da perceção errónea das pessoas de que todos os problemas psicológicos são depressão. No geral da população ainda se identifica o mito, relacionado à depressão, de que esta é reflexo de algum tipo de fraqueza na personalidade do indivíduo ou de que este pode



curar-se a si mesmo, ou ainda de que a medicação antidepressiva é apenas sedativa e dura para a vida toda (Cooney, Dwan, Greig, Lawlor, Rimer, Waugh, McMurdo & Mead, 2013; Iyer & Khan, 2012).

Estudos mais recentes, como o estudo de Pérez e Rodríguez (2016), indicam que no mundo cerca de 350 milhões de pessoas sofrem de depressão, e prevê-se que este número aumente e que até 2030 a depressão seja a principal causa de morbidade global, impactando de forma negativa a produtividade e aumentando os acidentes e os custos relativos à saúde. Os mesmos autores afirmam que um estudo realizado no México com 5782 pessoas com idades compreendidas entre 18 e 65 anos, descobriu que a faixa etária mais vulnerável à depressão se encontrava entre os 45 e os 54 anos.

Embora este problema de saúde mental, que afeta mais indivíduos idosos e do sexo feminino, não tenha uma causa específica identificada, existem várias possíveis causas para o seu surgimento. Os fatores genéticos podem ser uma delas, pois o risco de um indivíduo desenvolver depressão aumenta em 40% se um dos progenitores biológicos for portador desta perturbação. Outros fatores passíveis de provocarem o aparecimento desta doença são: fatores imunológicos e bioquímicos; abuso de drogas e/ou álcool, visto que 30% dos indivíduos com estes consumos apresentam depressão; outras condições médicas, como problemas ao nível do sono, dor crónica, ansiedade ou hiperatividade e défice de atenção; situações de trauma, principalmente durante a infância; situações de cancro, sendo a depressão uma comorbidade muito presente nas doenças oncológicas; circunstâncias da vida, como a mudança de estado civil ou situação financeira do indivíduo; e o nascimento de um filho, especificamente propicia o desenvolvimento de uma depressão pós-parto que afeta entre 50 a 80% das recém-mães (Chaudhry, 2020).

Para além destas causas, existem alguns fatores de risco que podem favorecer o desenvolvimento da depressão, como é exemplo a educação e a personalidade. A falta de

educação ou a baixa educação podem levar a uma redução dos recursos financeiros e sociais para lidar com a depressão e, por consequente, pessoas com menos escolaridade e com menos recursos económicos têm uma maior probabilidade de desenvolver esta perturbação do que pessoas situadas numa classe socioeconómica mais elevada. Por outro lado, uma educação mais elevada permite o acesso do indivíduo a oportunidades de emprego mais criativas, estimulantes, que envolvem mais autonomia e que podem não só melhorar o estatuto socioeconómico do indivíduo como podem melhorar o seu bem-estar mental. Em relação à personalidade, um dos aspetos mais relacionados com o desenvolvimento de problemas emocionais, de ansiedade e de depressão remete para o neuroticismo, este sendo um traço de personalidade que envolve mau humor, nervosismo e preocupação (Barroso, Baptista & Zanon, 2018; Cohen, Nussbaum, Weintraub, Nichols & Yen, 2020).

As perturbações depressivas são caracterizadas por uma tristeza profunda, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autovalorização e autoestima, alterações do sono e do apetite, sensação de cansaço e falta de concentração. A depressão pode ser contínua ou recorrente e prejudica significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo ao nível pessoal, social ou laboral, podendo, em casos mais graves, levar ao suicídio (WHO, 2017).

Segundo o DSM-V (APA,214), as perturbações depressivas incluem duas grandes categorias: a Perturbação Depressiva Major e a Perturbação Depressiva Persistente (Distímia). A Perturbação Depressiva Major é uma das perturbações mentais mais comuns e uma das principais causas de incapacidade, englobando sintomas como o humor depressivo, perda de interesse e prazer, diminuição da energia, e alterações na capacidade de trabalhar, dormir e comer. A Distímia caracteriza-se por ser uma forma mais persistente e crónica da depressão leve, em que os sintomas são semelhantes aos sintomas da Perturbação Depressiva Major, no entanto mais intensos, duradouros, que não incapacitam o indivíduo, mas

impedem-no de realizar a sua vida de forma plena. A gravidade de qualquer uma das perturbações depressivas é classificada pelo DSM-V como ligeiro - quando estão presentes poucos sintomas ou nenhuns para além dos estritamente necessários para se realizar o diagnóstico e o mal-estar que estes causam é passível de ser gerido, provocando défices reduzidos no funcionamento social ou ocupacional -, moderado – quando os sintomas, a sua intensidade e o défice no funcionamento do indivíduo estão entre o leve e o grave -, e grave – quando o número de sintomas supera os necessários para o diagnóstico, o mal-estar causado por estes sintomas é grave e não consegue ser gerido e o funcionamento social e ocupacional do indivíduo é fortemente afetado (Iyer & Khan, 2012; WHO, 2017).

As taxas de retorno e recaída da depressão permanecem elevadas, e a perturbação traz consigo consequências sociais, como o afastamento social, pessoais, com o sofrimento do indivíduo, e ainda custos económicos associados tanto aos cuidados de saúde necessários para o seu tratamento como à perda do emprego (Kring, Heeren, Fontaine & Baleiry, 2017).

### **Saúde Mental e Parentalidade**

Uma das transições que ocorrem no ciclo de vida do indivíduo e que influencia o seu desenvolvimento é a parentalidade. Atualmente a parentalidade é consensualmente vista não só como um papel social ou uma função mas também como um processo de desenvolvimento humano experienciado pelos indivíduos que se tornam pais de um novo ser, sendo este conceito o resultado de um conjunto de reorganizações psíquicas e afetivas que integram um processo de maturação psicológica do indivíduo (Pereira & Alarcão, 2014). Esta transição desenvolvimental é um fenómeno complexo que envolve um crescimento físico e psicológico, tal como mudanças cognitivas, afetivas e comportamentais e ainda fatores que podem colocar em risco o bem-estar físico e a saúde mental dos indivíduos em questão (Henriques, Santos, Caceiro & Ramalho, 2014).

Deste modo, o conceito de parentalidade remete para um conjunto de atividades realizadas em ambiente seguro com o propósito de assegurar a sobrevivência e o desenvolvimento da criança, objetivando uma progressiva autonomia por parte da mesma. Sendo descrita como uma das tarefas mais difíceis, exigentes, complexas e desafiantes do ser humano, Hoghugh (2004) afirma que a parentalidade consiste em onze dimensões distribuídas em três grandes grupos: atividades parentais, que compreende o cuidado físico, emocional e social, o controle e a disciplina e o desenvolvimento; áreas funcionais, que engloba a saúde física, a saúde mental e o comportamento social; e pré-requisitos, que inclui os conhecimentos e a compreensão, os recursos, a motivação e as oportunidades (Barroso & Machado, 2010).

Em 1984, Belsky sugeriu um modelo sobre os determinantes da parentalidade, que consistiam em três dimensões parentais essenciais para o sucesso da função dos pais: contribuições dos pais, que se caracterizam pelos recursos psicológicos dos pais, contribuições infantis, que remetem para as características da criança, e as fontes contextuais de stress e suporte, que se referem ao contexto social amplo em que se desenvolve e estabelece a relação entre os pais e a criança (Respler-Herman, Mowder, Yasik & Shamah, 2012).

A saúde mental deficitária ao nível parental constitui-se como um fator de risco para um conjunto de efeitos adversos na sua descendência, em que estão incluídos problemas de saúde mental. Deste modo, vários estudos apontam para a existência de uma transmissão geracional da perturbação mental, nomeadamente pelo facto de alguns estudos mostrarem diagnósticos da mesma doença entre pais e filhos. Várias investigações apontam também para um maior risco da descendência desenvolver algum problema de saúde mental quando ambos os progenitores também sofrem com estes problemas, sendo de ressaltar que a média da presença de sintomas psicopatológicos é aproximadamente duas vezes superior em jovens filhos de pais portadores de alguma perturbação mental, em comparação com jovens cujos

pais não foram diagnosticados com este tipo de doenças (Ribeiro, Basto-Pereira & Maia, 2016).

A ansiedade parental é um tema importante quando relacionamos a saúde mental dos indivíduos com a parentalidade, pois esta etapa do ciclo de vida constitui um período de transição e, tipicamente, de ansiedade. O tornar-se pai é um momento da vida que tem forte impacto na saúde física e emocional do indivíduo, sendo que a ansiedade que este sente pode variar consoante a condição médica do filho, a rede de apoio da família e as competências pessoais que o indivíduo percebe que tem como prestador de cuidados da criança (Sweeney, Rothstein, Visintaniner, Rothstein & Singh, 2017). Prino et al. (2016) apontam também outros motivos para o desenvolvimento de sintomas de ansiedade na fase parental do indivíduo, como é exemplo a satisfação na relação com o cônjuge, que tende a diminuir nesta fase devido à diminuição do tempo que passam em conjunto, dos sentimentos afetivos e do tempo despendido para a comunicação entre ambos, assim como devido à alteração de hábitos sexuais, que gera um impacto na intimidade do casal, e à divisão de tarefas entre o cuidar da casa e o cuidar do filho. Os mesmos autores indicam ainda que o temperamento da criança pode constituir um fator de risco para o desenvolvimento da ansiedade parental.

Dentro da saúde mental, a ansiedade é um problema que passa de pais para filhos, pois filhos de pais ansiosos têm uma probabilidade cinco vezes maior de desenvolverem uma perturbação ansiosa, o que aponta para a importância do estudo de fatores como a parentalidade. Características típicas especificamente da ansiedade social, a segunda perturbação de ansiedade mais frequente nos adultos, como a redução da expressão emocional e do carinho, parecem ter um impacto nos comportamentos parentais. Deste modo, os pais com ansiedade social, em comparação com pais com outras perturbações ansiosas demonstram menos afeto positivo pelos filhos, fazem mais interpretações negativas dos

comportamentos e desempenho dos mesmos e são propensos a fazer mais correções, críticas e a duvidar mais dos próprios filhos (Budinger, Drazdowski & Ginsburg, 2013).

Diferenciando mães e pais, é de ressaltar que existem evidências de que as mães relatam mais sintomas de ansiedade do que os pais, mostrando o que já está descrito na literatura, de que a ansiedade é mais prevalente no sexo feminino do que no sexo masculino. Ainda foi descoberto que para as mães, a Perturbação de Ansiedade Generalizada está mais relacionada com o comportamento parental desafiador, caracterizado por comportamentos físicos (como brincadeiras) ou socioemocionais (como provocações) em que o progenitor encoraja a criança a expressar comportamentos de risco ou fora da sua zona de conforto, assegurando a sua segurança, e com o envolvimento excessivo na vida dos filhos. No caso dos pais é a Perturbação de Ansiedade Social que se encontra mais associada a estes dois tipos comportamentos parentais negativos (Möller, Majdandžić & Bögels, 2014).

Apesar de escassas as investigações sobre o sono dos pais em crianças com um desenvolvimento comum durante a infância, é possível compreender que o sono é uma das grandes preocupações dos pais, especialmente dos recém-pais, pois a falta de sono ou a irregularidade/conturbação do mesmo, como é o caso da insónia, em conjunto com o cansaço e a fadiga comuns durante a infância dos filhos, exigem aos pais um ajustamento psicológico e comportamental. A par deste dado, e especificamente em relação às mães, estudos apontam que os despertares noturnos dos filhos estão relacionadas com os despertares noturnos maternos, que terão consequências como afetos negativos por parte das mães, stress parental, sobrecarga ao nível dos cuidados e também alguma confusão doméstica e negligência para com a criança (Ball, Taylor, Thomas & Douglas, 2020; McQuillan, Bates, Staples & Deckard, 2020).

Os problemas do sono, como a insónia, influenciam tanto a saúde mental como a saúde física das pessoas, para além de terem um impacto nas relações interpessoais, pois está

evidenciado que uma baixa qualidade do sono crónica está relacionada com um prejuízo na regulação emocional e nos afetos positivos, com emoções negativas mais intensas em resposta a acontecimentos desagradáveis e menos respostas positivas a interações agradáveis, assim como com uma maior probabilidade de envolvimento em conflitos com outras pessoas. Deste modo, pais com problemas ao nível do sono, estão mais propensos a envolverem-se em conflitos com os filhos e a reagirem negativamente face aos mesmos, a mostrarem menos empatia e compreensão para com os seus descendentes e a não apreciarem tanto o apoio que recebem deles. Com o passar do tempo, estes pais também podem experienciar um relacionamento mais negativo com os seus próprios filhos (Wang, Kim, Burr & Wu, 2020).

A depressão parental é um dos fatores de risco mais significativos para a saúde mental e o bem-estar emocional das crianças e a relação entre a depressão, tanto em mães como em pais, e o impacto desta na parentalidade ainda é algo complexo e pouco explicado (Galbally & Lewis, 2017). No entanto, Frizzo, Shmidt, Vargas e Piccinini (2019) indicam que sintomas de depressão tendem a ser comuns na fase de vida que compreende a transição para a parentalidade, especialmente no caso das mulheres, visto que cerca de 15% das mães preenche critérios suficientes para o diagnóstico de uma perturbação depressiva no primeiro ano após o nascimento do filho. Qu, Fuligni, Galván, Lieberman e Telzer (2016) compreenderam que a presença de sintomas de depressão parental tem um impacto na relação de pais e filhos, na medida em que os pais tendem a demonstrar menos afetos positivos, utilizar comportamentos parentais menos positivos e expor as crianças a interações pai-filho negativas.

Eckshtain, Ellis, Kolmodin e Naar-King (2015), que investigaram a relação entre a depressão parental e práticas parentais afetivas (incluindo o carinho) e instrumentais (incluindo a monitorização e a disciplina), descobriram que os sintomas de depressão nos pais estão significativamente associados com um nível mais reduzido de carinho, de apoio e de

envolvimento parental. Para além destes resultados, também descobriram que os pais com um maior nível de sintomas depressivos mostravam um nível mais baixo de monitorização e uma disciplina mais inconsistente para com os seus filhos.

No caso da depressão materna, resultados do estudo de Turney (2011) são consistentes com resultados de outros estudos quando apontam que as mães deprimidas apresentam défices substanciais na parentalidade, na medida em que, por exemplo, as mães com depressão são mais suscetíveis do que as mães sem depressão a exprimir comportamentos de negligência e de disciplina rígida para com os seus filhos, assim como tendem a ser também mais agressivas psicológica e fisicamente com as crianças.

A doença mental parental afeta a vida de todos os membros da família, pois apesar de o detentor da doença ser o pai ou a mãe, as crianças com pais nesta condição enfrentam desafios como um ambiente familiar mais negativo e conflituoso, marcado por relações pais-filho mais pobres, menor responsividade dos pais às necessidades dos filhos, o sentimento de responsabilidade do filho por ter de cuidar do pai ou da mãe doente, a preocupação da criança, não só pelo bem-estar da figura parental doente mas também pela rutura familiar, e também a falta de compreensão e conhecimento que este jovem pode ter sobre a doença mental, podendo gerar confusão, autculpabilização e ansiedade sobre si próprio, sendo todos estes desafios prejudiciais à qualidade de vida deste jovem (Yates & Gatsou, 2017).

### **Qualidade de Vida na Infância e Adolescência**

Nas últimas décadas, a qualidade de vida tornou-se fundamental como o reflexo de uma nova imagem de saúde que se baseia numa perspetiva biopsicossocial. Para além disto, o aumento da expectativa de vida tem levado a uma tendência crescente da importância do conceito de qualidade de vida dos indivíduos e das comunidades. A etimologia do termo qualidade indica-nos que este deriva do termo *qualis* do latim, que significa o modo de ser típico de algo, tanto considerado em si mesmo, como quando relacionado a outros, podendo



admitir características positivas ou negativas, apesar de que geralmente quando se fala de qualidade de vida esta refere-se a algo bom ou digno (Pereira, Teixeira & Santos, 2012; Pinho, Pereira & Chaves, 2018).

Os estudos realizados sobre a qualidade de vida ao longo dos anos, podem ser classificados em quatro abordagens, segundo Day & Jankey (1996): socioeconómica, psicológica, biomédica e geral. A abordagem socioeconómica adota como principal elemento os indicadores sociais e remete para 1960, a época em que o conceito de qualidade de vida se tornou popular principalmente entre políticos norte-americanos que o utilizavam como uma ajuda política pois estava muito relacionado com o sucesso administrativo. No geral, a qualidade de vida nesta época definia-se por determinantes como educação, habitação e rendimentos. A abordagem psicológica entende a qualidade de vida como a avaliação que as pessoas fazem da sua própria vida, felicidade e satisfação, tendo como principal indicador a experiência direta do indivíduo. Por considerar apenas a qualidade de vida como um aspeto subjetivo do indivíduo, esta abordagem acaba por desvalorizar o contexto ambiental do mesmo, assim como os indicadores sociais ou objetivos, e estabelece que a qualidade de vida deve ser analisada de forma a comparar a vida atual do indivíduo com uma vida padrão. A abordagem biomédica admite a qualidade de vida como relacionada à saúde e ao estado subjetivo de saúde do enfermo, e objetiva melhorias nas condições de vida do mesmo. Por fim, a abordagem geral ou holística, apresenta a ideia de que a qualidade de vida é um conceito multidimensional, com uma organização complexa e dinâmica dos seus elementos, diferindo de pessoa para pessoa tendo em conta o seu contexto ambiental. Esta abordagem dá importância a aspetos como os valores, a inteligência e os interesses e considera que a qualidade de vida é o ingrediente essencial para ter uma boa saúde e não o oposto. Mais em diante iremos aprofundar esta abordagem (Pereira, Teixeira & Santos, 2012).

A definição de qualidade de vida ainda se mantém pouco consensual, sendo esta do interesse de muitos estudos nos últimos anos. Este conceito tem recebido conotações diferentes consoante o decorrer das épocas e dos contextos, tendo sido inicialmente relacionado com o poder de aquisição e com a condição de vida que este proporcionava. A partir da década de 50, altura em que aumentou a expectativa de vida, este conceito é modificado e alargado, passando a estar relacionado com a conceção que o indivíduo fazia em relação ao seu estado de saúde e a outros aspetos da sua vida (Cruz & Nóbrega, 2018). Deste modo, Moslehi, Atefimanesh e Farid (2015) referem que a qualidade de vida é constituída por várias dimensões ligadas entre si: a dimensão física, que engloba a energia do indivíduo e a compreensão do mesmo sobre a sua capacidade física para realizar atividades diárias, a dimensão social, que inclui o isolamento, a dependência, as relações familiares e os ambientes familiares e sociais, e a dimensão mental ou psicológica, associada a conceitos psicológicos e emocionais, como a depressão, o medo, a raiva, a felicidade, a alegria e ansiedade.

A Organização Mundial de Saúde (WHOQOL, 1995) entende que a qualidade de vida é influenciada pela saúde mental e física, relações sociais, nível de independência, crenças pessoais e pelo meio envolvente, e compreende este conceito como a perceção da pessoa sobre a sua posição na vida, baseando esta perceção no contexto sociocultural em que o indivíduo está inserido, considerando os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Pinho, Pereira & Chaves, 2018).

Como referido anteriormente, apesar da falta de uma definição consensual de qualidade de vida, existe um consenso mínimo entre os investigadores sobre algumas características deste conceito, como o facto de este ser um conceito subjetivo, multidimensional e que inclui aspetos positivos e negativos. A subjetividade inerente a este conceito pode ser decomposta em vários níveis, sendo que o grupo The World Health Organization Quality of Life

(WHOQOL, 1995) distingue estes níveis através de questões mais subjetivas ou objetivas: informações sobre o funcionamento (por exemplo, números de horas de sono), informações globais sobre o funcionamento (por exemplo, qualidade do sono), e informações bastante personalizadas sobre o funcionamento (por exemplo, satisfação com o próprio sono). A multidimensionalidade deste conceito, como já referido, reflete o facto da qualidade de vida ser composta por várias dimensões interligadas entre si, como a dimensão física, social e psicológica, sendo que a WHOQOL (1995) ainda inclui uma dimensão espiritual que está relacionada com a perceção da pessoa sobre o sentido da vida ou as suas crenças pessoais que estruturam e qualificam a sua experiência de vida. Por fim, este conceito inclui aspetos positivos, como o funcionamento, a satisfação e a mobilidade, e aspetos negativos, como sentimentos negativos, dependência de medicamentos, cansaço e dor, que devem ser considerados em inquéritos que avaliam a qualidade de vida.

O autor Demo (2001, p.45) acredita que a qualidade de vida é instrumento de avaliação em que “não vale o maior, mas o melhor; não o extenso, mas o intenso; não o violento, mas o envolvente; não a pressão, mas a impregnação”, sendo que Herculano (2000) propôs duas formas de avaliar este conceito - identificar os recursos disponíveis e verificar se estes preenchem as necessidade de um determinado grupo social e avaliar as necessidades dos indivíduos através dos seus desejos e da satisfação dos mesmos perante a sociedade, de modo a obter o equilíbrio entre o que o individuo possui e o que poderá alcançar –, enquanto Fleck (2008) propôs seis pontos a serem considerados na avaliação da qualidade de vida: estudos sobre felicidade e bem-estar, procura por indicadores sociais, insuficiência de medidas objetivas na saúde, psicologia positiva, satisfação do indivíduo e movimento de humanização (Ferentz, 2017).

Na literatura atual existem estudos em que a qualidade de vida das crianças e dos adolescentes é avaliada pelos próprios, e por isso, estes estudos indicam a visão destes jovens

não só de uma forma geral, mas também sobre determinadas dimensões da sua qualidade de vida. Menezes, Lacerda, Borella e Alves (2019), realizaram um estudo com uma população jovem entre os 10 e os 18 anos, cujos resultados indicaram que os jovens tendem a apresentar uma perceção da sua própria qualidade de vida elevada. A par disto, os jovens deste estudo, consideraram as dimensões provocação/bullying, autonomia e tempo livre e família e ambiente familiar como as dimensões mais positivas na sua vida, o que indica que estes jovens raramente experimentam sentimentos de rejeição pelos pares, sentem que têm oportunidade para gerir o seu próprio tempo social e de lazer, e sentem-se em segurança, apoiados, amados, compreendidos e bem cuidados pelos pais em casa, respetivamente. Por outro lado, os mesmos jovens, percecionam a dimensão saúde e atividade física como a pior, sendo que esta dimensão se refere ao nível de atividade, energia e aptidão física do jovem.

Outros estudos obtiveram resultados semelhantes - como o estudo de Nunes, Hernando, Ayala-Nunes, Oliva e Coronado (2016), com 475 jovens portugueses e espanhóis, entre os 12 e os 17 anos, cujos resultados indicaram que os jovens portugueses relatam menos sentimentos de rejeição por parte dos pares, assim como pontuaram de forma elevada nas dimensões do humor e emoções e da aceitação social como, indicando que estes jovens experienciam menos situações negativas e menos humor depressivo e angústia, comparativamente aos jovens espanhóis. -, e resultados disparem, como o estudo de Martini, Perosa e Padovani (2019), com 59 crianças em idade escolar, que indicou que as crianças consideravam como piores dimensões da sua qualidade de vida a dimensão da autonomia, seguida pela dimensão da família.

### **Saúde Mental dos Pais e Qualidade de Vida das Crianças**

A qualidade de vida compreende, no mínimo, determinadas dimensões, como a dimensão física, social e psicológica, deste modo, a saúde mental tem um papel importante na avaliação da qualidade de vida (WHOQOL, 1995). Moin & Nilsen (2012) compreenderam que uma

boa saúde mental está relacionada de forma positiva com a qualidade de vida (Valikhani, Ahmadnia, Karimi & Mills, 2019). O mesmo resultado foi encontrado por outros autores que, através dos seus estudos, concluíram que uma saúde mental mais pobre, nomeadamente perturbações mentais, têm um impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos (Annagür, Uguz, Apiliogullari, Kara, & Gunduz, 2014; Bujang et al., 2015).

Este impacto negativo na qualidade de vida pode refletir-se em alguns aspetos da mesma. Gellatly et al. (2019) apontam que as crianças e os adolescentes que crescem com pais portadores de perturbações ao nível da saúde mental, apresentam um risco elevado de desenvolverem problemas não só ao nível da saúde física como também mental, problemas de atenção, dificuldades escolares e problemas comportamentais e emocionais, tendo mais propensão para se isolarem socialmente.

A revisão de Faria, Maximiano-Barreto, Morais e Chagas (2019) sobre a relação entre a ansiedade e a qualidade de vida na doença de Parkinson, indica que em 80,9% dos estudos analisados encontraram-se correlações significativas entre estas duas variáveis, independentemente da presença de comorbidades clínicas. Segundo estes autores, a maioria dos estudos aponta um impacto negativo da ansiedade sobre a qualidade de vida, sendo que um dos maiores fatores de risco para a ansiedade persistente e episódica, e consequente deterioramento da qualidade de vida, é ser do sexo feminino. Este facto, em muitos estudos, não está relacionado diretamente com a presença da doença de Parkinson, mas está sim relacionado com o papel das hormonas sexuais. No geral, os artigos que compõem esta revisão concluem que a ansiedade piora a qualidade de vida dos indivíduos.

A investigação de Schouten, Nadort, Harmse, Honig, Ballegooijen, Broekman & Siegert (2020), que estudou a relação entre sintomas de ansiedade e qualidade de vida em pacientes de diálise, apontou que os sintomas de ansiedade estavam presentes em 22% do total da amostra (687 pacientes), constituindo esta percentagem o grupo da ansiedade deste estudo.

Entre outros resultados, a avaliação da qualidade de vida deste grupo mostrou que pessoas com mais ansiedade têm valores mais reduzidos ao nível da componente mental ou psicológica da qualidade de vida, isto é, os sintomas de ansiedade estão relacionados com um decréscimo considerável da qualidade de vida.

Resultados semelhantes foram descritos num estudo com indivíduos portadores de perturbação Bipolar, em que foi compreendido que a presença de sintomas de ansiedade pode agravar ainda mais a qualidade de vida já comprometida pela doença mental do indivíduo. No geral, as conclusões deste estudo mostram que o grupo com maiores níveis de ansiedade experienciavam uma maior redução significativa da sua qualidade de vida, em comparação com o grupo sem sintomas de ansiedade (Gamage, Senanayake, Kumbukage, Mendis & Jayasekara, 2020).

Segundo AbuRuz (2018) a ansiedade afeta a qualidade de vida dos indivíduos. No seu estudo, com uma população específica de dois mil indivíduos diagnosticados com insuficiência cardíaca, este autor conseguiu verificar que a não só a ansiedade, como também a depressão, são preditores da qualidade de vida, nomeadamente no que concerne à componente física e psicológica da mesma.

Quando se trata da qualidade de vida das crianças, surge uma associação negativa entre a ansiedade, especificamente a ansiedade parental, e a qualidade de vida dos filhos em vários estudos, o que indica que um maior nível de ansiedade dos pais está relacionado com uma menor qualidade de vida dos seus descendentes (Adewuya, 2006; Williams et al., 2003, citados por Jones & Reilly, 2016; Yong et al., 2008).

Dados semelhantes foram encontrando no estudo de Li, Ji, Qin e Zhang (2008), pois estes autores acreditam que a ansiedade parental pode afetar a qualidade de vida das crianças, na medida em que a atitude dos pais para com os filhos depende da sua própria condição psicológica ou mental e esta pode agravar medos e tensões nos seus filhos, devido ao facto de

pais ansiosos terem uma maior tendência a percecionar riscos mais elevados para os seus descendentes, o que pode afetar o comportamento futuro e a personalidade dos mesmos.

Listsenburg, Huisman, Hoogerbrugge, Egeles, Kspers e Gemke (2011) apontaram a importância de uma boa manutenção do sono como forma de melhorar o desempenho diário do individuo, após concluírem que existe uma relação entre uma má qualidade de sono, a saúde e o bem-estar, tal como Silva e Costa, Pinto, Mendonça e Silva (2014) concluíram no seu estudo, que alterações no sono e na vigília têm um efeito negativo no humor, na memória e no funcionamento psicomotor, o que afeta diretamente a qualidade de vida. Deste modo, um estudo com mulheres que sofrem de insónia, mostrou que a dificuldade em iniciar o sono ou iniciar e manter o mesmo, são ambos aspetos relacionados diretamente com a qualidade do sono, que levam à incapacidade para desfrutar de relações familiares e sociais, assim como mostrou que quanto maior o número de noites sem dormir por mês, mais baixa a produtividade e concentração do indivíduo, sendo que todos estes aspetos estão relacionados com o construto de qualidade de vida (Tessaro & Navarro-Peternella, 2015).

O estudo de Lucena, Polesel, Poyares, Bittencourt, Andersen, Tufik e Hachul (2020), que analisou a relação entre a insónia e a qualidade de vida numa amostra de 1101 participantes, mostrou que tanto o grupo com sintomas de insónia como o grupo com síndrome de insónia apresentaram uma pior perceção de qualidade de vida, quando comparados com o grupo sem quaisquer sintomas de insónia em ambos os géneros. Um dado semelhante ao do estudo anteriormente referido, é o facto da qualidade de vida das mulheres, em comparação com a dos homens, é mais reduzida, tanto por fatores como a responsabilidade de manter as tarefas da casa e cuidar dos filhos enquanto trabalha, como devido a fatores hormonais, por exemplo, um dos sintomas da menopausa é o aumento das dificuldades para dormir, aspeto que afeta negativamente a qualidade de vida da mulher. É de ressaltar que já foi comprovado que

indivíduos com insónia apresentam níveis mais elevados de ansiedade, o que afeta negativamente a qualidade de vida do indivíduo, e níveis mais elevados de depressão.

Zeidler et al. (2018) desenvolveram um estudo com uma população de 1341 indivíduos portadores de doença pulmonar obstrutiva crónica, sendo que cerca de metade destes participantes reportaram uma qualidade de sono pobre. Estes autores, através do seu estudo, descobriram que a qualidade do sono é um forte preditor da qualidade de vida dos indivíduos, nomeadamente é um forte preditor da dimensão mental/psicológica e da dimensão física da qualidade de vida desta população.

A qualidade do sono tem várias implicações na qualidade de vida das crianças, sendo que os efeitos do sono na qualidade de vida variam de leves a moderados, o que é espectável devido a todos os diversos fatores podem influenciar a qualidade de vida de uma criança. É de ressaltar que existem muitas formas pelas quais as perturbações do sono podem afetar a vida de uma criança, nomeadamente podem gerar fadiga ou cansaço, comportamentos pouco saudáveis, má alimentação, redução da atividade física ou impacto negativo no funcionamento tanto físico como emocional, para além de problemas como a insónia estarem associados a condições como depressão, alterações hormonais, reatividade fisiológica ao stress e défice na cognição, o que pode afetar negativamente vários domínios da vida da criança, e conseqüentemente, a qualidade de vida da mesma (Magee, Robinson & Keane, 2017).

De forma semelhante à ansiedade e à insónia, também a depressão foi indicada como um preditor da qualidade de vida. Não só foi considerada como preditor da qualidade de vida geral, na medida em que uma maior sintomatologia depressiva se associa a uma pior a qualidade de vida do indivíduo (Botelho & Pereira, 2015), como também preditor da qualidade de vida psicológica/mental, influenciando a mesma (Coelho, Knorst, Gazzana & Barreto, 2010).



No caso deste problema de saúde mental que é a depressão, o estudo de McGee, Sajatovic, Quarells, Johnson, Liu, Spruill, Fraser, Janevic, Escoffery e Thompson (2019) avaliou a relação entre esta condição mental e a qualidade de vida em indivíduos com epilepsia, e concluiu que ambas as variáveis se encontram relacionadas entre si, na medida em que as dimensões da qualidade de vida apresentaram valores significativamente mais reduzidos em pessoas com depressão, em comparação com as pessoas que não sofriam desta perturbação. Este estudo também indicou que, especificamente, a depressão moderada a severa está relacionada com uma qualidade de vida mais pobre em várias dimensões que a constituem.

Estes resultados são semelhantes aos resultados de outros estudos, como o de Patra, Patro, Mangaraj e Sahoo (2020) em que a depressão se encontrou relacionada com as quatro dimensões de qualidade de vida (física, psicológica, social e ambiental), na medida em que valores mais elevados de fadiga e valores mais reduzidos de energia, que podem influenciar a percepção de dor e a capacidade e trabalho do indivíduo, estão relacionados com a sensação de desânimo ou angústia, assim como a depressão em si afeta negativamente as relações pessoais e sociais do indivíduo, afetando a dimensão social da qualidade de vida do mesmo.

Para além de terem encontrado uma relação entre valores mais elevados de depressão e valores mais reduzidos de qualidade de vida, Martínez-Ortega, Noguera, Muñoz-Negro, Gutiérrez-Rojas, González-Domenech e Gurpegui (2019) apontaram ainda que uma qualidade de vida, ao nível mental, mais pobre está relacionada com aspetos como ser do sexo feminino e ser mais jovem.

O facto de o sexo feminino ser mais vulnerável à depressão ajuda a entender que, quando se trata de depressão parental, os estudos indicam que as mães apresentam maiores níveis de depressão do que os pais, nomeadamente num estudo que analisou a relação entre a depressão parental e a qualidade de vida de crianças após o transplante de células estaminais hematopoiéticas. Este estudo aponta para uma associação entre sintomas de depressão

parental e uma qualidade de vida reduzida nas crianças, na medida em que, por exemplo, estas crianças experimentam mais problemas cognitivos e pedagógicos, assim como as suas capacidades de escrita e memória são influenciadas pelos problemas psicológicos que advêm das mães depressivas (Sengul & Altay, 2017).

Dittrich et al. (2018) também apontam um efeito negativo da depressão materna na qualidade de vida das crianças, especificamente no bem-estar físico e nas dimensões da autonomia, das relações parentais e do ambiente escolar. A depressão nas mães também pode levar a défices em diversas áreas do funcionamento psicossocial da criança, como problemas comportamentais ou psicopatológicos, níveis reduzidos de competência e autoestima e problemas na adaptação social e académica no contexto escolar, sendo que todos estes aspetos afetam diferentes dimensões da qualidade de vida do jovem.

Ao avaliar a influência que a saúde mental dos pais pode ter na qualidade de vida dos filhos, é imprescindível entender de que forma se relacionam a autoperceção dos jovens em relação à sua própria qualidade de vida e a perceção dos pais sobre a mesma. O estudo de Batalha, Fernandes e Campos (2015), com 75 crianças e jovens hospitalizados, com idades entre os 8 e os 17 anos, e os respetivos pais, com idades entre os 18 e os 59 anos, indica uma pontuação média no questionário de qualidade de vida mais elevada na perceção dos jovens, comparativamente à perceção dos pais. Os mesmos autores indicam que este dado pode ser explicado pelo facto de os pais apresentarem uma tendência em projetarem nos filhos a sua qualidade de vida.

Noutro estudo com 63 jovens na mesma faixa etária e respetivos pais, apesar da alta concordância entre a autoperceção e a perceção dos pais de uma forma geral em relação à qualidade de vida dos jovens, nos casos em que esta não se verificou, os pais consideravam a qualidade de vida dos filhos mais pobre do que os próprios. Neste estudo, os autores apontam como possível justificação o sexo das crianças, na medida em que ser o filho rapaz está

associado a uma maior probabilidade dos pais subvalorizarem a qualidade de vida dos filhos, enquanto ser a filha rapariga está associado a uma maior sobrevalorização por parte dos pais (Witt et al., 2021).

O estudo de Abreu, Marques, Martins, Fernandes e Gomes (2016) com uma população alvo muito similar aos anteriores, apontou resultados também semelhantes aos estudos anteriormente descritos. Neste estudo, apesar de também se ter verificado uma concordância geral entre pais e filhos, foi possível apontar diferenças na dimensão “Suporte Social e Grupo de Pares”, dimensão esta em que os pais deram um parecer mais negativo do que os filhos.

Num estudo com 335 crianças, filhas de pais com alguma doença ou perturbação mental, avaliou-se o impacto que a doença mental parental tem na qualidade de vida dos filhos, pela percepção dos mesmos e dos pais. Os resultados indicaram que tanto os filhos como os pais reportaram uma qualidade de vida global inferior à população de referência, tendo sido apontados os domínios do bem-estar físico e psicológico como os mais prejudicados por ambas as visões. No entanto, ao comparar as duas percepções em estudo, foi possível entender que a percepção dos pais em relação à qualidade de vida dos filhos foi inferior, por isso mais negativa, em comparação com a autopercepção dos filhos. Face a estes resultados, os autores apontam algumas razões para a discordância entre percepções e, especificamente, para a visão mais negativa por parte dos pais: os problemas de saúde mental dos pais podem afetar o juízo que estes fazem sobre a qualidade de vida dos filhos, pois a sua visão pode estar influenciada pelos seus sintomas psicológicos, pelas suas preocupações e pela responsabilidade de ter de prestar cuidados aos filhos; o histórico de acordo/desacordo entre pais e filhos; a saúde mental e o sexo do filho, na medida em que quando o filho é do sexo masculino e tem dificuldades emocionais e comportamentais, a discordância é menor; e o facto de pais e filhos viverem experiências diferentes o que vai afetar a compreensão de ambos, pelo que é útil

obter informações sobre a qualidade de vida por via de outras fontes de informação (Radicke, Adema, Daubman, Wegscheider & Weigand-Grefe, 2021).

Em suma, a literatura aponta para uma relação negativa entre a saúde mental, especificamente entre a ansiedade, depressão e insónia dos pais, e qualidade de vida dos filhos, na medida em que uma maior ansiedade parental pode afetar a relação entre pais e filhos (Li, Ji, Qin e Zhang, 2008), a qualidade do sono pode afetar física, psicológica e emocionalmente as crianças (Magee, Robinson & Keane, 2017), assim como a depressão, nomeadamente materna que é a mais comum, pode afetar o bem-estar físico, a autonomia, as relações parentais e o ambiente escolar, podendo também gerar défices em várias áreas do funcionamento psicossocial da criança (Dittrich et al., 2018). Os estudos existentes também apontam para alguma discordância entre a autoperceção e a perceção dos pais sobre a qualidade de vida dos filhos, na medida em que os pais avaliam esta qualidade de vida de forma mais negativa do que os filhos (Abreu, Marques, Martins, Fernandes & Gomes, 2016; Batalha, Fernandes & Campos, 2015; Radicke, Adema, Daubman, Wegscheider & Weigand-Grefe, 2021; Witt et al., 2021).



## Objetivos do estudo

O objetivo deste estudo passa por estudar a relação entre a saúde mental dos pais e a qualidade de vida dos filhos, visto que o ambiente e as experiências familiares, incluindo as experiências parentais, são um elemento importante na forma como a criança experiencia a vida e na avaliação da sua própria qualidade de vida. A presença de doença mental nos pais afeta a vida das crianças, na medida em que estas enfrentam fatores de stress específicos, rotinas de vida instáveis, episódios da doença dos pais e até a hospitalização dos mesmos em caso de doenças mais grave. A par destes aspetos as crianças também costumam ter um baixo conhecimento literário sobre saúde mental e, especificamente, sobre a doença mental dos pais o que, conseqüentemente, leva a uma limitação nas estratégias que estes jovens empregam para lidar com a doença. Todos estes aspetos têm um impacto significativo na vida familiar, escolar e social da criança, dimensões que integram a qualidade de vida da mesma (Bee, Berzins, Calam, Prymachuk & Abel, 2013).

Assim sendo, o principal objetivo deste estudo é compreender e caracterizar o impacto da saúde mental dos pais na qualidade de vida dos filhos e os objetivos específicos são:

- Compreender e caracterizar a saúde mental dos pais;
- Compreender e caracterizar a saúde mental dos pais em relação ao género;
- Compreender e caracterizar a qualidade vida dos filhos, tanto pela perceção dos próprios filhos como dos respetivos pais;
- Compreender e caracterizar o impacto da ansiedade dos pais na qualidade de vida dos filhos;
- Compreender e caracterizar o impacto da insónia dos pais na qualidade de vida dos filhos;
- Compreender e caracterizar o impacto da depressão dos pais na qualidade de vida dos filhos.



## **Método**

O presente estudo insere-se num projeto de investigação mais vasto desenvolvido no Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social pelo grupo de investigação “Qualidade de vida, intervenção psicossocial e cidadania” coordenado pela Professora Doutora Tânia Gaspar.

### **Participantes**

A amostra deste estudo inclui a participação de 1757 adultos, pais de crianças entre os 6 e os 16 anos. Dentro do total dos participantes, 77.3% são mulheres ( $n = 1359$ ) e idade média dos participantes situa-se entre os 20 e os 80 anos ( $M = 41.6$ ,  $SD = 5.71$ ).

### **Instrumentos**

Com o intuito de avaliar a Saúde Mental dos pais foi utilizado o questionário de saúde geral de 28 itens (GHQ-28), originalmente criado por Goldberg (1972) e adaptado para a população portuguesa por Ribeiro e Antunes (2003). Este é um questionário de autorresposta que pretende identificar não só a existência de possíveis perturbações psiquiátricas não psicóticas, como também a incapacidade do indivíduo para realizar as atividades comuns que qualquer pessoa saudável conseguiria realizar ou o aparecimento de novos fenómenos promotores de stress. O GHQ-28 inclui quatro subescalas designadas por “Sintomas Somáticos”, “Ansiedade e Insónia”, “Disfunção Social” e “Depressão Grave”, cada uma contendo sete itens com uma escala de resposta variando entre 0 e 3, sendo que pontuações mais elevadas neste questionário indicam uma pior saúde mental. Para o presente estudo optou-se por uma recodificação na medida em que pontuações mais elevadas nas escalas indicam a presença de menos sintomas e, por isso, de uma melhor saúde mental. Em termos de consistência interna, o GHQ-28 apresentou um  $\alpha$  de Cronbach de 0.94, apresentando assim uma confiabilidade elevada (Ribeiro & Antunes, 2003).



A Qualidade de Vida dos Filhos percebida pelos pais foi avaliada através do instrumento Kidscreen-10 para pais, originalmente proposto por The KIDSCREEN Group Europe (2006) e validado para a população portuguesa por Matos e Gaspar (2009). Este questionário é uma de duas versões mais curtas do Kidscreen-52, constituído por apenas uma dimensão geral “Qualidade de Vida Global Relacionada com a Saúde” que inclui dez itens. (Gaspar, et al., 2008; Matos, Gaspar & Simões, 2012).

A Qualidade de Vida dos Filhos percebida pelos próprios filhos foi medida através do instrumento Kidscreen-52 para crianças e adolescentes proposto por The KIDSCREEN Group Europe (2006) e validado para a população portuguesa por Matos e Gaspar (2009). Este é um questionário de auto-preenchimento para jovens entre os 8 e os 29 anos de idade, constituído por 10 dimensões: “Saúde e Atividade Física”, que explora o nível de atividade, energia e aptidão física do jovem, em que pontuações mais baixas significam sentir-se exausto fisicamente/não se sentir bem e em forma fisicamente e pontuações mais elevadas indicam ter uma boa forma física, ser ativo, saudável e enérgico; “Sentimentos”, que avalia o bem-estar psicológico do jovem, em que pontuações baixas indicam falta de prazer/insatisfação com a vida e pontuações elevadas indicam percepção de felicidade, olhar positivo, satisfação, prazer e alegria com a vida; “Estado do Humor Geral”, explora o quanto o jovem experiencia sentimentos como solidão, tristeza e resignação, em que pontuações baixas apontam para sentir-se deprimido, infeliz, com mau humor e pontuações elevadas apontam para sentir-se bem e de bom humor; “Auto-percepção/Sobre si Próprio”, avalia a forma como o jovem se percebe a si próprio (incluindo a aparência corporal), em que pontuações baixas indicam uma imagem corporal negativa, autorrejeição, insatisfação consigo próprio e pontuações elevadas indicam autoconfiança, satisfação com a sua imagem corporal e boa autoestima; “Tempo Livre/Autonomia”, explora sobre a oportunidade dada ao jovem para criar e gerir o seu tempo social e de lazer, sendo que pontuações baixas revelam

sentir-se restringido, oprimido e dependente e pontuações elevadas revelam sentir-se livre para decidir, independente e autónomo; “Família e Ambiente Familiar”, avalia a relação do jovem com os pais e o ambiente em casa, em que pontuações baixas implicam sentir-se sozinho, negligenciado e uma perceção de falta de disponibilidade ou injustiça por parte dos pais e pontuações elevadas implicam sentir-se seguro, apoiado, compreendido e perceber os pais como disponíveis ou justos; “Questões Económicas”, explora a perceção do jovem sobre a qualidade dos seus recursos financeiros, em que pontuações baixas indicam sentir que os recursos financeiros que tem estão a restringir o seu estilo de vida e pontuações elevadas indicam sentir-se satisfeito com os recursos financeiros que tem; “Amigos(as)”, avalia a natureza das relações do jovem com os pares, em que pontuações baixas apontam para sentimentos de exclusão, desapoio e falta de aceitação pelos pares e pontuações elevadas apontam para sentimentos de aceitação, apoio e inclusão no grupo de pares; “Ambiente Escolar e Aprendizagem”, explora a perceção do jovem sobre a sua capacidade cognitiva, de concentração e de aprendizagem, em que pontuações baixas indicam falta de gosto e sentimentos negativos em relação à escola e/ou pelos professores e fraca capacidade escolar e pontuações elevadas indicam sentimentos de satisfação e apreciação para com a escola e boa capacidade escolar; e “Provocação”, a dimensão que avalia aspetos acerca de sentimentos de rejeição por parte dos pares, sendo que pontuações baixas implicam sentir-se atormentado, provocado ou rejeitado pelos pares, enquanto pontuações elevadas indicam que o jovem não se sente provocado mas sim respeitado e aceite pelos pares.

Em termos de consistência interna, o  $\alpha$  de Cronbach das dimensões do Kidscreen variam entre .60 e .88, com valor global médio de .80, o que indica uma elevada confiabilidade da escala (Gaspar, et al., 2008).

O protocolo de recolha de dados do Kidscreen inclui questões sociodemográficas.

## **Procedimento**

Para a recolha de dados, os questionários foram distribuídos por várias escolas, centros de estudo e centros de atividades de lazer (contexto escolar e educativo). Adicionalmente, foi também disponibilizado um questionário online, cujo link de acesso foi facultado a estes locais e partilhado através de uma rede social.

Os questionários são de preenchimento autónomo e todos os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo.

Para manter o anonimato e a confidencialidade, os questionários foram numerados e emparelhados – pais e filhos com o mesmo número. Pais e filhos não serão identificados pelo nome ou por qualquer outra informação pessoal.

Após a recolha de todos os questionários, estes foram numerados e inseridos numa base de dados, previamente construída.

Em termos de questões éticas, foi obtida a autorização da Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME), assim como o consentimento informado e a autorização dos pais dos jovens em estudo.

## Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos através do tratamento e análise dos dados recolhidos através do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Science).

Tabela 1- *Análise descritiva das variáveis sociodemográficas*

		Percentagem
Género	Feminino	77.3
	Masculino	22.6
Estado Civil	Solteiro	6.8
	União de facto	14.2
	Casado	65.8
	Separado	2.4
	Divorciado	9.3
	Viúvo	1.0
Área de Residência	Aldeia	25.9
	Vila	28.0
	Cidade	44.9
Situação profissional	Por conta própria	15.6
	Por conta de outrem	73.7
	Desempregado	7.2
	Reformado	.3
	Outra	2.0
	Estatuto socioeconómico	Elevado
	Médio	9.3
	Baixo	30.5
Escolaridade	Escolaridade obrigatória	33.7
	Formação superior	27.4
Número de filhos	1 filho	12.6
	2 filhos	23.3
	3 filhos ou mais	6.2
Com quem coabita	Sozinho	1.3
	Cônjuge	1.2
	Cônjuge e filhos	81.1
	Filhos	15.2
	Outros parentes	4.0

Como indicado no capítulo anterior, este estudo contou com a participação de 1757 adultos. Analisando as variáveis sociodemográficas dos participantes, percecionamos que 77.3% são mulheres, portanto mães, enquanto que 22.6% são homens, sendo pais.

É possível entender que na sua maioria os participantes são casados (65.8%), vivem num ambiente urbano (44.9), trabalham por conta de outrem (73.7%) e têm um estatuto socioeconómico enquadrado no nível baixo (30.5%), tendo 33.7% afirmado que concluíram apenas a escolaridade obrigatória.

O número de descendentes mais apontado foi o de 2 filhos (23.3%) e a maioria dos participantes indicou que vive com o cônjuge e com os filhos (81.1%).

Tabela 2- *Análise descritiva das variáveis idade e saúde mental*

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Ansiedade e Insónia	1.00	6.00	3.35	.56
Depressão	1.29	5.86	3.85	.34

Relativamente à saúde mental dos pais, verificamos que a depressão é o problema de saúde mental com a média mais elevada e, portanto, com menor presença de sintomas (M= 3.85; DP= .34), seguida da ansiedade e insónia (M= 3.35; DP= .56).

Tabela 3- *Análise das diferenças entre homens e mulheres em relação à saúde mental*

	Homem		Mulher		F
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Ansiedade e Insónia	3.44	.50	3.32	.59	14.641*
Depressão	3.85	.37	3.85	.34	.027

\*p<0.001

Através da tabela 3, é possível verificar que existem diferenças entre homens e mulheres no que concerne à ansiedade e à insónia [F(1,1647)= 14.641, p< .001], ou seja, verifica-se

que as mulheres apresentam níveis mais elevados de ansiedade e de insónia comparativamente aos homens.

Tabela 4- *Análise descritiva da variável qualidade de vida (perceção de pais e perceção de filhos)*

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Perceção global dos pais	1.70	5.60	3.94	.55
Perceção global dos filhos	2.10	5.00	3.98	.54

Em relação à qualidade de vida das crianças e jovens, as perceções entre pais e filhos estão próximas uma da outra. Ainda assim, os filhos têm um autoperceção mais elevada da sua qualidade de vida (M= 3.98; DP= .54), relativamente à perceção dos pais (M= 3.94; DP= .55).

Tabela 5- *Análise descritiva das dimensões da variável qualidade de vida na perceção dos filhos*

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Saúde e atividade física	1.60	5.00	3.97	.69
Sentimentos	1.67	5.00	4.24	.63
Estado de humor geral	1.43	5.00	4.28	.71
Autoperceção	1.20	5.00	4.03	.73
Autonomia/Tempo livre	1.40	5.00	3.91	.85
Família e ambiente familiar	1.00	5.00	4.29	.74
Questões financeiras	1.00	5.00	4.16	1.00
Amigos/sociabilização	1.00	5.00	4.18	.73
Ambiente escolar e aprendizagem	2.17	5.00	3.85	.68
Provocação/bullying	1.00	5.00	4.51	.78

Analisando as dimensões que constituem a qualidade de vida autopercionada pelas crianças e jovens, verificamos que a provocação/bullying é a dimensão com o valor médio mais elevado de todas as dimensões (M= 4.51; DP= .78), seguida de forma decrescente pelas dimensões família e ambiente familiar, estado de humor geral, sentimentos, amigos/sociabilização, questões financeiras, autoperceção, saúde e atividade física, autonomia/tempo livre e, com a média mais baixa, a dimensão do ambiente escolar e aprendizagem (M= 3.85; DP= .68).

Deste modo, entendemos que os jovens deste estudo percecionam a provocação/bullying como sendo a dimensão da sua qualidade de vida que está melhor, enquanto percecionam que o ambiente na escola e a aprendizagem é a dimensão que está pior.

Tabela 6- *Análise da Correlação de Pearson entre as variáveis da saúde mental e a qualidade de vida*

	Ansiedade e Insónia	Depressão	Qualidade de vida dos filhos
Ansiedade e Insónia	1	.38**	.25**
Depressão	.38**	1	.26**
Qualidade de vida dos filhos	.25**	.26**	1

\*\* p < .01; p < .05

A tabela 5 apresenta as correlações entre as dimensões da saúde mental dos pais e a qualidade de vida dos filhos. Com os dados apresentados, verificamos que todas as variáveis da saúde mental se correlacionam com a variável da qualidade de vida de forma positiva, o que indica que uma menor presença de sintomas de ansiedade, insónia e depressão nos pais está relacionada com uma melhor qualidade de vida nos jovens.

Posto isto, é possível entender que a correlação entre a qualidade de vida e a depressão (r= .26, p< .01) é a correlação mais forte, apesar de ser considerada como uma correlação fraca,

seguida da correlação entre a qualidade de vida e a ansiedade e insónia ( $r = .25, p < .01$ ) também esta uma correlação positiva fraca.

Tabela 7 – *Análise da Regressão Linear entre as variáveis da saúde mental e a qualidade de vida*

	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		Sig.
	B	Erro Padrão	Beta	t	
Ansiedade e Insónia	.14	.04	.14	3.586	.00
Depressão	.28	.05	.19	6.106	.00

Os resultados obtidos através da regressão linear mostram que a ansiedade e a insónia ( $\beta = .136; p < .000$ ) e a depressão ( $\beta = .187; p < .000$ ) são preditores da variável qualidade de vida. Estas duas variáveis, em conjunto, explicam 14% da variância da qualidade de vida dos filhos [ $R^2 = .145; R^2_{Aj} = .137; F(11, 1099) = 2.913; p < .000$ ], sendo que a depressão demonstra ser o melhor preditor.





## Discussão

O objetivo principal deste estudo consiste em compreender e caracterizar o impacto que a saúde mental dos pais tem na qualidade de vida dos filhos. Relativamente a este objetivo, os resultados indicam que a presença de menos sintomas de problemas de saúde mental nos pais está relacionados de forma positiva com a qualidade de vida dos filhos, o que é corroborado por outros estudos que indicam que uma boa saúde mental está relacionada com uma qualidade de vida mais positiva (Valikhani, Ahmadnia, Karimi & Mills, 2019), enquanto que a presença de perturbações mentais tem um impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos (Annagür, Uguz, Apiliogullari, Kara, & Gunduz, 2014; Bujang et al., 2015). Segundo Gellatly et al. (2019), os jovens que crescem com pais portadores de problemas ao nível da saúde mental, apresentam um risco mais elevado para desenvolver problemas físicos, mentais, de atenção, escolares, comportamentais e emocionais, apresentando uma maior tendência para se isolarem mais.

Relativamente ao primeiro objetivo específico, que consiste na caracterização da saúde mental dos pais, os resultados obtidos indicam que a ansiedade e insónia são as perturbações mentais mais comum entre a população dos pais, indivíduos inseridos numa faixa etária variante entre os 22 e os 80 anos. Relativamente à ansiedade, este dado é corroborado pelo estudo de Impey, Gordon e Baldwin (2020) que indica que, para além das perturbações de ansiedade afetarem os indivíduos ao longo de toda a sua vida, a Perturbação de Ansiedade Generalizada é a mais comum entre a população adulta. Também outros estudos apontam a idade adulta como a fase de vida em que surgem os sintomas de ansiedade, na medida em que o aparecimento da ansiedade está associado às faixas etárias entre os 30 e os 45 anos e os 45 e os 64 anos, apresentando-se a sua maior prevalência (22.1%) na faixa etária dos 50 aos 60 (Banzo, Ejaz & Ahmad, 2021; Moreno-Peral et al., 2014).

Os dados deste estudo sobre a insónia na população dos pais, portanto na população adulta, são corroborados por Peñuela-Epalza et al. (2015) no seu estudo com 220 participantes, em que 56 indivíduos foram diagnosticados com insónia leve, 35 com insónia moderada e 3 com insónia grave, tendo-se verificado que a insónia estava mais presente na faixa etária dos 18 aos 45 anos. Madrid-Valero, Martínez-Selva, Couto, Sánchez-Romera & Ordoñana (2017) também corroboraram os resultados deste estudo ao verificarem, na sua investigação com 2144 sujeitos adultos, uma relação inversa entre a idade e a qualidade de sono, na medida em que quando mais velho é o indivíduo, pior a sua qualidade de sono.

Nos resultados deste estudo, a depressão surge após a ansiedade e a insónia com um valor médio próximo ao destas, mostrando-se presente entre os pais. Em concordância, outros estudos indicam que esta perturbação está bastante presente neste tipo de população, afetando cerca de 350 milhões de pessoas por todo o mundo, sendo que a faixa etária dos 45 aos 54 anos é a mais vulnerável a sofrer de depressão. Prevê-se ainda que até 2030 a depressão seja a principal causa de morbilidade no mundo, e que impacte de forma negativa e produtividade, aumentando os custos relativos à saúde (Pérez & Rodríguez, 2016).

No que concerne às diferenças entre homens e mulheres relativamente à saúde mental, o segundo objetivo específico, foi possível verificar que não existem diferenças relativamente à depressão, o que não vai de encontro à informação presente na literatura, que indica que a depressão afeta mais indivíduos do sexo feminino comparativamente a indivíduos do sexo masculino, na medida em que afeta uma em cada cinco mulheres e um em cada doze homens (Chaudhry, 2020; Cooney, Dwan, Greig, Lawlor, Rimer, Waugh, McMurdo & Mead, 2013; Iyer & Khan, 2012).

No entanto, os resultados apontam a existência de diferenças em relação à ansiedade e à insónia, na medida em que as mulheres apresentam níveis mais elevados de ansiedade e insónia do que os homens. Estes resultados são corroborados por outros estudos que indicam

que a ansiedade é mais prevalente no sexo feminino do que no sexo masculino, isto é, que as mães apontam mais sintomas de ansiedade do que os pais (Möller, Majdandžić & Bögels, 2014). As mesmas conclusões foram retiradas por Costa, Branco, Vieira, Souza e Silva (2019), ao verificarem que a prevalência de ansiedade na população feminina, correspondente a 32.5%, é superior à prevalência da mesma condição na população masculina, que se encontra nos 21.3%. Estes autores acreditam que estes dados podem ser justificados pela pressão social a que as mulheres estão sujeitas, pela sua vida e pelo seu percurso profissional, pelo vencimento que recebem, quando este é abaixo do esperado, e pela violência que as mulheres enfrentem no seu quotidiano e que pode gerar sensações de medo e angústia.

Relativamente à insónia, os resultados encontrados estão em concordância com o que se verifica na literatura. Dewa, Hassan, Shaw e Senior (2017), verificaram resultados semelhantes no seu estudo com uma população de 240 indivíduos, na medida em que a insónia estava mais presente na população feminina (70.6%), em comparação com a população masculina (52.5%), e a as mulheres reportaram também mais problemas em iniciar o sono, assim como consideraram que sua qualidade de sono, considerada pelas mesmas como pobre, influenciava o seu humor, energia e relações pessoais. Dados semelhantes foram encontrados noutro estudo, em que as mulheres relatavam uma qualidade de sono mais pobre (44.6%), relativamente aos homens (30.1%) (Madrid-Valero, Martínez-Selva, Couto, Sánchez-Romera & Ordoñana, 2017).

O terceiro objetivo específico debruça-se sobre a auto percepção da qualidade de vida das crianças e adolescentes deste estudo e na percepção dos pais sobre a mesma. Através dos resultados sobre estas variáveis, é possível compreender que os jovens fazem uma apreciação mais positiva da sua própria qualidade de vida em relação à percepção que os respetivos pais têm sobre esta, que é ligeiramente mais negativa. Este é um dado corroborado por Batalha, Fernandes e Campos (2015), ao verificarem que os jovens em estudo, entre os 8 e os 17 anos,

pontuavam de forma mais elevada no questionário sobre a sua qualidade de vida, em comparação com os respetivos pais, com idades entre os 18 e os 59 anos. Estes autores afirmam que esta discordância pode advir da tendência dos pais em projetarem nos filhos a sua própria qualidade de vida.

Outros estudos confirmam os mesmos resultados, ao verificarem que mesmo quando existe uma alta concordância entre a perceção dos filhos e a dos pais, nos casos em que esta não existe, o parecer dos pais é mais negativo do que o dos filhos, o que pode ser justificado também pelo facto de, tendencialmente, os pais subvalorizarem a qualidade de vida dos filhos do sexo masculino, e sobrevalorizarem a qualidade de vida dos filhos do sexo feminino (Witt et al., 2021).

Radicke, Adema, Daubman, Wegscheider & Weigand-Grefe (2021) desenvolveram um estudo com 335 crianças e 240 pais das mesmas, sendo que estes pais padeciam de alguma doença ou perturbação mental. Este estudo fornece justificações plausíveis para a discordância entre a autoperceção dos filhos e perceção dos pais relativamente à qualidade de vida dos jovens, na medida em que, segundo os autores, a perceção de qualidade de vida pode ser influenciada por alguns fatores como: os problemas mentais dos pais poderem estar a afetar o juízo que estes fazem sobre a qualidade de vida dos filhos, pois a sua visão pode estar influenciada pelas seus sintomas psicológicos, pelas suas preocupações e pela responsabilidade de terem de prestar cuidados aos filhos; histórico de acordo/desacordo entre pais e filhos; o facto de pais e filhos vivenciarem experiências diferentes, o que pode moldar a compreensão de ambos.

Neste estudo, os jovens apontam a provocação/bullying, o ambiente familiar e o estado de humor em geral, como as dimensões da qualidade de vida com apreciação mais positiva. Resultados semelhantes foram encontrados por Menezes, Lacerda, Borella e Alves (2019), na sua investigação com jovens entre os 10 e os 18 anos. Estes autores verificaram que, para

além dos jovens terem uma percepção da sua própria qualidade de vida elevada, estes também consideraram as dimensões provocação/bullying, autonomia e tempo livre e família e ambiente familiar como as dimensões mais positivas na sua vida, o que indica respetivamente que estes jovens raramente experimentam sentimentos de rejeição por parte dos pares, sentem que lhes é dada a oportunidade para gerir o seu próprio tempo social e de lazer, e sentem-se em segurança, apoiados, amados, compreendidos e bem cuidados em casa.

Nunes, Hernando, Ayala-Nunes, Oliva e Coronado (2016), encontraram resultados semelhantes no seu estudo com 475 jovens portugueses e espanhóis. Segundo os autores, os jovens portugueses relataram menos sentimentos de rejeição dos pares (provocação/bullying), assim como pontuaram de forma elevada na dimensão do humor e emoções, indicando que estes jovens experienciam menos momentos de humor depressivo e de angústia, comparativamente com os jovens espanhóis.

Por fim, os últimos três objetivos específicos foram propostos de modo a caracterizar e compreender o impacto que cada um dos três problemas de saúde mental em estudo tinham na qualidade de vida das crianças e dos adolescentes.

Especificando estes problemas de saúde mental, verifica-se uma relação positiva entre uma menor ansiedade parental e a qualidade de vida dos filhos, o que indica que a ansiedade, quando pouco presente nas figuras parentais, impacta de forma positiva a qualidade de vida dos filhos, o que vai de encontro aos estudos de Jones e Reilly (2016) e de Li, Ji, Qin e Zhang (2008), que apontam uma associação negativa entre a ansiedade parental e a qualidade de vida da descendência, na medida em que a atitude dos pais para com os filhos depende da sua própria condição psicológica ou mental e esta pode agravar medos e tensões, pois pais ansiosos tendem a percecionar riscos mais elevados para os seus descendentes.

A presença de poucos sintomas de insónia parental apresentou também uma relação positiva com a qualidade de vida dos filhos. Em concordância, a literatura afirma que

problemas de sono como a insónia influenciam de forma negativa a saúde mental, a saúde física e as relações interpessoais dos indivíduos, pois esta condição prejudica a regulação emocional e os afetos positivos, e aumenta a probabilidade destes indivíduos responderem a situações desagradáveis com emoções negativas mais intensas, o que propicia o envolvimento em conflitos com outras pessoas. Deste modo, pais com problemas ao nível do sono estão mais propensos a envolverem-se em conflitos com os filhos, a manifestarem menos empatia e compreensão para com os mesmos, e a não apreciarem tanto o apoio que recebem destes, o que vai impactar negativamente a qualidade de vida destes jovens (Wang, Kim, Burr & Wu, 2020).

Verificou-se também uma relação positiva entre a um baixo nível de sintomas de depressão nos pais e a qualidade de vida dos filhos, o que se verifica no estudo de Galbally e Lewis (2017), que apontou a depressão parental como um dos fatores de risco mais significativos para a saúde mental e o bem-estar emocional das crianças, assim como no estudo de Eckshtain, Ellis, Kolmodin e Naar-King (2015), pois estes autores descobriram que os sintomas de depressão nos pais estão significativamente associados a um nível mais reduzido de carinho, apoio e envolvimento, parental, assim como também se relacionam com um baixo nível de monitorização e uma disciplina pouco consistente para com os seus filhos. Todos estas relações podem impactar a dimensão psicológica e emocional da qualidade de vida dos jovens.

Por fim, neste estudo foi possível compreender que a ansiedade e a insónia parental são preditores da qualidade de vida dos filhos, como indica o estudo de AbuRuz (2018) que concluiu que a ansiedade afeta a qualidade de vida dos indivíduos ao ser um preditor da mesma, nomeadamente no que concerne à dimensão física e psicológica da mesma, sendo que dados semelhantes foram encontrados por Zeidler et al. (2018) relativamente à insónia, visto que no estudo destes autores a qualidade do sono demonstrou ser um preditor da

qualidade de vida, sendo esta um preditor forte tanto do domínio mental como físico da qualidade de vida da população deste estudo. Relativamente à depressão, este estudo encontrou resultados semelhantes aos descritos na literatura, na medida em que esta variável não só demonstrou ser preditor da qualidade de vida dos jovens, como também o mais forte preditor de entre as três variáveis em estudo. A literatura indica que a depressão é um preditor da qualidade de vida, não só geral como também nas suas componentes psicológica/mental e física, na medida em que uma maior sintomatologia depressiva indica uma pior qualidade de vida (Botelho & Pereira, 2015; Coelho, Knorst, Gazzana & Barreto, 2010).





## Conclusão

Os resultados gerais obtidos neste estudo indicam que uma melhor saúde mental dos pais influencia de forma positiva a qualidade de vida dos filhos. A par destes resultados, relativamente à saúde mental dos pais, a ansiedade e a insónia parecem ser as condições mentais mais comuns entre esta população, seguidas da depressão com valores próximos.

Neste estudo não se verificaram diferenças entre homens e mulheres sobre a presença da depressão, mas foi possível verificar diferenças quanto à ansiedade e à insónia, estando mais presente na população feminina

Sobre a qualidade de vida das crianças e dos adolescentes, foi possível verificar que a autoperceção dos jovens é melhor em comparação com a perceção dos pais e que segundo esta autoperceção em relação à sua própria qualidade de vida, os jovens apontam três dimensões como aquelas com melhor apreciação na sua vida: provocação/bullying, ambiente familiar e o estado de humor em geral.

Os resultados deste estudo indicaram ainda uma relação positiva entre a fraca presença de problemas de saúde mental nos pais – baixo nível de sintomas de depressão, de ansiedade e de insónia – e qualidade de vida dos filhos, tendo sido possível ainda compreender que a ansiedade, a insónia, e a depressão nos pais são preditores da qualidade de vida dos filhos, sendo que a depressão demonstrou ser o preditor mais forte.

A distribuição da amostra deste estudo relativamente ao género, constitui uma limitação do mesmo, isto é, nesta investigação a percentagem de indivíduos do sexo feminino inquiridos é significativamente superior à percentagem de indivíduos do sexo masculino, o que indica que a visão sobre a própria saúde mental e sobre a qualidade de vida da descendência é maioritariamente feminina e materna, pelo que seria interessante uma amostra mais equilibrada, de modo a termos uma maior representatividade da visão do pai.

Uma outra limitação surge na forma como é avaliada a percepção de qualidade de vida dos jovens por parte dos pais, na medida em que, seria útil para fins de comparação entre as percepções pais-filhos, que a visão dos pais fosse avaliada segundo cada dimensão do instrumento Kidscreen, como se sucedeu com os filhos.

A inclusão de uma parte qualitativa neste estudo, através de entrevistas a pais e filhos, poderia ser uma mais valia para o mesmo, no entanto o contexto pandémico limitou essa interação ao longo do último ano. Esta limitação direciona-nos para uma sugestão para estudos futuros, pois seria interessante inserir neste estudo a variável do contexto pandémico da COVID-19, assim como a passagem por períodos de confinamento, de forma a avaliar qual o impacto destas na saúde mental dos pais e, posteriormente, na qualidade de vida dos filhos. Estudos recentes, como o estudo de Pavani, Silva, Olschowsky, Wetzel, Nunes e Souza (2021) já conseguem compreender que a experiência de viver numa pandemia, como a do novo coronavírus pode ter realmente um impacto negativo na saúde mental da população, e vão mais longe identificando três situações como motivadores de sofrimento mental, como ansiedade, insónia, depressão, medo e stress: a confirmação que este vírus é transmissível entre seres humanos, a compreensão de que medidas de isolamento e confinamento são imprescindíveis para controlar a dispersão da doença e a confirmação, por parte de entidades da saúde, de que a COVID-19 representa uma pandemia. No entanto, Faro, Bahiano, Nakano, Reis, Silva e Vitti (2020) apontam o dado interessante de que um potencial cenário de catástrofe ao nível da saúde mental só deverá ser conhecido e bem compreendido após o período de pandemia cessar, pelo que será muito útil investir em estudos sobre a influência de todo o contexto de pandemia na saúde mental (e consequentemente na qualidade de vida) após o cessar deste período conturbado.

Este estudo e os seus resultados contribuem para a prática da psicologia clínica, uma vez que a saúde mental é um tema atual, mas ainda um pouco difícil de abordar devido ao

estigma associado às perturbações mentais. Uma melhor compreensão da saúde mental parental e do seu efeito na qualidade de vida dos filhos pode ser uma ferramenta útil para reduzir o sofrimento por parte dos pais e ajudar as crianças e os jovens a terem uma qualidade de vida superior.



## Referências

- Abreu, M., Marques, I., Martins, M., Fernandes, T. M., & Gomes, P. (2016). Qualidade de vida relacionada com saúde em crianças e adolescentes – estudo bicêntrico e comparação com dados europeus. *Nascer e Crescer*, 25(3), 141-146.
- AbuRuz, E. A. (2018). Anxiety and depression predicted quality of life among patients with heart failure. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 11, 367-373. doi: 10.2147/JMDH.S170327.
- Alves, A. A. M., & Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e económicos da saúde mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127-131.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Annagür, B. B., Uguz, F., Apiliogullari, S., Kara, İ., & Gunduz, S. (2014). Psychiatric disorders and association with quality of sleep and quality of life in patients with chronic pain: A SCID-based study. *Pain Medicine*, 15(5), 772–781. doi:10.1111/pme.12390.
- Ball, H. L., Taylor, C. E., Thomas, V. & Douglas, P. S. (2020). Development and evaluation of ‘sleep, baby & you’ – na approach to supporting parental well-being and responsive infant caregiving. *PLoS ONE*, 15(8), 1-16. doi: 10.1371/journal.pone.0237240.
- Bano, Z., Ejaz, M., & Ahmad, I. (2021). Assessment of prevalence of anxiety in adult population and development of anxiety scale: A study of 819 patients with anxiety disorder. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 37(2), 472-476. doi: 10.12669/pjms.37.2.2158.
- Barroso, R. G., & Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica*, 52(1), 211-229. doi:10.14195/1647-8606\_52-1\_10

- Barroso, S. M., Batista, M. N., & Zanon, C. (2018). Solidão como variável preditoria na depressão em adultos. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 9(3), 26-37. doi: 10.5433/2236-6407.2018v9n3suplp26.
- Batalha, L. M. C., Fernandes, A. M., & Campos, C. (2015). Qualidade de vida em crianças com câncer: concordância entre crianças e pais. *Escola Anna Nery*, 19(2), 292-296. Doi: 10.5935/1414-8145.20150039.
- Bee, P., Berzins, K., Calam, R., Pryjmachuk, S., & Abel, K. M. (2013). Defining quality of life in the children of parents with severe mental illness: A preliminary stakeholder-led model. *PLOS ONE*, 8(9), 1-9. doi:10.1371/journal.pone.0073739.
- Benetti, I. C., Vieira, M. L., Crepaldi, M. A., & Scheinder, D. R. (2013). Fundamentos da teoria bioecológica de Urie Brofenbrenner. *Pensando Psicologia*, 9(16), 89-99. doi: 10.16925/pe.v9i16.620.
- Berry, H. L., Bowen, K., & Kjellstrom, T. (2010). Climate change and mental health: a casual pathways framework. *International Journal of Public Health*, 55, 123-132. doi: 10.1007/s00038-009-0112-0.
- Botelho, A. S. C., & Pereira, M. G. (2015). Qualidade de vida, otimismo, enfrentamento, morbidade psicológica e estresse familiar em pacientes com câncer colorretal em quimioterapia. *Estudos de Psicologia*, 20(1), 50-60. doi: 10.5935/1678-4669.20150007.
- Bragantini, D., Sivertsen, B., Gehrman, P., Lydersen, S., & Güzey, S. L. (2019). Differences in anxiety levels among symptoms of insomnia: the HUNT study. *Sleep Health*, 5, 370-375. doi: 10.1016 / j.sleh.2019.01.002.
- Brofenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press.

- Budinger, M. C., 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: 10.1007/s10578-012-0335-9.
- Bujang, M. A., Musa, R., Liu, W. J., Chew, T. F., Lim, C. T. S., & Morad, Z. (2015). Depression, anxiety and stress among patients with dialysis and the association with quality of life. *Asian Journal of Psychiatry, 18*, 49-52. doi:10.1016/j.ajp.2015.10.004.
- Catani, J. (2014). Histeria, transtornos somatoformes e sintomas somáticos: as múltiplas configurações do sofrimento psíquico no interior dos sistemas classificatórios. *Jornal de Psicanálise, 47*(86), 115-134.
- Chaudhry, S. (2020). Depression and its dilemma. *IP Journal of Surgery and Allied Sciences, 2*(3), 81-88. doi: 10.18231/j.jsas.2020.013.
- Christensen, J. (2016). A critical reflection of Bronfenbrenner's development ecology model. *Problems of Education in the 21st Century, 69*, 22-28. doi: 10.13140 / RG.2.1.2959.7681
- Coelho, A. C., Knorst, M. M., Gazzana, M. B., & Barreto, S. S. M. (2010). Fatores preditores de qualidade de vida relacionada à saúde física e mental em pacientes com doença pulmonar intersticial: uma análise multifatorial. *Jornal Brasileiro de Pneumologia, 36*(5), 562-570. doi: 10.1590/S1806-37132010000500007.
- Cohen, A. K., Nussbaum, J., Weintraub, M. L. R., Nichols, C. R., & Yen, I. H. (2020). Association of adult depression with educational attainment, aspirations, and expectations. *Preventing Chronic Disease, 17*(94), 1-10. doi: 10.5888/pcd17.200098.
- Cooney, G. M., Dwan, K., Greig, C. A., Lawlor, D. A., Rimer, J., Waugh, F. R., McMurdo, M., & Mead, G. E. (2013). Exercise For depression. *The Cochrane Library, 9*, 1-123. doi: 10.1002/14651858.cd004366.pub6.



- Costa, C. O., Branco, J. C., Vieira, I. S., Souza, L. D. M., & Silva, R. A. (2019). Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68(2), 92-100. doi: 10.1590/0047-2085000000232.
- Cruz, D. S. M., & Nóbrega, V. M. (2018). Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com dm1- revisão integrativa. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 23(3), 973-989. doi: 10.1590/1413-81232018233.08002016.
- Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Dewa, L. H., Hassan, L., Shaw, J. J., & Senior, J. (2017). Trouble sleeping inside: a cross-sectional study of the prevalence and associated risk factors of insomnia in adult prison populations in England. *Sleep Medicine*, 32, 129-136. doi: 10.1016/j.sleep.2016.12.018.
- Dittrich, K., Fuchs, A., BERPohl, F., Meyer, J., Führer, D., Reichl, C., Reck, C., Kluczniok, D., Kaess, M., Attar, C. H. Möhler, E., Bierbaum, A. L., Zietlow, A. L., Jaite, C., Winter, S. M., Herpertz, S. C., Brunner, R., Bödeker, K., & Resch, F. (2018). Effects of maternal history of depression and early life maltreatment on children's health-related quality of life. *Journal of Affective Disorders*, 225, 280-288. doi: 10.1016/j.jad.2017.08.053.
- Eckshtain, D., Ellis, D. A., Kolmodin, K., & Naar-King, S. (2010). The effects of parental depression and parenting practices on depressive symptoms and metabolic control in urban youth with insulin dependent diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(4), 426-435. doi: 10.1093/jpepsy/jsp068.
- Eriksson, M., Ghazinour, M., & Hammarstrom, A. (2018). Different uses of Bronfenbrenner's ecological theory in public mental health research: what is their value for guiding public mental health policy and practice?. *Social Theory & Health*, 16, 414-433. doi: 10.1057/s41285-018-0065-6.

- Faria, S. M., Maximiano-Barreto, M. A., Morais, D., & Chagas, M. H. N. (2019). Impacto dos sintomas de ansiedade na qualidade de vida na doença de Parkinson: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68(1), 48-55. doi: 10.1590/0047-2085000000224.
- Faro, A., Bahiano, M. A., Nakano, T. C., Reis, C., Silva, B. F. P., & Vitti, L. S. (2020). COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia*, 37, 1-14. doi: 10.1590/1982-0275202037e200074.
- Feldman, R., Martorell, G., & Papalia, D. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12 ed.). Porto Alegre: AMGH.
- Ferentz, L. M. S. (2017). Análise da qualidade de vida pelo método WHOQOL-BREF: Estudo de caso na cidade de Curitiba, Paraná. *Estudo & Debate*, 24(3), 116-134.
- Fernandes, M. A., Meneses, R. T., Franco, S. L. G., Silva, J. S., & Feitosa, C. D. A. (2017). Transtornos de ansiedade: Vivências de usuários de um ambulatório especializado em saúde mental. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 11(10), 3836-3844. doi: 10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201718.
- Fett, A. K. J., Shergill, S. S., & Krabbendam, L. (2014). Social neuroscience in psychiatry: unravelling the neural mechanisms of social dysfunction. *Psychological Medicine*, 45(6), 1-21. doi: 10.1017 / S0033291714002487.
- Frizzo, G. B., Schmidt, B., Vargas, V., & Piccinini, C. A. (2019). Coparentalidade no contexto de depressão pós-parto: um estudo qualitativo. *Psico-USF*, 24(1), 85-96. doi: 10.1590/1413-82712019240107.
- Galbally, M., & Lewis, A. J. (2017). Depression and parenting: The need for improved intervention models. *Current Opinion in Psychology*, 15, 61-65. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.02.008.

- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry, 14*(2), 231-233. doi: 10.1002/wps.20231.
- Gamage, N., Senanayake, S., Kumbukage, M., Mendis, J., & Jayasekara, A. (2020). The prevalence of anxiety and its association with the quality of life and illness severity among bipolar affective disorder patients in a developing country. *Asian Journal of Psychiatry, 52*, 1-6. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102044.
- Gaspar, T., Matos, M. G., Ribeiro, J. P., Leal, I., Ferreira, M., Tomé, G., Erhart, M., & Ravens-Sieberer, U. (2008). Instrumentos KIDSCREEN-52 – Versão portuguesa (KIDSCREEN-52 crianças e adolescentes e KIDSCREEN-52 pais). In T. Gaspar & M. G. Matos (coord.), *Qualidade de vida em crianças e adolescentes: versão portuguesa dos instrumentos Kidscreen 52* (pp. 47-82). Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.
- Gellatly, J., Bee, P., Kolade, A., Hunter, D., Gega, L., Callender, C., Hope, H., & Abel, K. M. (2019). Developing and intervention to improve the health related quality of life in children and young people with serious parental mental illness. *Frontiers in Psychiatry, 10*(155), 1-12. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00155.
- Gomes, M. M., Quinhones, M. S., Engelhard, E. (2010). Neurofisiologia do sono e aspetos farmacoterapêuticos dos seus transtornos. *Revista Brasileira de Neurologia, 46*(1), 5-15.
- Gonçalves, A., Cabral, L., Silva, D., Chaves, C., & Duarte, J. (2016). Insónia nos estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 3*, 73-78. doi: 10.19131/rpesm.0121.
- Gonçalves, D., Afonso, R., Dias, I., Lopes, T., Pereira, H., Esgalhado, M., Monteiro, S., & Loureiro, M. (2020). Sintomas somáticos, sintomatologia depressiva e ansiogénica em pessoas idosas. *Psicologia, Saúde & Doenças, 21*(1), 131-136. doi: 10.15309/20psd210120.

- Häuser, W., Constanze-Hausteiner-Wiehle, Henningsen, P., Brähler, E., Schmalbach, B., & Wolfe, F. (2020). Prevalence and overlap of somatic symptom disorder, bodily distress syndrome and fibromyalgia syndrome in the German general population: A cross sectional study. *Journal of Psychosomatic Research, 133*, 1-7.  
doi:10.1016/j.jpsychores.2020.110111
- Henriques, C., Santos, M., Caceiro, E., & Ramalho, S. (2015). Determinantes na transição para a parentalidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2*, 63-68.
- Impey, B., Gordon, R. P., & Baldwin, D. S. (2020). Anxiety disorders, post-traumatic stress disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Medicine, 48*(11), 717-726. doi: 10.1016/j.mpmed.2020.08.005.
- Iyer, K., & Khan, Z. A. (2012). Depression – A review. *Research Journal of Recent Sciences, 1*(4), 79-87.
- Jones, C., & Reilly, C. (2016). Parental anxiety in childhood epilepsy: A systematic review. *Epilepsia, 57*(4), 529-537. doi: 10.1111/epi.13326.
- Kalmbach, D. A., Abelson, J. L., Arnedt, J. T., Zhao, Z., Schubert, J. R., & Sen, S. (2019). Insomnia symptoms and short sleep predict anxiety and worry in response to stress exposure: A prospective cohort study of medical interns. *Sleep Medicine, 55*, 40-47. doi: 10.1016 / j.sleep.2018.12.0.
- Krings, A., Heeren, A., Fontaine, P., & Blairy, S. (2020). Attentional biases in depression: Relation to disorder severity, rumination, and anhedonia. *Comprehensive Psychiatry, 1-31*. doi: 10.1016/j.comppsy.2020.152173
- Kubota, A. M. A., Rodrigues, Silva, M. N. R. M. O., & Masioli, A. B. (2014). Aspectos da insônia no adulta e a relação com o desempenho ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, 25*(2), 119-125. doi: 10.11606 / issn.2238-6149.v25i2p119-25.

- Leme, V. B. R., Prette, Z. A. P. D., Koller, S. H., & Prette, A. D. (2016). Habilidades sociais e o modelo bioecológico do desenvolvimento humano: Análise e perspectivas. *Psicologia & Sociedade*, 28(1), 181-193. doi: 10.1590/1807-03102015aop001.
- Li, Y., Ji, C. Y., Qin, J., & Zhang, Z. X. (2008). Parental anxiety and quality of life of epileptic children. *Biomedical and Environmental Sciences*, 21(3), 228-232. doi: 10.1016/S0895-3988(08)60034-3.
- Lin, H.C., Yang, Y., Elliott, L, & Green, E. (2020). Individual differences in attachment anxiety shape the association between childhood experiences and adult somatic symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 101, 1-10. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.104325.
- Lordello, S. R., & Oliveira, M. C. S. L. (2012). Contribuições conceituais e metodológicas do modelo bioecológico para a compreensão do abuso sexual intrafamiliar. *PSICO*, 43(2), 260-269.
- Lucena, L., Polesel, D. N., Poyares, D., Bittencourt, L., Andersen, M. L., Tufik, S., & Hachul, H. (2020). The association of insomnia and quality of life: São Paulo epidemiologic sleep study (EPISONO). *Sleep Health*, 0, 1-7. doi: 10.1016 / j.sleh.2020.03.002.
- Madrid-Valero, J. J., Martínez-Selva, J., Couto, B. R., Sánchez-Romera, J. F., & Ordoñana, J. R. (2017). Age and gender effects on the prevalence of poor sleep quality in the adult population. *Gaceta Sanitaria*, 31(1), 18-22. doi: 10.1016 / j.gaceta.2016.05.013.
- Magee, C. A., Robinson, L., & Keane, C. (2017). Sleep quality subtypes predict health-related quality of life in children. *Sleep Medicine*, 35, 67-73. doi: 10.1016/j.sleep.2017.04.007.
- Martínez-Ortega, J., Noguerras, P., Muñoz-Negro, J. E., Gutiérrez-Rojas L., González-Domenech, P., & Gurpegui, M. (2019). Quality of life, anxiety and depressive symptoms

- in patients with psoriasis: A case-control study. *Journal of Psychosomatic Research*, 124, 1-7. doi: 10.1016/j.jpsychores.2019.109780.
- Martini, J., Perosa, G. B., & Padovani, F. H. P. (2019). Qualidade de vida de escolares nascidos prematuros, o relato do cuidador e o auto-relato infantil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12), 4699-4706. doi: 10.1590/1413-812320182412.18062017.
- Matos, M. G., Gaspar, T., & Simões, C. (2012). Health-related quality of life in portuguese children and adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 230-237. doi: 0.1590/S0102-79722012000200000004.
- McGee, R. E., Sajatovic, M., Quarells, R. C., Johnson, E. K., Liu, H., Spruill, T. M., Fraser, R. T., Janevic, M., Escoffery, C., & Thompson, N. J. (2019). Depression and quality of life among african americans with epilepsy: Findings from the managing epilepsy well (MEW) network integrated database. *Epilepsy & Behavior*, 94, 301-306. doi: 10.1016/j.yebeh.2019.02.026.
- McQuillan, M. E., Bates, J. E., Staples, A. D., & Deckard, K. D. (2020). Maternal stress, sleep, and parenting. *Journal of Family Psychology*, 33(3), 349-359. doi: 10.1037/fam0000516.
- Menezes, M., Lacerda, L. L. V., Borella, J., & Alves, T. P. (2019). Qualidade de vida e diabetes mellitus: autopercepção de adolescentes de uma cidade do sul do Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, 1-9. doi: 10.1590/0102.3772e35430.
- Mental Health Foundation. (2015). *Fundamental facts about mental health*. Mental Health Foundation: London.
- Mental Health Foundation. (2016). *Fundamental facts about mental health 2016*. Mental Health Foundation: London.

- Möller, E. L., Majdandžić, M., & Bögels, S. M. (2014). Parental anxiety, parenting behavior, and infant anxiety: Differential associations for fathers and mothers. *Journal of Child and Family Studies, 24*, 2626-2637. doi: 10.1007/s10826-014-0065-7.
- Moreno-Peral, P., Conejo-Cerón, S., Motrico, E., Rodríguez-Morejón, A., Fernández, A., García-Campayo, J., Roca, M., Serrano-Blanco, A., Rubio-Valera, M., & Bellón, J. A. (2014). Risk factors for the onset of panic and generalised anxiety disorders in the general adult population: A systematic review of cohort studies. *Journal of Affective Disorders, 168*, 337-348. doi: 10.1016/j.jad.2014.06.021.
- Moslehi, S., Atefimanesh, P., & Farid, A. A. (2015). The relationship between problem-focused coping strategies and quality of life in schizophrenic patients. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran, 29*, 1-7.
- Nunes, C., Hernando, A., Lemos, I., Ayala-Nunes, L., Oliva, C. R., & Coronado, C. M. (2016). Quality of life of portuguese and spanish adolescents. A comparative study between natives and immigrants. *Ciência & Saúde Coletiva, 21*(4), 1137-1144. doi: 10.1590/1413-81232015214.09992015.
- Nunes, M. L., & Bruni, O. (2015). Insomnia in childhood and adolescence: clinical aspects, diagnosis, and therapeutic approach. *Jornal de Pediatria, 91*(6), 26-35. doi: 10.1016/j.jped.2015.08.006.
- Palha, J., & Palha, F. (2016). Perspetiva sobre a saúde mental em Portugal. *Gazeta Médica, 3*(2), 6-12. doi: 10.29315/gm.v3i2.110.
- Patra, S., Patro, B. K., Mangaraj, M., & Sahoo S. S. (2020). Screening for depression in diabetes in an Indian primary care setting: Is depression related to perceived quality of life?. *Primary Care Diabetes, 1*-5. doi: 10.1016/j.pcd.2020.03.002.

- Pavani, F. M., Silva, A. B., Olschowsky, A., Wetzel, C., Nunes, C., & Souza, L. B. (2021). Covid-19 e as repercussões na saúde mental: estudo de revisão narrativa de literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, 1-26. doi: 0.1590/1983-1447.2021.20200188.
- Peñuela-Epalza, M. E., Páez-Jiménez, D. A., Castro-Cantillo, L. C., Harvey-Ortega, J. C., Eljach-Cartagena, J. A., & Banquett-Henao, L. A. (2015). Prevalencia de insomnio en adultos de 18 a 60 años de edad y exposición a campos electromagnéticos en hogares de Barranquilla, Colombia. *Biomédica*, 35(2), 120-129. doi: 10.7705/biomedica.v35i0.2459.
- 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.
- Pereira, E. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2), 241-250. doi: 10.1590/S1807-55092012000200007.
- Pérez, C. L., & Rodríguez, M. G. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 330-344. doi: 10.14718/ACP.2016.19.2.13.
- Pinho, L. G., Pereira, A., & Chaves, C. (2018). Adaptação portuguesa da escala de qualidade de vida para pessoas com esquizofrenia. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 1(46), 189-199.
- Pinto, J. C., Martins, P., Pinheiro, T. B., & Oliveira, A. C. (2015). Ansiedade, depressão e stresse: Um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(2), 148-163. doi: 10.15309/15psd160202.
- Porcelli, S., Kasper, S., Zohar, J., Souery, D., Montgomery, S., Ferentinos, P., Rujescu, D., Mendlewicz, J., Pich, E. M., Pollentier, S., Penninx, B. W. J. H., & Serretti, A. (2020). Social dysfunction in mood disorders and schizophrenia: Clinical modulators in four



- independent samples. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 99, 1-13. doi: 10.1016/j.pnpbp.2019.
- Porcelli, S., Wee, N. V. D., Werff, S. V. D., Aghajani, M., Glennon, J. C., Heukelum, S. V., Mogavero, F., Lobo, A., Oliveira, F. J., Lobo, E., Posadas, M., Dukart, J., Kozak, R., Arce, E., Ikram, A., Vorstman, J., Bilderbeck, A., Saris, I., Kas, M. J., & Serretti, A. (2019). Social brain, social dysfunction and social withdrawal. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 97, 10-33. doi: 10.1016/j.neubiorev.2018.09.012.
- Prino, L. E., Rollè, L., Sechi, C., Patteri, L., Ambrosoli, A., Caldarera, A. M., Gerino, E., & Brustia, P. (2016). Parental relationship with twins from pregnancy to 3 months: the relation among parenting stress, infant temperament, and well-being. *Frontiers in Psychology*, 7(1628), 1-10. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01628.
- Qu, Y., Fuligni, A. J., Galván, A., Lieberman, M. D., & Telzer, E. H. (2016). Links between changes in youth's neural sensitivity to rewards. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 11(8), 1262-1271. doi: 10.1093/scan/nsw035.
- Radicke, A., Barkmann, C., Adema, B., Daubmann, A., Wegscheider, K., & Wiegand-Grefe, S. (2021). Children of parents with a mental illness: predictors of health-related quality of life and determinants of child-parent agreement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 1-16. doi: 10.3390/ijerph18020379.
- Reinert, A. P. R. P., Rêgo, R. M. L., Pires, R. C. R., & Silva, V. C. (2016). Transtornos somatoformes (manifestações histéricas) em mulheres atendidas no hospital psiquiátrico de São Luís, Maranhão. *Psicologia em Pesquisa*, 10(2), 93-101. Doi: 10.24879/201600100020064.
- Respler-Herman, M., Mowder, B. A., Yasik, A. E., & Shamah, R. (2012). Parenting beliefs, parental stress, and social support relationships. *Journal of Child and Family Studies*, 21, 190-198. Doi: 10.1007/s10826-011-9462-3

- Ribeiro, J. L. P., & Antunes, S. (2003). Contribuição para o estudo de adaptação do questionário de saúde geral de 28 itens (General Health Questionnaire - GHQ28). *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5, 37-45.
- Ribeiro, S., Basto-Pereira, M., & Maia, A. (2016). Impacto intergeracional da perturbação mental em jovens com história de vitimação. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(1), 74-81. doi: 10.15309/16psd170111
- Scemes, S., Savoia, M. G., Prette, Z. D., Mestriner, P., Silva, A. R., & Elkis, H. (2016). Social dysfunction and skills in schizophrenia: relationship with treatment response and severity of psychopathology. *Archives of Clinical Psychiatry*, 43(5), 107-111. doi: 10.1590/0101-60830000000095.
- Schouten, R. W., Nadort, E., Harmse, V., Honig, A., Ballegooijen, W. V., Broekman, B. F. P., & Siegert, C. E. H. (2020). Symptom dimensions of anxiety and their association with mortality, hospitalization and quality of life in dialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 133, 1-9. doi: 10.1016/j.jpsychores.2020.109995.
- Sengul, Z. K., & Altay, N. (2017). Effect of parental depression level on children's quality of life after haematopoietic stem cell transplantation. *European Journal of Oncology Nursing*, 31, 90-95. doi: doi.org/10.1016/j.ejon.2017.08.003.
- Senna, S. R. C. M., & Dessen, M. A. (2012). Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(1), 101-108. doi: 10.1590/s0102-37722012000100013.
- Smith, P. (2014). *Mental health care: In settings where mental health resources are limited*. United States of America: Archway Publishing.
- Stone, W. S., Haller, C. S., & Hsi, X. (2012). How reversible is social dysfunction in autistic spectrum disorders?. *North American Journal of Medicine and Science*, 5(3), 172-179. doi: 10.7156 / v5i3p172.

- Sweeney, S., Rothstein, R., Visitainer, P., Rothstein, R., & Singh, R. (2017). Impact of kangaroo care on parental anxiety level and parenting skills for preterm infants in the neonatal intensive care unite. *Journal of Neonatal Nursing, 23*(3), 151-158. doi: 10.1016/j.jnn.2016.09.003.
- Tessaro, M., & Navarro-Peternella, F. M. (2015). Sleeping effects in the quality of life of women with insomnia. *Fisioterapia em Movimento, 28*(4), 693-700. doi: 10.1590/0103-5150.028.004.AO06.
- The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. (1995). *Social Science & Medicine, 41*(10), 1403-1409.
- Turney, K. (2011). Labored love: Examining the link between maternal depression and parenting behaviors. *Social Science Research, 40*, 399-415. doi: 10.1016/j.ssresearch.2010.09.009.
- Valikhani, A., Ahmadnia, F., Karimi, A., & Mills, P. J. (2019). The relationship between dispositional gratitude and quality of life: The mediating role of perceived stress and mental health. *Personality and Individual Differences, 141*, 40–46. doi:10.1016/j.paid.2018.12.014
- Wang, H., Kim, K., Burr, J. A., Wu, B. (2020). Longitudinal associations between parent-child relationship quality and insomnia for aging parents: The mediating role of depressive symptoms. *Social Science & Medicine, 253*, 1-8. doi: 10.1016 / j.socscimed.2020.112972.
- Witt, S., Dellenmark-Blom, M., Kuckuck, S., Dingemann, J., Abrahamsson, K., Dingemann, C., Chaplin, J. E., Ure, B., Bullinger, M., Gatzinsky, V., Jonsson, L., & Quitmann, J. H. (2021). Parent-child-agreement on health-related quality of life and its determinants in patients born with esophageal atresia: a swedish-german corss-sectional study. *Otphanet Journal of Rare Diseases, 16*(120), 1-12. Doi: 10.1186/s13023-021-01748-x.

- Xinyu, F., Chen, Z., Zhiguo, W., Daihui, P., Weiping, X., Jingjing X., Chenglei, W., Lvchun, C., Jia, H., & Yiru, F. (2019). The association between somatic symptoms and suicidal ideation in chinese first-episode major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 245, 17-21. doi:10.1016/j.jad.2018.10.110
- Yates, S., & Gatsou, L. (2017). Enhancing family communication in familiaresfamilars where a parente has a mental illness. *Journal of Parent & Family Mental Health*, 2(3), 1-3. doi: 10.7191/parentandfamily.1007
- Yunes, M. A. M., & Juliano, M. C. (2010). A bioecologia do desenvolvimento humano e as suas interfaces com educação ambiental. *Cadernos de Educação*, 37, 347-379. doi: 10.15210/CADUC.V0I37.1591.
- Zeidler, M. R., Martin, J. L., Kleeup, E. C., Schneider, H., Mitchell, M. N., Hansel, N. N., Sundar, K., Schotland, H., Basner, R. C., Wells, J. M., Krishnan, J. A., Criner, G. J., Cristenson, S., Krachman, S., & Badr, M. S. (2018). Sleep disruption as a predictor of quality of life among patients in the subpopulations and intermediate outcome measures in copd study (spiromics). *Sleep*, 41(5), 1-8. doi: 10.1093/sleep/zsy044.