



UC/FPCE_2010

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Pedido de Ajuda Psicológica, Resiliência e Qualidade de Vida Familiares

Mariana Marques (e-mail: marianasgm@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Sub-área de Sistémica, Saúde e Família, sob a orientação de Professora Doutora Madalena de Carvalho

Pedido de Ajuda Psicológica, Resiliência e Qualidade de Vida Familiares

Resumo: Neste estudo pretende-se explorar as relações entre o *pedido de ajuda psicológica* e a percepção da *resiliência* e *qualidade de vida familiares*. Com este intuito, foram analisadas as variáveis *género, idade, zona de residência, etapa do ciclo vital, número de filhos e formas de família* para perceber se existiam diferenças entre as duas sub-amostras deste estudo – sujeitos que responderam que alguém na sua família pediu ajuda psicológica (n=27) e os que referiram que ninguém na sua família fez um pedido de ajuda psicológica (n=94). Tendo por base um *Questionário Sócio-Demográfico*, o questionário *Qualidade de Vida (QV)* e o *Questionário das Forças Familiares (QFF)*, foram feitas análises estatísticas, tendo sido encontrados alguns resultados pertinentes. Não se verificaram diferenças entre as duas sub-amostras relativamente à percepção da qualidade de vida e resiliência familiares. No entanto, foi encontrado um resultado estatisticamente significativo em relação à idade na percepção da qualidade de vida familiar e, igualmente, na percepção das forças familiares. Foram feitas outras análises exploratórias e discutidos os resultados obtidos. Este estudo poderá impulsionar novas investigações, apontando para o interesse de o replicar com um questionário específico para o *Pedido de Ajuda Psicológica*. Ao nível da intervenção, foi apurado que as variáveis *Resiliência Familiar* e *Qualidade de Vida Familiar* são áreas fortes a trabalhar em contexto clínico.

Palavras-chave: Pedido de Ajuda Psicológica, Forças Familiares, Qualidade de Vida Familiar.

Psychological Cry for Help, Family Resilience and Family Quality of Life

Abstract: In this study relations between the psychological cry for help and the perception of family quality of life and resilience are explored. For this reason, variables such as sex, age, zone of residence, vital cycle stage, number of children and family forms were analysed to understand whether there are differences between both sub-samples of this study – the subjects who answered that someone in their family asked for psychological help and those who said no one in their family asked for psychological help. Based on a Social-Demographic Questionnaire, the Quality of Life (QL) questionnaire and the Family Forces Questionnaire (FFQ), statistic analysis was made and some pertinent results were found. There are no differences between both sub-samples when quality of life perception and family resilience are concerned. However, one statistically relevant result was found when considering age in quality of family life perception, as well as in family forces perception. Besides this, other exploratory analyses were made and obtained results were discussed. This study may impulse new investigations, as it would be interesting to replicate it with a specific questionnaire for the Psychological Cry for Help. When concerning intervention, variables such as Family Resilience and Family Quality of Life were found to be strong areas to work on in a clinical context.

Key Words: Psychological Cry for Help, Family Resilience, Family Quality of Life.

Ao meu avô, que sempre me quis ver “Doutora”.

Agradecimentos

À minha mãe, o meu grande pilar e modelo, pelo apoio, compreensão, carinho e amor incondicionais, mesmo nas horas difíceis.

À minha irmã, pelo amor que nos une e por reforçar sempre que sou capaz de tudo.

Ao meu pai, por acreditar em mim.

À minha tia, pelo carinho e palavras de incentivo.

À Ana, por ser o ombro amigo de todas as horas, pelo suporte, amizade e pelas palavras sempre sábias.

À Violeta, à Francisca, à Elisabete, ao Pedro, ao Leo, ao Telmo, à Mariana, à Laura, à Maria, à Stella, à Sónia e à Lena por serem meus amigos, por todos os momentos importantes que passámos juntos e por terem compreendido os meus silêncios e ausências.

À Sílvia, sobretudo pela partilha, pelas dúvidas e inquietações conjuntas e por termos crescido e aprendido uma com a outra.

À Professora Madalena de Carvalho, por ter sido bem mais que uma orientadora, por tudo o que aprendi com ela, pelo “colo” e por me ensinar que “todos os problemas têm solução” e que “o caminho faz-se caminhando”.

À Professora Margarida Pedroso Lima, por ser quem é, pelo apoio que me deu neste percurso e por me ensinar tanto.

À Professora Manuela Vilar, pela constante simpatia e apoio no meu percurso estudantil.

Ao André Costa e à Professora Isabel Alberto pela paciência, disponibilidade e ajuda em momentos de desespero com a estatística.

Índice

Introdução	1
I – Enquadramento Conceptual	2
1. <i>Pedido de ajuda psicológica</i>	2
2. <i>Resiliência familiar</i>	7
3. <i>Qualidade de vida familiar</i>	9
II – Objectivos	10
2.1. <i>Objectivo geral</i>	10
2.2. <i>Objectivos específicos</i>	11
III – Metodologia	11
3.1.1 – <i>Caracterização da amostra</i>	11
3.1.2 – <i>Estudos de Comparabilidade</i>	16
3.2 – <i>Instrumentos</i>	16
3.2.1. <i>Questionário Sócio-demográfico</i>	16
3.2.2. <i>Qualidade de Vida – QV</i>	16
3.2.3. <i>Questionário de Forças Familiares – QFF</i>	19
3.3 – <i>Procedimentos de investigação</i>	21
3.4 – <i>Procedimentos estatísticos</i>	21
IV – Resultados	22
V – Discussão	26
Limitações e propostas para investigações futuras.....	31
VI – Conclusões	32
Bibliografia	33
Anexos	37

Introdução

O conceito de *pedido de ajuda psicológica* gera ainda alguma controvérsia na sociedade actual e no mundo da Psicologia, dado que existe pouca literatura consensual acerca da sua definição. Sendo a realidade construída por cada um, o acto de pedir ou não ajuda psicológica pode depender da visão que temos dos acontecimentos de vida, da forma como lidamos com a adversidade e do modo como percebemos e sentimos que o mundo interage connosco.

Pensando sistemicamente, e sendo a Família a base com que nos regemos, surgiram, além do pedido de ajuda psicológica, a percepção da qualidade de vida e resiliência familiares como variáveis que também pretendemos estudar. Desta forma, exploraremos as relações entre estas, bem como algumas variáveis sócio-demográficas e familiares – o género, a idade, a zona de residência, o nível sócio-económico, a etapa do ciclo vital, o número de filhos e as formas de família.

Já alguns autores escreveram sobre este tema (Logan & King, 2001; Brown, 1978) e defendem que existe um perfil da pessoa que pede ajuda, sendo, na sua maioria mulheres, jovens, de nível sócio-económico médio e de residência urbana. Relativamente à percepção da qualidade de vida familiar sabe-se que é um conceito multidimensional e de difícil mensuração. Por sua vez, a resiliência familiar é amplamente estudada, sobretudo por Walsh (2002, 2003), consistindo na capacidade deste sistema recuperar e adaptar-se aos desafios com que se vai deparando. Ambas são áreas relevantes, já que estão intimamente ligadas com a satisfação na vida familiar e com a forma como a família reage perante a adversidade.

A amostra geral deste estudo é constituída por 121 inquiridos, dos quais 94 referiram que ninguém na sua família fez um pedido de ajuda psicológica e 27 responderam que alguém na sua família pediu ajuda psicológica. Recorremos a um *Questionário Sócio-Demográfico*, ao questionário *Qualidade de Vida (QV)* e ao *Questionário das Forças Familiares (QFF)* para perceber como é que os inquiridos percebem a sua qualidade de vida familiar e as suas forças familiares, procurando explorar se as duas sub-amostras se diferenciam entre si.

Esperamos que os resultados evidenciem diferenças ao nível da resiliência e da qualidade de vida familiares entre as duas sub-amostras, uma vez que a variável *pedido de ajuda psicológica* parece estar relacionada com alguma vulnerabilidade dessa sub-amostra e predisposição para menor qualidade de vida e resiliência familiares. Ao nível das variáveis sócio-demográficas, as nossas expectativas são que o género e a idade influenciem grandemente o pedido de ajuda psicológica, tal como apontam Chang (2008) e Rickwood e Braithwaite (1994). Além disso, esperamos encontrar diferenças estatisticamente significativas entre as duas sub-amostras relativamente às variáveis familiares, dado que cada etapa do ciclo vital, o número de filhos e as formas de família acarretam os seus desafios inerentes, que se podem agravar com mais uma fonte de *stress* – o pedido de

ajuda psicológica (Alarcão, 2002).

I – Enquadramento conceptual

1. Pedido de ajuda psicológica

As temáticas da saúde mental em geral, e do pedido de ajuda psicológica em particular, têm vindo a ser estudadas ao longo do tempo. As investigações realizadas até ao momento têm sido um pouco controversas no que diz respeito às atitudes e comportamentos ligados ao pedido de ajuda (Leong & Zachar, 1999; Mackenzie, Knox, Gekoski, & Macaulay, 2004). Muitas das pessoas que pedem ajuda psicológica fazem-no com a intenção de melhorar a sua qualidade de vida (Leong & Zachar, 1999).

Para Gourash (1978) *pedido de ajuda* é qualquer tipo de comunicação sobre um problema ou evento *stressante* com o objectivo de suporte ou apoio, incluindo tanto conversas acerca de problemas com amigos ou família como pedidos de ajuda psicológica profissional. Por sua vez, Hoar e Flint (2008) definem este conceito como a competência para pedir ajuda e aconselhamento a várias fontes de suporte. Mackenzie, Knox, Gekoski e Macaulay (2004) consideram ainda que pedir ajuda é uma reacção possível perante problemas psicológicos.

Considerando estas conceptualizações acerca do pedido de ajuda, é importante salientar que a intenção e o comportamento de pedir ajuda estão relacionados com as características sociodemográficas de quem pede ajuda, com as expectativas de apoio social relativamente às pessoas que prestam a ajuda, ou seja, com o suporte da sua rede social; com factores de personalidade de cada pessoa; e com o contexto social de uma situação indutora de *stress* (Sullivan, Marshall, & Schonert-Reichl, 2002, como citado em Hoar, & Flint, 2008; Rickwood & Braithwaite, 1994).

Algumas características sociodemográficas têm sido estudadas e estas pesquisas revelam que o comportamento de pedir ajuda é influenciado pelo género, idade, etnia, nível de educação parental, estado civil, zona de residência e rendimento da família (Logan & King, 2001). A intenção e comportamento de pedir ajuda parecem, então, ir diminuindo com a idade, ou seja, uma pessoa mais nova terá maior probabilidade de pedir ajuda psicológica do que um idoso (Gurin et al., 1960) e os indivíduos de raça branca pedirão, tendencialmente, mais ajuda do que pessoas de raça negra (Baker, 1977; Gurin et al., 1960; Rosenblatt, & Mayer, 1972, como citado em Gourash, 1978). Também Brown (1978) considera que as características sociodemográficas que podem ser apontadas como relevantes na determinação do pedido de ajuda são a idade e a raça. Os idosos devem, então, ser uma prioridade no que diz respeito à ajuda psicológica, mas também relativamente à exploração da sua rede social (Brown, 1978).

Além disso, algumas investigações indicam o perfil mais comum do indivíduo que pede ajuda: ser jovem, de raça branca, educado, de nível sócio-económico médio, de residência urbana e do sexo feminino (Gourash, 1978; Fischer & Turner, 1970; Garland & Zigler, 1994; Rickwood &

Braithwaite, 1994, como citado em Leong & Zachar, 1999; Logan & King, 2001). A educação e o rendimento familiar parecem não estar directamente relacionadas com o facto de pedir ou não ajuda psicológica (Gourash, 1978). Rickwood e Braithwaite (1994, como citado em Hoar & Flint, 2008) acrescentam ainda que, além de serem as mulheres a pedirem mais ajuda psicológica do que os homens, estas reconhecem mais facilmente que precisam de ajuda psicológica, que confiam mais nos terapeutas e que são mais abertas em termos de relações interpessoais, pelo que recorrem a mais fontes de suporte social. Chang (2008) e Rickwood e Braithwaite (1994) sugerem também que o género está fortemente ligado à atitude de pedir ajuda e que parece ser o factor que mais facilmente predirá o comportamento de pedir ajuda. Também Leong e Zachar (1999) concluem que os homens são menos benevolentes, mais restritivos e menos propensos a pedir ajuda psicológica do que as mulheres. Relativamente a estas conclusões, Leong e Zachar (1999) consideram importante modificar as atitudes masculinas respeitantes à psicoterapia, no sentido de os indivíduos do sexo masculino considerarem o pedido de ajuda como um acto de coragem, para que essa decisão se torne menos assustadora para alguns homens.

No que concerne às variáveis de personalidade, os resultados dos estudos efectuados até então (Amato & Bradshaw, 1985; Strickland, 1978; Wallston & Wallston, 1978, como citado em Rickwood & Braithwaite, 1994; Leong & Zachar, 1999) não são muito conclusivos quanto à influência do *locus* de controlo interno ou externo na decisão de pedir ajuda. No entanto, é consensual que uma maior introspecção ou consciência de si mesmo põe em alerta as pessoas com estas características para detectarem problemas psicológicos e necessidade de pedir ajuda (Mechanic, 1983; Franzoi, 1983; Sherbourne, 1988, como citado em Rickwood & Braithwaite, 1994).

Uma vez consideradas as características de quem pede ajuda, é necessário distinguir duas das formas possíveis de o fazer: de forma informal, recorrendo à rede social de suporte, procurando conforto nas palavras e acções de amigos, familiares, colegas ou vizinhos; ou, formalmente, procurando ajuda psicológica profissional. Inicialmente as pessoas que pedem ajuda tendem a recorrer à família e amigos e, posteriormente, procuram ajuda psicológica profissional (Gourash, 1978; Fallon & Bowles, 2001; Rickwood & Braithwaite, 1994). Segundo Rosenblatt e Mayer (1972, como citado em Gourash, 1978) é menos frequente acontecer o inverso. Estes dois tipos de ajuda, apesar de diferentes, muitas vezes complementam-se.

No que diz respeito à rede social, conhecer alguém que já tivesse pedido ajuda anteriormente parece ser um aspecto fundamental para pedir ajuda psicológica, nomeadamente na população adolescente (Rickwood & Braithwaite, 1994). Um estudo de Tjihuis e colaboradores (1990, como citado em Rickwood & Braithwaite, 1994) revela que o número de amigos chegados parece não influenciar significativamente o pedido de ajuda. Contudo, esta informação também gera alguma controvérsia, dado que Mechanic (1982, como citado em Rickwood & Braithwaite, 1994) aponta que quem tem mais amigos chegados tem menor probabilidade de pedir

ajuda psicológica profissional.

A rede social de suporte influencia de várias formas o comportamento de pedir ajuda: ajudando a lidar com o *stress*, opondo-se ao pedido de ajuda psicológica, dando apoio instrumental e suporte emocional ou, pelo contrário, incentivando e ajudando na tomada de decisão de pedir ajuda profissional (Gourash, 1978). Liem e Liem (1976, como citado em Gourash, 1978) perceberam que quanto maior for a rede social e quantos mais contactos houver entre os seus membros, menor será a necessidade de uma pessoa pedir ajuda psicológica profissional. Por sua vez, Rickwood e Braithwaite (1994) revelam que o mais importante é ter amizades nas quais se pode confiar, relações onde a qualidade e a cumplicidade entre as pessoas são mais relevantes do que propriamente o número de amigos que se tem.

Armstrong, Birnie-Lefcovitch e Ungar (2005) referem que a integração social e o suporte social têm um efeito positivo na satisfação e qualidade de vida das pessoas, mesmo sob condições adversas, e protegem-nas dos efeitos negativos do *stress*.

Quanto aos modelos clássicos relacionados com o pedido de ajuda, todos têm por base a definição de uma situação-problema, a tomada de decisão de pedir ajuda e a selecção da fonte de ajuda de que necessitam. Segundo Fischer, Weiner e Abramowitz (1983, como citado em Logan & King, 2001), alguém que pede ajuda recorre a cinco passos: identificação do problema; verificação das opções existentes para lhe fazer face, tais como o apoio da rede social ou profissional; tomada de decisão de pedir ajuda; experiência de um evento que precipita o pedido de ajuda; e a ajuda propriamente dita. Este processo não tem de seguir obrigatoriamente esta sequência, visto que a ordem pode variar ou até ocorrer mais que um dos passos em simultâneo (Gross & McMullen, 1983, como citado em Logan & King, 2001). Andersen e colaboradores (1973, 1974, 1995, como citado em Logan & King, 2001) conceptualizaram um modelo que se baseia em três influências que fazem com que as pessoas peçam ajuda: necessidade de ajuda devido a problemas psicológicos e a percepção do próprio acerca da sua saúde mental; predisposições da pessoa para pedir ajuda, ou seja, características sociodemográficas que podem influenciar a vontade de pedir ajuda psicológica; e variáveis situacionais, que podem favorecer que o pedido de ajuda psicológica seja feito naquele momento e não noutra.

Relativamente aos factores que podem facilitar ou bloquear a intenção de pedir ajuda, Logan e King (2001) apontam as atitudes relativas à saúde mental, o nível de *stress* experienciado, o conjunto de sintomas do próprio e a sintomatologia parental como exercendo grande influência na questão de pedir ajuda psicológica ou não. A capacidade de resolução de problemas, o auto-controlo e a auto-eficácia parecem estar fortemente ligadas com a tomada de decisão do comportamento de pedir ajuda, segundo diversos autores (Gross & McMullen, 1983; Lazarus, 1991; Newman, 1990, como citado em Hoar & Flint, 2008; Golberstein, Eisenberg, & Gollust, 2008; Sherwood et al., 2007).

Golberstein, Eisenberg e Gollust (2009) mostram ainda que não há uma relação significativa entre o estigma percebido e o acto de pedir ajuda

psicológica. Neste estudo longitudinal, foram apontadas como barreiras ao pedido de ajuda o receio do estigma por parte de outras pessoas e a estigmatização do próprio. Já Fisher e Turner (1970, como citado em Leong & Zachar, 1999) referiam que o receio do estigma – o que é que os outros podem pensar de mim – influenciava a atitude de pedir ajuda psicológica. Golberstein, Eisenberg e Gollust (2008) descobriram que os indivíduos do sexo masculino e os idosos têm mais receio do estigma por parte dos outros do que as mulheres e os jovens. Ainda segundo este estudo, as famílias de nível económico mais baixo têm mais níveis de estigma percebido do que famílias de nível sócio-económico médio ou alto. Contudo, Leong e Zachar (1999) consideram que são as crenças que as pessoas que fazem pedido de ajuda psicológica têm de si próprias por fazerem terapia – estigmatização do próprio – que influenciam fortemente o acto de pedir ajuda. Kushner e Sher (1989, como citado em Leong, & Zachar, 1999) concluem ainda que as pessoas que mais temem fazer terapia são as que reconhecem que precisaram de ajuda no passado e que não a pediram.

Algumas pesquisas sugerem que as atitudes podem predizer fortemente o comportamento de pedir ajuda (Cash, Kehr, & Salzbach, 1978; Fischer & Farina, 1995, como citado em Mackenzie et al., 2004), outras que estas variáveis não estão ligadas (Leaf et al., 1988; Lefebvre, Lesage, Cyr, Toupin, & Fournier, 1998, como citado em Mackenzie et al., 2004) e ainda outros estudos em que as atitudes podem ser preditivas do comportamento de pedir ajuda apenas em algumas situações (Leaf, Livingston, & Tischler, 1986, como citado em Mackenzie et al., 2004).

As atitudes relativamente à saúde mental podem estar relacionadas com o pedido de ajuda psicológica. Segundo Leong e Zachar (1999), as pessoas que têm atitudes positivas quanto à saúde mental pedem mais ajuda do que as que têm uma visão negativa. No entanto, estes autores também concluem que o facto de pedir ajuda não está necessariamente ligado a uma atitude positiva acerca da ajuda psicológica.

Neste sentido, Sherwood, Salkovskis e Rimes (2007) realizaram um estudo acerca de pessoas com depressão e afirmam que o estigma está associado negativamente com o pedido de ajuda psicológica, referindo que é preciso reduzir o estigma associado com a depressão. Sherwood e colaboradores (2007) defendem que fazer cedo o pedido de ajuda psicológica é um factor importante na reabilitação da depressão. Além disso, a capacidade de reconhecer os sintomas depressivos é um dos factores que influencia o pedido de ajuda nestes pacientes.

Sherwood e colaboradores (2007) concluem, no seu estudo, que os anteriores tratamentos realizados influenciam um pedido de ajuda posterior. Nomeadamente, quando se comparam pessoas com depressão que apenas foram medicadas com pessoas que recorreram a psicoterapia anteriormente, conclui-se que estas últimas poderão não precisar de pedir ajuda novamente.

No que diz respeito aos ganhos relativamente a pedir ajuda, alguns estudos (Gurin et al., 1960; Hill, 1969, como citado em Gourash, 1978) mostram que as pessoas que pedem ajuda psicológica profissional ficam satisfeitas com o apoio que recebem. O facto do apoio psicológico ser confidencial pode justificar esta satisfação, visto que a pessoa se sente mais

confortável por saber que não vai ser rotulada como tendo uma desordem mental. Rosenblatt e Mayer (1972, como citado em Gourash, 1978) referem que a ajuda psicológica é mais efectiva do que a de amigos mais próximos, pelo menos em problemas familiares. Segundo Mayer e Timms (1970, como citado em Gourash, 1978), as pessoas só recorrem a ajuda psicológica profissional quando o apoio da rede social de suporte não é suficiente. Contudo, Fallon e Bowles (2001) consideram que há uma subutilização dos serviços de saúde mental.

No que diz respeito aos motivos que levam as pessoas a pedir ajuda, os estudos demonstram que os adultos pedem mais ajuda por problemas que considerem sérios e com atribuição de causa externa e que tendem a pedir menos ajuda por problemas íntimos, que possam apelar mais à estigmatização e que reflectam ineficácia do próprio (Fallon & Bowles, 2001). Segundo Fallon e Bowles (2001), os tipos de problemas mais comuns no meio adolescente são questões educacionais, ligadas aos professores, aos amigos, a relacionamentos com o sexo oposto, escolhas vocacionais e desenvolvimento pessoal.

Poder-se-á afirmar que o papel da família é muito importante no pedido de ajuda, uma vez que o modo como são percebidas as relações familiares interfere com o comportamento de pedir ajuda, nomeadamente nos adolescentes (Fallon & Bowles, 2001)

Além da família ser uma fonte de suporte emocional, o funcionamento entre os seus membros em termos de intimidade, exercício da parentalidade, conflito, harmonia na vida familiar e até o próprio modelo de educação aprendido na infância para lidar com os problemas são variáveis que podem influenciar o pedido de ajuda. A coesão, expressividade e organização familiares fazem com que os adolescentes se sintam mais ajustados e promovem a independência dos mesmos (Fallon & Bowles, 2001; Armstrong, Birnie-Lefcovitch, & Ungar, 2005).

Segundo Powdthavee e Vignoles (2008), o *stress* individual influencia a restante família, dado que, a nível conjugal, estes problemas podem ser transmitidos ao cônjuge. No caso de tal acontecer, este padrão de emoções negativas manifestar-se-á também a nível parental e, conseqüentemente, terá repercussões no subsistema filial, nomeadamente na qualidade de vida e bem-estar das crianças. Assim, quando existem tensões conjugais, provavelmente poderão traduzir-se em tensões no exercício da parentalidade que afectarão as crianças. Os adolescentes do sexo masculino parecem resolver melhor as adversidades com que se deparam e adaptam-se mais facilmente do que as raparigas. Neste sentido, a transmissão de emoções negativas por parte dos pais não afecta tanto o sexo masculino na sua vida em geral.

Apesar de comprovada esta transmissão entre subsistemas, a maioria dos casais com problemas não pede ajuda para Terapia de Casal, pelo menos de imediato (Doss, Rhoades, Stanley, & Markman, 2009). Segundo os mesmos autores, só após seis anos de problemas sérios ao nível conjugal é que o casal resolve pedir ajuda. Quando um casal recorre à Terapia de Casal habitualmente é de nível sócio-económico alto, de raça branca e com alguns estudos e educação. As razões que, habitualmente, fazem com que um casal

peça ajuda são as dificuldades ao nível da expressão do afecto, a percepção de problemas de comunicação, os sintomas depressivos dos cônjuges, a tentativa de melhorar a relação conjugal e as dúvidas relativamente ao divórcio.

A forma como a realidade é construída e percebida pelos sujeitos, ou seja, o significado que atribuem aos acontecimentos de vida, influencia bastante o facto de pedir ou não ajuda, já que há pessoas mais vulneráveis do que outras (Harvey, 1996). Mesmo que um indivíduo recorra à ajuda psicológica, não há garantias de que recupere totalmente (Harvey, 1996). O modelo ecológico defende que são as interações entre o indivíduo, a vulnerabilidade da sua família, o impacto que o evento *stressante* tem nas suas experiências pessoais e os factores contextuais que são responsáveis pelas diferentes formas de reagir perante uma adversidade e o modo como recupera da mesma, sendo, por isso, o ser humano um ser biopsicossocial (Harvey, 1996; Walsh, 2003). Esta perspectiva interliga-se com os conceitos de resiliência e qualidade de vida e realça as forças, a saúde, as competências e o *empowerment* do indivíduo e da sua família (Armstrong, Birnie-Lefcovitch, & Ungar, 2005).

2. Resiliência familiar

A resiliência é definida por Walsh (2003, p.1) como a “capacidade de lidar com e recuperar dos desafios disruptivos da vida”. Existem várias definições possíveis para este conceito, contudo as comunicações que queremos realçar são a capacidade de responder de forma adaptativa e eficaz ao *stress* e de sobreviver a situações de crise, aprendendo com a adversidade a enfrentar desafios futuros (Hawley & DeHaan, 1996; Walsh, 2003).

A resiliência pode ser conceptualizada a nível individual ou familiar. Uma pessoa pode ser mais ou menos resiliente consoante as suas competências e recursos para lidar com situações *stressantes*. Estas forças podem surgir desde a infância ou podem ser adquiridas ao longo do ciclo vital. O modo como estes recursos vão aparecendo na vida está intimamente ligado com experiências anteriores de *stress*, com a forma como lidou com estas situações – estratégias de *coping*, com a personalidade da pessoa e com aspectos contextuais (Hawley & DeHaan, 1996).

Relativamente à resiliência familiar, este conceito surge a partir das ideias sistémicas de que a parte tem influência no todo e de que o todo é mais do que a soma das partes. Neste caso, a família é influenciada pelas capacidades dos elementos que a constituem e a unidade familiar tem uma força diferente do que cada membro individualmente. Hawley e DeHaan (1996, p.7) dão uma definição que nos pareceu encaixar perfeitamente neste conceito: “A resiliência familiar descreve um caminho que uma família segue, adaptando-se e prosperando face ao *stress*, tanto no presente como ao longo do tempo. As famílias resilientes respondem positivamente a estas condições de forma única, dependendo do contexto, nível de desenvolvimento, interacção entre a combinação de factores de risco e protectores, e um olhar familiar partilhado.”

Partindo desta descrição de resiliência familiar, fica claro que as

famílias com adversidades devem ser apelidadas de famílias desafiadas (em vez de desajustadas ou problemáticas), visto que podem conseguir recuperar das dificuldades com que se deparam e favorecer o crescimento dos seus elementos (Walsh, 2003). Neste caso, o suporte da rede social é fundamental para apoiar e encorajar a família a acreditar no seu potencial. Um período de crise é simultaneamente ocasião e risco (Minuchin, 1979, como citado em Relvas 1999), ocasião de crescimento da família e risco de disfuncionamento da mesma. Desta forma, a crise pode ser uma forma da família “acordar” e redefinir prioridades, reaproximar relações e prosseguir com a vida familiar (Walsh, 2003). Cada família tem aspectos comuns com as outras famílias, mas tem também as suas singularidades e uma forma única de enfrentar desafios e de aproveitar as suas forças.

Ao longo do ciclo vital da família, muitos são os desafios que vão surgindo (Alarcão, 2002). O impacto que uma adversidade tem a nível pessoal e familiar relaciona-se com a etapa em que a família está e com a altura em que o problema surge, podendo não constituir problema caso tivesse acontecido noutra fase (Walsh, 2003). Além disso, algumas estratégias utilizadas pelas famílias podem ser adequadas no imediato, mas depois, a longo prazo, podem tornar-se rígidas e disfuncionais (Walsh, 2003).

As forças familiares deram origem a vários modelos baseados nas competências das famílias, como o Modelo Circumplexo da Família, de Olson (1999), que destaca a coesão, a flexibilidade e a comunicação como características familiares chave destas famílias; o Modelo de Forças Familiares, de Stinnett e DeFrain (1985), que realça seis aspectos que tornam as famílias resilientes: compromisso familiar, afecto em relação aos outros elementos da família, comunicação positiva, momentos agradáveis passados em família, bem-estar espiritual e habilidade para enfrentar situações de crise; e o Modelo Australiano de Forças Familiares (1999), que releva oito recursos que as famílias competentes têm: comunicação, proximidade, actividades em conjunto, afecto, suporte, aceitação, compromisso e resiliência (Silberberg, 2001).

A partir destes modelos, Froma Walsh (2003) desenvolveu o seu próprio modelo teórico sobre a resiliência familiar, reforçando a sua visão sobre o conceito enquanto uma capacidade e um processo que se vai construindo ao longo da vida (Mendes, 2008). Deste modo, Walsh (2002, 2003) identificou os processos familiares responsáveis pela redução do *stress* e pela capacidade de fazer face às adversidades e aprender com elas: sistemas de crenças familiares, padrões de organização familiar e processos de comunicação familiar. O sistema de crenças familiares baseia-se na visão que a família tem do mundo, das prioridades que estabelece, das expectativas que tem, crenças e valores que são partilhados pelos membros da família. Este sistema confere unicidade ao sistema familiar através da atribuição conjunta de significado à adversidade (relações são a base da resiliência), de um olhar positivo acerca das situações *stressantes* (esperança, perseverança, espírito “*Yes, we can!*”, aceitar o que não está sob o controlo da família) e da transcendência ou espiritualidade como formas de encontrar conforto, criatividade e soluções perante os problemas. No que diz

respeito aos padrões de organização familiar, estes são relevantes dado que uma situação adversa pode exigir uma reorganização familiar, que pode ganhar forma através da flexibilidade da família (abertura à mudança, capacidade de seguir em frente) e coesão dos seus elementos (suporte e respeito mútuos entre os vários elementos da família), além de se apoiar em recursos económicos (ter alguma segurança em termos monetários) e no suporte social (apoio emocional e material). Finalmente, os processos de comunicação familiar assentam numa clareza da comunicação na família (mensagens consistentes e claras), numa expressão aberta das emoções (partilha de sentimentos, empatia, tolerância, relações agradáveis, humor) e numa colaboração na resolução de problemas (aproveitar oportunidades, decisões partilhadas, foco nos objectivos, aprender com os problemas para enfrentar novos desafios que possam surgir) (Walsh, 2002, 2003; Mendes, 2008).

3. Qualidade de vida familiar

O constructo *qualidade de vida* tem sido amplamente discutido e não existe um consenso relativamente à sua definição e mensuração (Fleck et al., 2008; Almeida, 2009; Cruz, 2009). A saúde parece estar intimamente ligada a este conceito, dado que promove um bem-estar físico, mental e social, que emerge como ponto de partida para a definição de qualidade de vida (Cruz, 2009). O WHOQOL Group (1995, p. 1405, como citado em Mercier, Péladeau & Tempier, 1998; Fleck et al., 2008; Gameiro et al., 2008; Cruz, 2009) apresenta este constructo como a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”. A qualidade de vida é um conceito multidimensional, que inclui vários domínios, tais como a faceta psicológica, ou seja, a percepção que um indivíduo tem do seu estado emocional e cognitivo, a componente física (percepção da sua saúde física), as crenças do próprio, a relação com o contexto envolvente e também o apoio social, relacionado com a percepção que o sujeito tem dos seus relacionamentos interpessoais e dos papéis sociais que o próprio desempenha na vida (Fleck et al., 2008; Cruz, 2009). Cada um destes domínios engloba dimensões ao nível da família e casamento, amizades, casa, educação, emprego, religião, entre outros (Olson et al., 1983).

Frequentemente existe alguma confusão entre os termos qualidade de vida, satisfação pessoal e bem-estar subjectivo. A qualidade de vida comporta uma componente objectiva (social, económica, política e ambiental), mas também uma componente subjectiva, mais difícil de medir, dado estar relacionada com a percepção que a pessoa tem relativamente à sua vida, ou a determinadas áreas de vida (Almeida, 2009). Quando alguém classifica a sua qualidade de vida como boa, provavelmente tem expectativas relativamente à sua vida que têm sido satisfeitas. Pelo contrário, quando surge um problema psicológico, este poderá interferir com a percepção que o sujeito tem da realidade, que é influenciada pela idade e experiência do próprio (Calman, 1987, como citado em Fleck et al., 2008). Caso haja um

problema psicológico, a qualidade de vida diminuirá, pelo menos na componente psicológica, e, provavelmente, criar-se-á um mal-estar que poderá exigir algum suporte da rede social ou mesmo um pedido de ajuda psicológica profissional.

Segundo Mercier, Péladeau e Tempier (1998), o género e a idade influenciam a qualidade de vida individual. Este estudo demonstra que as mulheres entre os 36 e os 45 anos têm menor qualidade de vida e sentem-se menos satisfeitas a nível pessoal do que os homens da mesma idade. Por sua vez, a idade parece contribuir para uma maior integração social, dado que as conclusões desta investigação apontam que os idosos com problemas psicológicos se sentem mais confortáveis com o seu meio e mais satisfeitos com a vida do que os jovens com os mesmos problemas.

No que diz respeito à perspectiva familiar, Olson e colaboradores (1983) defendem que a satisfação com a vida familiar é maior do que com a conjugalidade. Segundo os mesmos autores, as primeiras etapas do ciclo vital reflectem uma maior satisfação do casal em geral, ou seja, a formação do casal e a família com filhos pequenos, enquanto que quando estão na etapa família com filhos adolescentes e saída de casa do primeiro filho a satisfação diminui. Contudo, quando atingem a fase do “ninho vazio” e da reforma, atingem o pico mais alto de satisfação conjugal. Quanto maior for a coesão entre os elementos da família, a flexibilidade e a adaptabilidade à mudança, maior será a qualidade de vida e satisfação de toda a família (Olson et al., 1983). Estas conclusões remetem-nos para a variável anterior - - resiliência familiar - já que a coesão e a flexibilidade são precisamente factores propostos por Walsh (2003), nomeadamente nos padrões organizacionais da família, ou seja, estas características favorecem uma reestruturação e verdadeira mudança perante um acontecimento *stressante* que o exija.

O *stress* faz com que as pessoas tenham uma qualidade de vida menor e uma maior insatisfação conjugal. Quando tal acontece, o pedido de ajuda poderá ser uma solução a equacionar, quer a nível informal, quer formal. Por outro lado, uma boa qualidade de vida e satisfação familiar, provavelmente, reflectir-se-á em menos *stress* e mais recursos e forças, traduzidos numa maior capacidade de resiliência familiar (Olson et al., 1983).

II - Objectivos

2.1- Objectivo geral

Este estudo exploratório está inserido numa linha de investigação mais ampla, que estuda as variáveis *Stress*, *Coping*, Qualidade de vida e Resiliência Familiares. Às variáveis Qualidade de vida familiar e Resiliência familiar, acrescentámos uma outra que considerámos pertinente estudar, o Pedido de Ajuda Psicológica. Para isso, utilizámos **duas sub-amostras** da população geral, consoante a resposta a uma das perguntas do Questionário Sócio-Demográfico (“Já alguma vez a sua família recorreu a algum tipo de

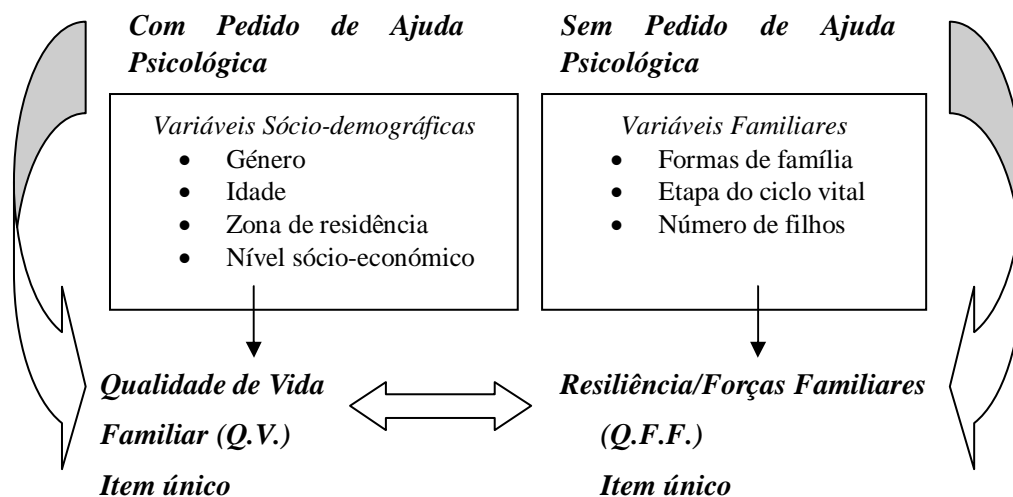
ajuda psicológica?”): uma com **sujeitos que referiram que alguém na sua família pediu ajuda psicológica** e outra com **sujeitos que responderam que ninguém na sua família pediu ajuda psicológica**.

2.2- Objectivos específicos

Os objectivos específicos deste estudo são:

- Avaliar se existem diferenças entre os dois subgrupos amostrais, os que referiram que alguém na sua família pediu ajuda psicológica e os que responderam que ninguém pediu, relativamente à qualidade de vida e resiliência familiares;
- Perceber se a variável “pedido de ajuda psicológica” interfere na qualidade de vida e resiliência familiares;
- Explorar a influência das variáveis sócio-demográficas – género, idade, zona de residência e nível sócio-económico – e familiares – formas de família, etapa do ciclo vital, número de filhos – na qualidade de vida e resiliência familiares;
- Explorar a relação entre a percepção geral dos inquiridos acerca da sua qualidade de vida e resiliência familiares e os resultados obtidos no Qualidade de Vida e no Questionário das Forças Familiares.

Com o intuito de esquematizar os objectivos desta investigação, criámos um modelo conceptual, que apresentamos de seguida.



III - Metodologia

3.1.1- Caracterização da amostra

A amostra geral deste estudo é constituída por 121 inquiridos, dos

quais 94 são sujeitos que referiram que ninguém na sua família fez pedido de ajuda psicológica e 27 são sujeitos em que alguém na sua família pediu ajuda psicológica.

Relativamente aos **sujeitos que referiram que ninguém na sua família fez pedido de ajuda psicológica**, a faixa etária mais prevalente é a dos 30 aos 39 anos (25.5%). A classe etária que aparece logo de seguida é a dos 40 aos 49 anos (23.4%). No que diz respeito ao género, 31.9% são do sexo masculino e 68.1% são do sexo feminino. A zona de residência¹ que se destaca, nesta sub-amostra, é a predominantemente urbana, já que corresponde a 37.2% dos sujeitos, embora a medianamente urbana se situe muito próximo desta, com 35.1%. Relativamente ao estado civil, 89.4% dos inquiridos são casados. No que concerne às profissões², as que mais predominam são os Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas (19.1%) e o Pessoal dos Serviços e Vendedores, que correspondem a 14.9%. Em relação às habilitações literárias, 26.6% tem o ensino superior e 19.1% tem o 9º ano. Quanto ao nível sócio-económico³, a maioria da sub-amostra (61.7%) pertence a um nível médio.

No que concerne às variáveis familiares, destaca-se que 37.0% tem um filho e 32.1% tem dois filhos, 24.5% está na etapa do ciclo vital⁴ Família Lançadora e 20.2% na etapa Casal sem Filhos e que a grande maioria dos inquiridos (90.4%) pertence a uma Família Nuclear Intacta.

No que concerne aos respondentes que afirmaram que **alguém na sua família fez pedido de ajuda psicológica**, a faixa etária dominante é dos 40 aos 49 anos, já que 29.6% desta sub-amostra pertence a esta classe etária, seguida da faixa dos 30 aos 39 anos (22.2%). Relativamente ao género, a maioria dos respondentes que pediram ajuda psicológica são do sexo feminino (70.4%) e 29.6% dos inquiridos são do sexo masculino. No que diz respeito à zona de residência⁵, destaca-se a zona medianamente urbana (51.9%). No que concerne ao estado civil, 85.2% dos inquiridos são casados. Relativamente às profissões das pessoas que responderam que alguém da família fez pedido de ajuda psicológica, as que mais se destacam são Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas (22.2%), Pessoal dos Serviços e Vendedores (22.2%) e Reformado (22.2%). No que concerne às habilitações literárias, o ensino superior é o que reuniu mais respondentes (25.9%), logo seguido do 9º ano (22.2%) e do 12º ano (22.2%). Quanto ao nível sócio-económico, 70.4% dos inquiridos que pediram ajuda são do nível médio.

No que diz respeito às variáveis familiares dos sujeitos que afirmaram que alguém na sua família pediu ajuda psicológica, destaca-se

¹ Para a definição desta tipologia utilizámos os critérios da Tipologia de Áreas Urbanas do Instituto Nacional de Estatística e Direcção Geral do Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano em 1998.

² Referimo-nos à Classificação Nacional das Profissões do INE (1998).

³ Para distinguirmos estes níveis sócio-económicos baseamo-nos na proposta de Simões (1994).

⁴ A proposta que seguimos para as etapas do ciclo vital é a de Olson e colaboradores (1983).

que 42.9% tem um filho, que 29.6% pertence à etapa do ciclo vital Família Lançadora e que a grande maioria dos sujeitos desta sub-amostra (85.2%) fazem parte de uma Família Nuclear Intacta.

Para uma leitura mais completa dos dados, foram elaboradas duas tabelas (1 e 2), uma que diz respeito às variáveis sócio-demográficas e outra às variáveis familiares.

Tabela 1. Características Sócio-Demográficas

Variáveis	Pedido de Ajuda Psicológica		
	Sem Pedido (n=94) N, %	Com Pedido (n=27) N, %	Total (N=121) N, %
Idade			
20-29 anos	17 (18.1%)	3 (11.1%)	20 (16.5%)
30-39 anos	24 (25.5%)	6 (22.2%)	30 (24.8%)
40-49 anos	22 (23.4%)	8 (29.6%)	30 (24.8%)
50-59 anos	17 (18.1%)	5 (18.5%)	22 (18.2%)
Mais de 60 anos	14 (14.9%)	5 (18.5%)	19 (15.7%)
Género			
Masculino	30 (31.9%)	8 (29.6%)	38 (31.4%)
Feminino	64 (68.1%)	19 (70.4%)	83 (68.6%)
Zona de residência			
Predominantemente urbano	35 (37.2%)	7 (25.9%)	42 (34.7%)
Medianamente urbano	33 (35.1%)	14 (51.9%)	47 (38.8%)
Predominantemente rural	26 (27.7%)	6 (22.2%)	32 (26.4%)
Estado Civil			
Solteiro	3 (3.2%)	0 (0%)	3 (2.5%)
Casado	84 (89.4%)	23 (85.2%)	107 (88.4%)
Viúvo	2 (2.1%)	2 (7.4%)	4 (3.3%)
Divorciado	4 (4.3%)	1 (3.7%)	5 (4.1%)
Recasado	1 (1.1%)	1 (3.7%)	2 (1.7%)
Profissão			
Quadros Superiores de Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	2 (2.1%)	0 (0%)	2 (1.7%)
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	18 (19.1%)	6 (22.2%)	24 (19.8%)
Técnicos e Profissionais de nível intermédio	10 (10.6%)	3 (11.1%)	13 (10.7%)
Pessoal Administrativo e	13 (13.8%)	4 (14.8%)	17 (14.0%)

Similares			
Pessoal dos Serviços e Vendedores	14 (14.9%)	6 (22.2%)	20 (16.5%)
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	0 (0%)	1 (3.7%)	1 (0.8%)
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	4 (4.3%)	0 (0%)	4 (3.3%)
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	4 (4.3%)	0 (0%)	4 (3.3%)
Trabalhadores não qualificados	1 (1.1%)	0 (0%)	1 (0.8%)
Doméstica	10 (10.6%)	0 (0%)	10 (8.3%)
Estudante	3 (3.2%)	1 (3.7%)	4 (3.3%)
Desempregado	3 (3.2%)	0 (0%)	3 (2.5%)
Reformado	12 (12.8%)	6 (22.2%)	18 (14.9%)
Habilitações literárias			
< 4º Ano	3 (3.2%)	0 (0%)	3 (2.5%)
4º Ano	18 (19.1%)	3 (11.1%)	21 (17.4%)
6º Ano	10 (10.6%)	4 (14.8%)	14 (11.6%)
9º Ano	18 (19.1%)	6 (22.2%)	24 (19.8%)
12º Ano	16 (17.0%)	6 (22.2%)	22 (18.2%)
Ensino Médio	4 (4.3%)	1 (3.7%)	5 (4.1%)
Ensino Superior	25 (26.6%)	7 (25.9%)	32 (26.4%)
Nível sócio-económico			
Nível Baixo	31 (33.0%)	6 (22.2%)	37 (30.6%)
Nível Médio	58 (61.7%)	19 (70.4%)	77 (63.6%)
Nível Alto	5 (5.3%)	2 (7.4%)	7 (5.8%)

Tabela 2. Características Familiares

Variáveis	Pedido de Ajuda Psicológica		
	Sem Pedido (n=94)	Com Pedido (n=27)	Total (N=121)
Nº de filhos *missing=19	N, %	N, %	N, %
0	19 (23.5%)	5 (23.8%)	24 (23.5%)
1	30 (37.0%)	9 (42.9%)	39 (38.2%)
2	26 (32.1%)	6 (28.6%)	32 (31.4%)
3	6 (7.4%)	1 (4.8%)	7 (6.9%)
Etapa do ciclo vital (N, %)			
Casal sem filhos	19 (20.2%)	4 (14.8%)	23 (19.0%)
Filhos pequenos ou	12 (12.8%)	1 (3.7%)	13 (10.7%)

pré-escolar			
Filhos na escola	11 (11.7%)	4 (14.8%)	15 (12.4%)
Filhos adolescentes	12 (12.8%)	4 (14.8%)	16 (13.2%)
Família Lançadora	23 (24.5%)	8 (29.6%)	31 (25.6%)
Ninho Vazio	7 (7.4%)	1 (3.7%)	8 (6.6%)
Idosos	10 (10.6%)	5 (18.5%)	15 (12.4%)
Formas de família (N, %)			
Nuclear intacta	85 (90.4%)	23 (85.2%)	108 (89.3%)
Pós-Divórcio	4 (4.3%)	1 (3.7%)	5 (4.1%)
Reconstituída	3 (3.2%)	1 (3.7%)	4 (3.3%)
Outra Constelação	2 (2.1%)	2 (7.4%)	4 (3.3%)

Consideramos ainda pertinente referir as variáveis específicas do grupo pessoas em que alguém da família pediu ajuda psicológica, que iremos estudar (Tabela 3).

Tabela 3. Variáveis específicas do grupo com pedido de ajuda psicológica

	Com pedido de ajuda psicológica	N, %
Tipo de instituição	Centro de saúde	2 (7.7%)
	Hospital	4 (15.4%)
	Consultório/Centro privado	18 (69.2%)
	IPSS	1 (3.8%)
	Outros	1 (3.8%)
Motivo do pedido	Tentativas de suicídio, depressão	1 (3.8%)
	Perturbações de ansiedade	3 (11.5%)
	Dificuldades na escola, rendimento, comportamento	4 (15.4%)
	Outras patologias	7 (26.9%)
	Luto	1 (3.8%)
	Outros	10 (38.5%)
	Tipo de pedido	Terapia Individual
Terapia de Casal		1 (3.8%)
Duração do apoio	Menos de 6 meses	7 (29.2%)
	De 6 meses a 1 ano	11 (45.8%)
	1 ano e meio	2 (8.3%)
	De 2 a 4 anos	4 (16.7%)
Ainda tem apoio	Sim	8 (30.8%)
	Não	18 (69.2%)

Relativamente ao tipo de instituição que este grupo procurou para pedir ajuda, destaca-se os consultórios privados (69.2%). Já no motivo do pedido são outros problemas não especificados (38.5%) que levam as pessoas ou algum familiar a pedir ajuda. O tipo de pedido solicitado é, na sua maioria, Terapia Individual (96.2%). No que diz respeito à duração do

apoio, 45.8% das pessoas desta sub-amostra tiveram apoio entre 6 meses e um ano, sendo que a maioria já não mantém esse apoio actualmente (69.2%).

3.1.2 - Estudos de comparabilidade

Foram realizados testes de comparabilidade entre as duas sub-amostras, através dos testes *Qui-Quadrado* e *T-Student*, e verificámos que estas são equivalentes em todas as variáveis. Contudo, a equivalência é mais evidente nas variáveis *género* [$X^2(1)=0.051$, $p=0.822$], *filhos* [$X^2(3)=0.385$, $p=0.943$], *etapa do ciclo vital* [$X^2(6)=3.869$, $p=0.694$] e *formas de família* [$X^2(3)=1.865$, $p=0.601$].

3.2 - Instrumentos

3.2.1. Questionário Sócio-demográfico

O questionário demográfico contém informações pertinentes para um estudo como este. Dele fazem parte variáveis como idade, género, profissão, nível de escolaridade, estado civil, local de residência, nacionalidade, religião, composição do agregado familiar, sendo necessário preencher neste espaço o parentesco, a idade, o género, profissão e nível de escolaridade. A etapa do ciclo vital e o nível sócio-económico são campos a preencher no final pelo investigador. Além destas variáveis, questiona-se também se existe alguém com doença na família e, em caso afirmativo, quem, qual a doença, o tipo específico, o tipo de acompanhamento, a fase de evolução, a situação actual, o impacto da doença e a gravidade da mesma. A questão seguinte está relacionada com o falecimento de alguém próximo e com a forma como se sente no momento presente relativamente a esse acontecimento. É ainda perguntado se alguém significativo para o inquirido se divorciou e, caso tal se verifique, quem, se era esperado ou inesperado, há quanto tempo se divorciou e impacto na sua vida. Além disso, questiona-se se já alguma vez a família do inquirido recorreu a ajuda psicológica e, em caso de ter recorrido, que tipo de instituição, qual o motivo do pedido, o tipo de pedido, quanto tempo tiveram apoio e se ainda o mantêm naquele momento. É também pedido ao inquirido para colocar por ordem de importância o apoio com que mais pode contar do mais importante para o menos importante. Por fim, há questões que avaliam, genericamente, com uma escala de Likert de 5 pontos (1=muito pouco, 5=muitíssimo), como é que o respondente percebe a *stress*, a qualidade de vida, as forças/capacidades e a adaptação da sua família.

3.2.2. Qualidade de Vida – QV

O questionário Qualidade de Vida (Olson et. al, 1982) foi adaptado em 2007 e validado em 2008 pelo NUSIAF – área de Sistémica. Existem duas versões do mesmo, uma para adolescentes e outra para pais, tendo sido esta última a utilizada neste estudo. A versão para pais possui quarenta itens que procuram saber qual o nível de satisfação com os diversos factores que

este questionário avalia: “casamento e vida familiar”, “amigos”, “saúde”, “casa”, “educação”, “tempo”, “religião”, “emprego”, “*mass media*” e “vizinhança e comunidade”. É usada uma escala de Likert de 5 pontos (1=insatisfeito, 2=pouco satisfeito, 3=geralmente satisfeito, 4=muito satisfeito, 5=extremamente satisfeito) para responder ao grau de satisfação do inquirido relativamente às várias dimensões mencionadas.

Este questionário foi traduzido e adaptado para Portugal no ano lectivo de 2006/2007 por um grupo de investigadores do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, sub-área de Sistémica, Saúde e Família, que usaram uma amostra de 260 sujeitos, dos quais 34.2% eram do sexo masculino e 65.8% do sexo feminino. No ano lectivo seguinte, 2007/2008, foi realizada a validação para a população portuguesa, com uma amostra de 297 sujeitos (Simões, 2008), obtendo-se uma média de respostas de 125.49, um desvio-padrão de 20.08 e um *alpha* de Cronbach de **0.922**. Foram encontrados onze factores através do método de rotação Varimax: “Bem-estar financeiro”, “Tempo”, “Vizinhança e Comunidade”, “Casa”, “*Mass Media*”, “Relações sociais e Saúde”, “Emprego”, “Religião”, “Família e Conjugalidade”, “Filhos” e “Educação”. Para ilustrarmos a estrutura factorial do Qualidade de Vida, foi elaborada a tabela que se segue, na qual nos basearemos nas análises que irão ser feitas posteriormente.

Tabela 4. Estrutura factorial do Qualidade de Vida e índices de consistência interna

Factores	Nº dos itens	Alpha
Bem-Estar Financeiro	20, 29, 30, 31, 33, 34	0.891
Tempo	16, 17, 18, 19	0.979
Vizinhança e Comunidade	35, 36, 37, 38, 39, 40	0.888
Casa	9, 10, 11, 12, 13	0.900
<i>Mass Media</i>	26, 27, 28	0.805
Relações Sociais e Saúde	5, 6, 7, 8	0.735
Emprego	23, 24	0.739
Religião	21, 22	0.971
Família e Conjugalidade	1, 2	0.797
Filhos	3, 4	0.796
Educação	14, 15	0.825

Verificámos a consistência interna para a amostra utilizada, estando essa análise descrita no quadro abaixo.

Tabela 5. Consistência interna para a amostra utilizada - QV

Alpha de Cronbach	Média	Desvio-Padrão	Total de itens
0.926	123.81	18.155	40

Nesta amostra, obtivemos um *alpha* de Cronbach de **0.926** (M=123.81; DP=18.155), o que indica uma boa consistência interna para a uniformidade entre os itens. Os valores mínimos de consistência interna são 0.70 (Pallant, 2001), contudo há autores que defendem que a partir de 0.80 (Pestana & Gageiro, 2005) é que se pode considerar um bom coeficiente de consistência interna.

Além da consistência interna, foi realizada também a correlação entre os itens e a escala total e o valor do *alpha* de Cronbach no caso daquele item ser retirado da escala.

Tabela 6. Correlação Item-Total e valor do *alpha* de Cronbach na eliminação do item para o QV

QV	Correlação Item-Total Corrigido	Alpha de Cronbach sem o item
Q Casamento 1	.537	.924
Q Casamento 2	.510	.924
Q Casamento 3	.227	.927
Q Casamento 4	.380	.926
Q Amigos 5	.392	.925
Q Amigos 6	.366	.926
Q Saúde 7	.467	.925
Q Saúde 8	.443	.925
Q Casa 9	.680	.922
Q Casa 10	.556	.924
Q Casa 11	.614	.923
Q casa espaço 12	.579	.923
Q casa espaço 13	.671	.922
Q Educação 14	.457	.925
Q Educação 15	.634	.923
Q Tempo 16	.407	.925
Q Tempo 17	.440	.925
Q Tempo 18	.422	.925
Q Tempo 19	.318	.926
Q Tempo 20	.605	.923
Q Religião 21	.455	.925
Q Religião 22	.189	.927
Q Emprego 23	.495	.924
Q Emprego 24	.489	.924
Q <i>Mass media</i> 25	.429	.925
Q <i>Mass media</i> 26	.246	.927
Q <i>Mass media</i> 27	.245	.926
Q rendimento 28	.496	.924
Q rendimento 29	.527	.924
Q rendimento 30	.719	.922
Q rendimento 31	.613	.923
Q rendimento 32	.208	.928
Q rendimento 33	.581	.923
Q rendimento 34	.705	.922
Q vizinhança 35	.375	.925
Q vizinhança 36	.436	.925
Q vizinhança 37	.585	.924
Q vizinhança 38	.523	.924
Q vizinhança 39	.408	.925
Q vizinhança 40	.461	.925

Segundo Moreira (2004), as correlações item-total corrigido desta escala devem ser superiores a 0.30, caso se situem abaixo deste valor, podem ser consideradas desnecessárias. De acordo com o quadro anterior, podemos verificar que os itens Q Casamento 3, Q Religião 22, Q *Mass Media* 26, Q *Mass Media* 27 e Q Rendimento 32 estão pouco relacionados com a escala total. No entanto, se estes fossem retirados não melhoravam significativamente a consistência interna do QV e, por isso, optámos por mantê-los, visto contribuírem de forma positiva nesta escala.

3.2.3. Questionário de Forças Familiares – QFF

O Questionário das Forças Familiares (Melo & Alarcão, 2007) tem por base os processos de resiliência familiar propostos por Froma Walsh (2003): sistema de crenças familiares, processos organizacionais e comunicação e resolução de problemas. É constituído por 29 itens, nos quais se pretende que os inquiridos assinalem a opção mais parecida com a família deles, numa escala de Likert de 5 pontos (1=nada parecidas, 2=pouco parecidas, 3=mais ou menos parecidas, 4=bastante parecidas, 5=totalmente parecidas). A avaliação da validade de constructo e fidelidade desta escala foi feita por Mendes, em 2008, constituindo o primeiro estudo psicométrico da mesma. Através dos valores do *alpha* de Cronbach, foi avaliada a fidelidade da escala total e dos seis factores que a constituem. Relativamente à escala total, a consistência interna da amostra deste estudo, de 211 sujeitos, revelou um valor de *alpha* de **0.932**. Os seis factores que resultaram da análise de componentes principais explicam 65.250% da variância total, pelo que os três processos que serviam de base a este questionário – Crenças, Padrões Organizacionais e Comunicação/Resolução de Problemas – propostos pelo modelo teórico de Walsh, foram convertidos em seis factores (Mendes, 2008). Destes, as subescalas “Individualidade” e “Apoio Social” foram as que obtiveram valores mais baixos do *alpha* de Cronbach, apresentando, contudo, valores ainda razoáveis. A consistência interna de cada factor será descrita na tabela que se segue.

Tabela 7. Estrutura factorial do QFF e consistência de cada sub-escala

Factores	Nº dos itens	Alpha
Crenças e Comunicação	10, 11, 15, 16, 21, 24, 25, 26, 28	0.89
Capacidade de adaptação	23, 20, 22, 18	0.80
Clima familiar positivo e coesão	1, 2, 3, 6, 14	0.85
Organização da vida familiar e tomada de decisão	5, 9, 12, 13, 29	0.80
Individualidade	4, 7, 8	0.74
Apoio social	17, 19, 27	0.70

Realizámos ainda, para a nossa amostra, uma análise da consistência interna da escala (Tabela 8), tendo-se obtido um valor de *alpha* de Cronbach de **0.940**, sendo a média de resposta da escala total de 106.85 e o desvio-

padrão 18.565. Este valor de *alpha* é relevante e próximo do valor obtido no estudo original de Mendes (2008).

Tabela 8. Consistência interna para a amostra utilizada - QFF

<i>Alpha de Cronbach</i>	Média	Desvio-Padrão	Total de itens
0.940	106.85	18.565	40

Torna-se pertinente ainda, tal como foi feito com o Qualidade de Vida, analisar a correlação entre os itens e a escala total do Questionário das Forças Familiares e também o valor de *alpha* de Cronbach, caso esse item fosse retirado da escala. Estes valores estão descritos na tabela abaixo.

Tabela 9. Correlação Item-Total e valor do *alpha* de Cronbach na eliminação do item para o QFF

QFF	Correlação Item-Total Corrigido	<i>Alpha de Cronbach</i> sem o item
Forças1	.528	.938
Forças2	.609	.938
Forças3	.761	.936
Forças4	.648	.937
Forças5	.694	.936
Forças6	.722	.936
Forças7	.634	.937
Forças8	.570	.938
Forças9	.590	.938
Forças10	.700	.937
Forças11	.770	.936
Forças12	.589	.938
Forças13	.655	.937
Forças14	.763	.936
Forças15	.768	.936
Forças16	.784	.936
Forças17	.487	.939
Forças18	.542	.938
Forças19	.703	.937
Forças20	.717	.936
Forças21	.639	.937
Forças22	.483	.939
Forças23	.683	.937
Forças24	.725	.936
Forças25	.717	.937
Forças26	.633	.937
Forças27	.524	.938
Forças28	.178	.960
Forças29	.755	.936

Analisando cada item com a escala total, destaca-se apenas um item, o Forças28, com uma fraca correlação com a escala total, estando abaixo de

0.30. No entanto, visto não alterar significativamente a consistência interna do QFF, optámos por não o retirar.

3.3 - Procedimentos de investigação

A amostra geral deste estudo exploratório é uma amostra de conveniência (Pais-Ribeiro, 1999; Maroco, 2007) recolhida de Janeiro a Maio de 2009, colectivamente pelas colegas do ano lectivo 2008/2009 do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica – sub-área de Sistémica, Saúde e Família, que elaboraram a base de dados a partir da qual trabalhámos. As sub-amostras que a constituem estão divididas consoante a variável principal a estudar: o pedido de ajuda psicológica, pelo que foi constituída uma sub-amostra com **sujeitos que referiram que alguém na sua família tinha pedido ajuda psicológica (com pedido de ajuda)** e outra com **sujeitos que responderam que ninguém na sua família tinha pedido ajuda psicológica (sem pedido de ajuda)**. A todos os sujeitos, de ambos os grupos, foi pedido que preenchessem um protocolo que compreendia o Questionário Sócio-demográfico, o Qualidade de Vida – versão parental (NUSIAF-Sistémica, 2007) e o Questionário das Forças Familiares (Melo & Alarcão, 2007). No final, o investigador preencheria alguns dados, como o nível sócio-económico do respondente (Simões, 1994) e a etapa do ciclo vital em que se encontrava (Olson et al., 1983).

Aquando da recolha da amostra, as colegas explicaram os objectivos gerais da investigação e deram informações acerca do projecto, garantindo aos participantes que as suas respostas seriam anónimas e confidenciais. Os inquiridos tiveram a liberdade de levar os questionários para casa e preenchê-los individualmente, devolvendo-os, posteriormente.

3.4 - Procedimentos estatísticos

Para testar o nosso modelo conceptual foram realizadas várias análises estatísticas, através de testes paramétricos (ANOVA *Two-Way* e *Three-Way*, Coeficiente de Correlação de *Pearson*, *Qui Quadrado* e *T-Student*) e não paramétricos (*Mann-Whitney* e Coeficiente de Correlação de *Spearman Ró*), consoante o tamanho da amostra, a normalidade e homogeneidade verificadas em cada dimensão das escalas e os objectivos a que nos propomos. O programa estatístico utilizado para efectuar estas análises foi o SPSS, versão 17.

Com o intuito de testar a normalidade da distribuição dos dados, foi utilizado o teste *Kolmogorov-Smirnov*, tendo em conta o tamanho da amostra total (N=121). Para analisar a homogeneidade das variâncias populacionais foi usado o teste de *Levene*. Apesar de nem todas as dimensões do Qualidade de Vida e do Questionário das Forças Familiares cumprirem o pressuposto da normalidade, todas são homogéneas e as escalas totais cumprem a normalidade ($p > 0.05$), pelo que podemos utilizar testes paramétricos (Maroco, 2007). Apenas foi usado o teste *Mann-Whitney* para comparar as duas amostras independentes, dado que uma das sub-amostras é inferior a 30 sujeitos (n=27). O teste do *Qui-Quadrado*, usado nas variáveis

qualitativas, e *T-Student*, usado em variáveis quantitativas, foram igualmente utilizados neste estudo para verificar se as sub-amostras são equivalentes ou diferem nalguma variável (Maroco, 2007).

IV - Resultados

Através do teste do *Qui Quadrado* e *T-Student*, verificou-se que as amostras são equivalentes relativamente às variáveis sócio-demográficas e familiares, como foi mencionado anteriormente.

Começámos, então, por usar o teste *Mann-Whitney* para cumprir o nosso primeiro objectivo – verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre as duas sub-amostras “com pedido de ajuda” e “sem pedido de ajuda”, relativamente às variáveis dependentes (factores do Qualidade de Vida e do Questionário das Forças Familiares).

Os resultados que obtivemos no que diz respeito ao Qualidade de Vida revelam que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma dimensão ($p > 0.05$), embora no factor 9 – Família e Conjugalidade – as diferenças se aproximem mais da significância ($U=880.5$; $W=1231.5$; $p=0.058$), tendo pontuado mais nesta dimensão os sujeitos que referiram que **ninguém na família deles fez pedido de ajuda** ($M=8.30$; $DP=1.57$), comparativamente aos que afirmam que **alguém da sua família pediu ajuda** ($M=7.50$; $DP=2.08$).

Relativamente ao Questionário das Forças Familiares, também não existem diferenças estatisticamente significativas entre as duas sub-amostras.

Optámos então por, a partir daqui, fazer as análises estatísticas com a amostra total, visto não existirem diferenças entre as sub-amostras e podermos trabalhar com um n maior.

Para testar o nosso modelo conceptual, aplicámos *ANOVA Two-Way* e *Three-Way*, com o objectivo de analisar se as hipóteses descritas na literatura se verificavam no nosso estudo também. Para isso, agrupámos as variáveis sócio-demográficas e familiares que pretendíamos estudar e a VI principal *Pedido de Ajuda Psicológica* para perceber o efeito destas nas nossas VDs *Qualidade de Vida* e *Resiliência Familiares*.

A literatura anterior apontava para uma influência do género e da idade no pedido de ajuda psicológica. No nosso estudo, os resultados encontrados demonstram que a idade tem uma influência significativa no Qualidade de Vida total ($F(4,52)=3.75$; $p=0.009$), embora a interacção entre as variáveis género, idade e ajuda psicológica não sejam significativas, nem o efeito das variáveis género e ajuda psicológica isoladamente. Relativamente às variáveis zona de residência, nível sócio-económico e à interacção entre estas, os resultados obtidos também não foram estatisticamente significativos no QV total, como podemos verificar na tabela abaixo.

Tabela 10 – Efeito das variáveis independentes na Qualidade de Vida Total

QV Total	ANOVA		
	df	F	Sig.

Ajuda Psicológica	1	0.294	0.590
Género	1	0.145	0.705
Idade	4	3.756	0.009
Ajuda Psicológica*Género	1	2.243	0.140
Ajuda Psicológica*Idade	3	2.037	0.120
Género*Idade	4	0.992	0.420
Ajuda Psicológica*Género*Idade			
Zona de residência	2	0.151	0.861
Nível sócio-económico	2	1.844	0.168
Ajuda Psicológica*Zona de residência	2	2.638	0.081
Ajuda Psicológica*Nível sócio-económico	2	2.164	0.125
Zona de residência*Nível sócio-económico	2	1.701	0.192
Ajuda psicológica*Zona de residência*Nível sócio-económico	1	0.598	0.443

Relativamente à dimensão 6 do Qualidade de Vida – *Relações Sociais e Saúde* – foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa na interacção entre a ajuda psicológica e o nível sócio-económico ($F(2,111)=4.06;p=0.020$), não tendo sido reveladas quais seriam essas diferenças no teste *à posteriori* Bonferroni que utilizámos.

No que diz respeito ao Questionário das Forças Familiares, a literatura apontava para uma influência da interacção entre a idade, a etapa do ciclo vital e o pedido de ajuda psicológica. Neste estudo, o efeito mais próximo da significância foi o da idade nas forças familiares ($F(4,91)=2.37;p=0.058$).

Para cumprir outros dos nossos objectivos, foram aplicadas ANOVA *Two-Way* e *Three-Way*, com o intuito de verificar se as variáveis sócio-demográficas e familiares e a VI principal – pedido de ajuda psicológica – interferem com as nossas VDs (Qualidade de Vida e Questionário das Forças Familiares). As variáveis sócio-demográficas e familiares foram agrupadas consoante as hipóteses encontradas previamente na literatura.

Tendo como VD o Qualidade de Vida, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente ao género, idade, nível sócio-económico, zona de residência, ciclo vital e filhos, contudo há diferenças estatisticamente significativas na interacção entre formas de família e ciclo vital ($F(1,42)=5.01;p=0.031$), não tendo sido reveladas estas diferenças no teste *à posteriori* Bonferroni que utilizámos. Obtivemos ainda um resultado significativo quando a VD é o Qualidade de Vida relacionando-se com o Questionário das Forças Familiares ($F(32,9)=4.13;p=0.015$), embora as variáveis filhos, ciclo vital e a interacção entre estas pareça não influenciar os resultados obtidos no QV. Explorámos ainda a relação entre o factor 9 do Qualidade de Vida – Família e

Conjugalidade – com a etapa do ciclo vital e com o pedido de ajuda psicológica, visto que a literatura evidenciava esta influência. No entanto, não foram obtidas diferenças neste estudo, no que diz respeito à interacção da ajuda psicológica com a etapa do ciclo vital ($F(6,101)=1.18;p=0.322$) nesta dimensão do QV. Contudo, a etapa do ciclo vital aproxima-se da significância neste factor da Família e Conjugalidade ($F(6,101)=2.14;p=0.055$). Surgia também evidência científica de que o factor 6 do Qualidade de Vida – Relações Sociais e Saúde – estaria relacionado com a interacção entre a ajuda psicológica e a idade, o que veio a confirmar-se nesta investigação ($F(4,107)=2.69;p=0.035$), além de que a idade tem também um efeito significativo neste factor do QV ($F(4,107)=3.31;p=0.013$). A literatura apontava ainda para, no mesmo factor do QV, existir relação entre ajuda psicológica e ciclo vital, tendo sido encontrado resultados semelhantes neste estudo ($F(6,103)=3.11;p=0.008$), bem como relativamente ao efeito da etapa do ciclo vital, por si só, neste factor ($F(6,103)=2.61;p=0.021$).

Por sua vez, quando usámos o Questionário das Forças Familiares como VD, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis sócio-demográficas nem familiares, embora a literatura apontasse para um efeito da etapa do ciclo vital nos resultados do QFF e que quanto melhor a percepção da qualidade de vida familiar, melhores as forças familiares.

Para verificar as relações entre as escalas totais e dimensões do Qualidade de Vida e do Questionário das Forças Familiares, fizemos o Coeficiente de Correlação de *Pearson*, cujos resultados descrevemos abaixo.

Tabela 11. Correlações de *Pearson* – dimensões do QV e o QFF Total com QV Total

Correlação de <i>Pearson</i> com QV Total	
Bem-Estar Financeiro (n=68)	r=0.844**
Tempo (n=68)	r=0.496**
Vizinhança e Comunidade (n=68)	r=0.727**
Casa (n=68)	r=0.799**
Mass Media (n=68)	r=0.449**
Relações Sociais e Saúde (n=68)	r=0.623**
Emprego (n=68)	r=0.577**
Religião (n=68)	r=0.460**
Família e Conjugalidade (n=68)	r=0.588**
Filhos (n=68)	r=0.476**
Educação (n=68)	r=0.691**
QFF Total (n=66)	r=0.508**

** p< 0.01

Destacamos as correlações mais altas, que revelam uma maior associação positiva entre o Bem-Estar Financeiro e o Qualidade de Vida Total e a Casa e o Qualidade de Vida Total. No entanto, os outros dados revelam valores de correlação entre moderados ($r>0.4;r<0.69$) e altos

($r > 0.7$; $r < 0.89$), de acordo com Pestana e Gageiro (2005).

Tabela 12. Correlações de Pearson – dimensões do QFF e o QV Total com QFF Total

Correlação de Pearson com QFF Total	
Crenças e Comunicação = 0.930**	
(n=118)	
Capacidade de adaptação (n=118)	r=0.835**
Clima Familiar Positivo e Coesão (n=118)	r=0.899**
Organização da Vida Familiar e Tomada de Decisão (n=118) r=0.900**	
Individualidade (n=118)	r=0.783**
Apoio Social (n=118)	r=0.739**
QV Total (n=66)	r=0.508**

** $p < 0.01$

O QFF apresenta uma correlação muito alta com os factores destacados na tabela – Crenças e Comunicação e Organização da Vida Familiar e Tomada de Decisão. É ainda de relevar que as restantes dimensões do QFF apresentam correlações altas com o QFF total e que foi encontrada uma correlação moderada entre o QV total e o QFF total ($r = 0.508$; $n = 66$) (Pestana & Gageiro, 2005).

Para cumprir o nosso último objectivo – Explorar a relação entre a percepção geral dos inquiridos acerca da sua qualidade de vida e resiliência familiares e os resultados obtidos no Qualidade de Vida e no Questionário das Forças Familiares – aplicámos o Coeficiente de Correlação de Spearman Ró, dado uma das nossas variáveis ser ordinal e a outra intervalar (Pestana & Gageiro, 2005).

Tabela 13. Correlações de Spearman Ró – QV total e QFF total com itens únicos

Escalas totais	Itens únicos
QV Total (n=68)	r=0.582**
QFF Total (n=118)	r=0.551**

** $p < 0.01$

Verificámos que a associação entre os resultados obtidos no Qualidade de Vida e a percepção que os respondentes tinham da sua qualidade de vida no item único correspondente no Questionário Sócio-Demográfico foi positiva e moderada ($r = 0.582$; $p < 0.01$; $n = 68$). Relativamente aos resultados obtidos no Questionário das Forças Familiares e à percepção que os inquiridos tinham das suas forças familiares, na resposta ao item único do Questionário Sócio-Demográfico, os resultados foram em tudo semelhantes, apresentando uma associação positiva, numa correlação moderada ($r = 0.551$; $p < 0.01$; $n = 118$) (Pestana & Gageiro, 2005).

V - Discussão

A equivalência encontrada entre as sub-amostras com pedido de ajuda psicológica e sem pedido de ajuda psicológica relativamente às variáveis sócio-demográficas e familiares pode, primeiramente, parecer surpreendente, devido à discrepância entre o número de sujeitos das mesmas. No entanto, podemos apontar como possíveis razões para este resultado, o facto de terem sido usados os mesmos critérios para seleccionar os sujeitos para cada uma das sub-amostras, ou seja, apesar da diferença de dimensão das sub-amostras, ambas são amostras por conveniência, retiradas da população geral. Parece-nos que este resultado é pertinente porque permite-nos ler os resultados posteriores em estreita ligação com a variável *Pedido de Ajuda Psicológica*.

Relativamente às variáveis dependentes, os resultados encontrados num primeiro momento revelam, também, que parecem não existir diferenças estatisticamente significativas entre as duas sub-amostras.

No que diz respeito ao Qualidade de Vida, este resultado possivelmente está relacionado com os itens deste questionário ligados à saúde serem apenas dois, pelo que a saúde mental do próprio e da família estaria integrada nesses itens, e o facto de já alguém na família ter pedido ou não ajuda psicológica pode ter ou não uma interferência significativa na percepção que o respondente tem da sua saúde e bem-estar geral. Além disso, como a variável independente é baseada numa só questão do Questionário Sócio-Demográfico – “Já alguma vez a sua família recorreu a algum tipo de ajuda psicológica?” – e não questiona, em caso afirmativo, quem da família fez esse pedido, se é alguém da família nuclear, de origem ou afastada, essa pessoa pode ser mais ou menos próxima do inquirido, pelo que esse facto poderá não afectar directamente a qualidade de vida do mesmo. O factor 9 do Qualidade de Vida – *Família e Conjugalidade* – é o que parece aproximar-se mais da significância. Julgamos que este resultado faz sentido, dado que são os sujeitos que respondem que ninguém na sua família fez pedido de ajuda psicológica que pontuam mais alto nesta dimensão, ou seja, apontam maior qualidade de vida familiar e conjugal do que os sujeitos que responderam que alguém na sua família pediu ajuda psicológica. Este facto pode ler-se à luz do peso que a percepção de se sentir satisfeito a nível conjugal e familiar tem numa boa qualidade de vida geral, já que esta concretização de expectativas nestas áreas pode contribuir para que não seja tão necessário alguém da família pedir ajuda psicológica.

No Questionário das Forças Familiares, pensamos que este resultado poderá relacionar-se com o ditado popular “a união faz a força” e com a premissa sistémica de que “o todo é mais do que a soma das partes”, uma vez que o facto de alguém na família ter ou não pedido ajuda psicológica pode não influenciar a resiliência familiar no geral, dado que foi apenas um elemento que pediu ajuda e o sistema familiar é mais do que a soma dos elementos que o constituem. Além disso, o conceito de resiliência prende-se com uma forma adaptativa de lidar com a adversidade, pelo que, mesmo pedindo ajuda psicológica, a resiliência individual e familiar pode sair fortalecida, visto ser uma competência que se vai desenvolvendo ao longo da vida (Hawley & DeHaan, 1996; Walsh, 2003). Deste modo, são diminutas as

diferenças ao nível das forças familiares entre uma pessoa que refere que alguém na sua família pediu ajuda psicológica e uma pessoa que responde que ninguém pediu. Para além disso, o facto de ninguém ter pedido ajuda psicológica na família não é imutável e, em determinado momento da vida, alguém pode vir a precisar, não querendo isso dizer que não tenha uma boa resiliência familiar. Em oposição, uma pessoa com uma família pouco resiliente pode ou não pedir ajuda psicológica, dependendo do contexto, da sua resiliência individual e recursos do próprio para lidar com situações *stressantes*.

Pensamos ainda que estes resultados podem estar intimamente ligados com os benefícios que uma intervenção psicológica pode ter, já que, ao trabalhar as questões que os clientes trazem e promover as suas próprias competências, esbatem-se as diferenças entre a sub-amostra das pessoas em que alguém da família fez pedido de ajuda psicológica e a sub-amostra em que ninguém da sua família o fez.

No âmbito da nossa amostra total, quando explorámos a influência das variáveis sócio-demográficas, familiares e da variável independente principal – ajuda psicológica – nas variáveis dependentes, ou seja, no Qualidade de Vida e no Questionário das Forças Familiares, alguns dos resultados obtidos corroboram as investigações prévias, outros não evidenciam os mesmos resultados.

Relativamente à influência do género, da idade, do pedido de ajuda psicológica e da interacção entre estas variáveis na percepção da qualidade de vida, apenas a idade revelou um efeito estatisticamente significativo. Poderemos apontar como possíveis razões para este resultado, o facto da idade ser uma variável chave na qualidade de vida, tal como afirmam Mercier, Peladeau e Tempier (1998). Segundo estes autores, os idosos com problemas psicológicos sentem-se mais integrados socialmente e percebem mais qualidade de vida do que os jovens com os mesmos problemas. Explorámos ainda a relação entre a zona de residência, o nível sócio-económico e o pedido de ajuda psicológica na qualidade de vida total, não tendo sido reveladas diferenças estatisticamente significativas, contrariamente aos estudos de Logan e King (2001), que indicam que quem pede ajuda habitualmente é do nível sócio-económico médio e de zona de residência predominantemente urbana. Se pensarmos no quão afectado o nível sócio-económico médio tem sido com a crise financeira e social, faria sentido terem sido observadas diferenças a este nível. Relativamente à zona de residência predominantemente urbana, o *stress* que pode ser viver na cidade, com o trânsito, a correria trabalho-casa, mais facilmente se perceberia que essas pessoas percepcionassem uma menor qualidade de vida e até fizessem mais pedidos de ajuda psicológica.

No que diz respeito à dimensão 6 do Qualidade de Vida – *Relações Sociais e Saúde* – foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa na interacção entre a ajuda psicológica e o nível sócio-económico. Poderemos pensar que este resultado se deve ao receio do estigma por parte das pessoas mais próximas relativamente às que pedem ajuda psicológica, por considerarem que o facto de pedirem ajuda e pertencerem ao nível sócio-económico x ou y poderá influenciar o modo como irão ser vistos nas suas

relações interpessoais e até mesmo por em causa a saúde (mental) dessa pessoa.

Já no Questionário das Forças Familiares, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na interacção entre idade, etapa do ciclo vital e pedido de ajuda psicológica, contrariamente à evidência científica nesse sentido (Alarcão, 2002; Walsh, 2003). Neste estudo exploratório, a idade foi a única variável encontrada mais perto da significância na resiliência familiar, o que poderá ler-se tendo em conta que esta é uma capacidade adquirida ao longo do tempo, pelo que alguém com mais idade à partida terá uma experiência diferente que lhe permita ultrapassar os desafios de forma mais adaptativa do que um jovem.

Foram ainda realizadas outras análises exploratórias, para perceber qual seria a influência das variáveis sócio-demográficas e familiares nas nossas variáveis dependentes, tendo-se chegado a alguns resultados pertinentes.

Contrariamente ao proposto na literatura por Mercier, Péladeau e Tempier (1998), no nosso estudo exploratório não foi evidenciada influência do género e da idade na qualidade de vida. Podemos enunciar várias razões para este resultado, nomeadamente o facto deste estudo ser de 1998 e o nosso de 2010, podendo, ao longo destes anos, ter-se esbatido as diferenças entre o género masculino e feminino relativamente à qualidade de vida, até pela crescente semelhança de papéis na sociedade, na família e no trabalho. Acresce que esse estudo apontava para a qualidade de vida individual, tendo sido investigada no nosso estudo a qualidade de vida familiar. Além disso, a nossa amostra total é maioritariamente feminina, o que perturba a análise comparativa entre os géneros. No que diz respeito à idade, pensamos que o facto de não termos encontrado diferenças estatisticamente significativas relativas à sua influência na qualidade de vida, se prende também com a distância temporal entre o estudo apontado e o nosso. Consideramos esta questão pertinente, dado que a qualidade de vida familiar, e mesmo individual, pode não ser hoje em dia tão afectada pela idade, sendo possível que um jovem e um idoso estejam satisfeitos com a sua vida, nas dimensões que o Qualidade de Vida avalia, devido aos progressivos avanços na Medicina, que fazem com que a esperança média de vida aumente, com cada vez mais qualidade de vida.

Também não foram encontradas diferenças entre o nível sócio-económico e a zona de residência no que diz respeito à percepção da qualidade de vida. Podemos hipotetizar que estes resultados surgiram devido à instabilidade económica que Portugal atravessa, já que leva as pessoas a conformarem-se com a nível de vida que têm, podendo não contribuir este de forma decisiva para a percepção dos inquiridos da sua qualidade de vida familiar. Além disso, como a crise financeira pode afectar todos os níveis sócio-económicos, poderá residir aí a explicação para não se terem encontrado diferenças relativas à qualidade de vida percebida nesta variável. Relativamente à zona de residência, pensamos que este resultado poderá ter a ver com a percepção do conceito de qualidade de vida dos inquiridos e com a sua subjectividade (Almeida, 2009), dado que para uns viver numa zona predominantemente urbana pode ser sinónimo de uma

maior qualidade de vida, enquanto que para outros morar numa zona predominantemente rural pode ser quase uma condição para uma boa qualidade de vida.

O resultado significativo encontrado na interação entre formas de família e etapa do ciclo vital com a qualidade de vida pode ser suportado pela caracterização da nossa amostra e pela literatura. A amostra total tem maioritariamente a forma de família nuclear intacta, embora actualmente existam várias formas de família. Segundo Olson e colaboradores (1983), este resultado pode ser explicado pelo facto da qualidade de vida familiar ser maior do que a conjugal. Desta forma, a insatisfação conjugal poderá levar à ocorrência de mais divórcios, originando novas formas de família como a pós-divórcio e a reconstituída, entre outras. Os mesmos autores defendem também que existem diferenças entre as etapas do ciclo vital, afirmando que nas etapas formação do casal e família com filhos pequenos existem maiores níveis de satisfação conjugal. No entanto, as etapas do “ninho vazio” e da reforma são as fases em que a satisfação conjugal atinge o pico mais alto. Se pensarmos nas tarefas inerentes a estas fases, percebemos que é quando a família faz movimentos centrípetos, virados para o interior da família, que sente uma maior qualidade de vida. Por outro lado, o casal atinge o pico mais alto de satisfação em etapas em que os filhos já saíram de casa, permitindo ao casal centrar-se mais na sua vida conjugal. Pelo exposto, faz sentido que existam diferenças na qualidade de vida familiar e mesmo conjugal consoante a etapa do ciclo vital e a forma de família do inquirido.

Foi ainda encontrada uma relação clara das forças familiares na qualidade de vida. Este resultado pode ser apoiado igualmente na evidência científica prévia (Olson et al., 1983), que sugere que quanto maiores as forças familiares, maior a qualidade de vida de uma família. Além disso, os mesmos autores revelam que quanto maior for a coesão, flexibilidade e adaptação à mudança, maior será a qualidade de vida. Também Walsh (2003) referiu que estas características nos padrões organizacionais de um sistema familiar contribuiriam para uma maior resiliência, pelo que os dois construtos surgem associados.

Relativamente à influência da interação entre o número de filhos e a etapa do ciclo vital na qualidade de vida familiar não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Estes resultados poderão levar-nos a pensar que o número de filhos não é uma variável determinante na qualidade de vida familiar, visto que a satisfação familiar é maior do que a conjugal (Olson et al., 1983), o que pode sugerir que ter filhos é importante para um casal e para a sua qualidade de vida, mas o número de filhos que têm pode não ser relevante nas diversas etapas do ciclo vital e na qualidade de vida do sistema familiar.

Um dos factores do Qualidade de Vida – *Família e Conjugalidade* – parecia ser influenciado pela interação da etapa do ciclo vital da família com o pedido de ajuda psicológica (Fleck et al., 2008; Olson et al., 1983), contudo não se verificou essa influência neste estudo exploratório. Poderemos apontar como possíveis explicações para este resultado, o facto do pedido de ajuda psicológica poder acontecer independentemente da etapa do ciclo vital em que a família se encontre e da pontuação nesta dimensão da

qualidade de vida. Por outro lado, poderemos pensar que o pedido de ajuda poderá não influenciar a percepção da qualidade de vida familiar e conjugal do sujeito, dado que a pergunta acerca do pedido de ajuda não especifica quem da família o fez e, mesmo que seja uma pessoa próxima, o inquirido pode sentir que as circunstâncias deste pedido de ajuda psicológica não o afectam grandemente. No entanto, a etapa do ciclo vital isoladamente parece influenciar a percepção da qualidade de vida familiar e a conjugal no nosso estudo. Este resultado poderá dever-se ao que já foi mencionado acima, consoante a etapa do ciclo vital, existem tarefas a cumprir, pelo que poderá ser diferente estar na etapa família com filhos pequenos e na etapa família com filhos adolescentes, dado que os movimentos a fazer são contrários e por isso a percepção que se tem da qualidade de vida familiar e conjugal será, necessariamente, distinta.

Relativamente a outro factor do Qualidade de Vida – *Relações Sociais e Saúde* – existe alguma investigação que aponta para uma influência da interacção entre o pedido de ajuda psicológica e a idade nesta dimensão da qualidade de vida (Armstrong, Birnie-Lefcovitch, & Ungar, 2005; Golberstein, Eisenberg, & Gollust, 2008). Neste estudo, encontrámos resultados semelhantes, pelo que poderemos apoiar-nos na literatura destes autores e afirmar que a integração e suporte social têm um efeito positivo na percepção da qualidade de vida. Além disso, de acordo com Golberstein, Eisenberg e Gollust (2008), os idosos temem mais o estigma por parte dos outros quando fazem um pedido de ajuda psicológica do que os jovens, ou seja, as pessoas mais velhas receiam mais que as suas relações sociais sejam afectadas por pedirem ajuda psicológica. A dimensão *Relações Sociais e Saúde* apresentou resultados semelhantes à literatura a que tivemos acesso (Doss, Rhoades, Stanley, & Markman, 2009; Gourash, 1978; Powdathavee & Vignoles, 2008), que dizia que as pessoas só pedem ajuda psicológica quando se apercebem que as dificuldades conjugais são transmitidas ao subsistema filial, algum tempo depois das dificuldades se instalarem e apenas quando o suporte social não é suficiente. Desta forma, faz sentido que a etapa do ciclo vital influencie este factor, bem como a interacção desta com a ajuda psicológica.

No que diz respeito à percepção da resiliência familiar, não foram encontrados resultados significativos em nenhuma variável sócio-demográfica nem familiar. Este resultado pode prender-se com o facto da resiliência familiar ser um constructo que se vai adquirindo ao longo do ciclo vital, daí que não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas. Contudo, a literatura prévia apontava para resultados distintos em relação à etapa do ciclo vital e também para que quanto maior fosse a qualidade de vida familiar percebida, mais forças familiares teriam. Este resultado faria sentido, dado que a qualidade de vida pode influenciar e ser influenciada pela percepção que os inquiridos têm da sua resiliência familiar.

No que concerne às associações obtidas entre o QV total e as suas dimensões, o que verificámos foi que as que tinham correlações mais altas foram Bem-Estar Financeiro e Casa. No entanto, todas as dimensões têm valores de correlação entre moderado e alto, revelando uma associação positiva com o QV total. Este resultado parece-nos relevante, dado que esta

escala foi adaptada e validada pelo NUSIAF, pelo que nos parece ser um resultado válido e importante no nosso estudo.

Relativamente ao QFF, os resultados de associação obtidos entre a escala total e as suas dimensões foi semelhante, contudo as correlações foram mais elevadas. Todas as dimensões se encontram entre alta e muito alta, o que sugere que estão muito associadas positivamente com a escala total.

No que diz respeito à correlação entre o QV total e o QFF total, a associação encontrada neste estudo foi uma correlação moderada e positiva, o que pode querer sugerir que estes constructos estão relacionados, pelo que faz sentido trabalhá-los conjuntamente.

Quando explorámos a relação entre a percepção geral dos inquiridos da sua qualidade de vida no Questionário Sócio-Demográfico e os resultados que estes obtiveram no Qualidade de Vida total, os resultados apontam para uma correlação positiva e moderada entre estas duas variáveis. Este resultado pode ser explicado pelo facto dos inquiridos terem uma primeira percepção da sua qualidade de vida apenas numa ou duas das dimensões que a constituem, já que o Questionário Sócio-Demográfico é o primeiro a ser respondido, pelo que só aquando do preenchimento do QV se apercebem que existem mais dimensões, daí que a associação possa não ser alta ou muito alta entre os resultados obtidos em cada um. Além disso, a forma como é medido o item único é por uma escala de Likert de 5 pontos, variável ordinal, e o QV total tem um resultado da escala total, variável intervalar, pelo que é natural que não haja uma associação tão elevada entre eles.

Finalmente, no QFF total e o item único do Questionário Sócio-Demográfico sobre forças familiares, os resultados obtidos foram semelhantes ao do QV, revelando correlações moderadas com associação positiva. Pensamos que este resultado pode ser lido da mesma forma que o do QV e o item único, dado que a forma de medir ambas as variáveis foi semelhante.

Limitações do estudo e propostas de investigação futuras

Os resultados obtidos neste estudo exploratório devem ser lidos com as devidas precauções, dado que existem algumas limitações em todos os estudos científicos e também no presente. Por isso, podemos apontar como limitações o número de sujeitos da amostra específica ($n=27$), o que dificultou uma análise mais aprofundada deste sub-grupo. Mesmo a amostra total ($N=121$) é uma amostra maior, mas não representativa, pelo que devemos ter algum cuidado ao generalizar os resultados para a população geral. Outra das limitações encontradas foi não existir literatura anterior relacionando conjuntamente as três grandes variáveis em estudo. Relativamente às variáveis sócio-demográficas e familiares, também encontrámos pouca literatura em que nos pudéssemos suportar para justificar a influência ou não destas nas variáveis *Pedido de Ajuda Psicológica*, *Qualidade de Vida* e *Resiliência Familiares*. Por último, o facto da nossa VI principal – *Pedido de Ajuda Psicológica* – ser avaliada apenas através duma resposta sim/não constituiu também uma limitação, já que poderia ter sido explorado *quem* na família teria pedido ajuda psicológica, o que ajudaria a

uma superior leitura compreensiva dos resultados obtidos.

Tendo em conta as limitações apresentadas acima, pensamos que este estudo poderia servir de mote para novas investigações, nomeadamente poderia estudar-se as mesmas variáveis, mas construindo-se um questionário para avaliar a variável *pedido de ajuda psicológica*, tal como existe o Questionário Sócio-Demográfico, para conhecer melhor a sub-amostra relativamente ao pedido de ajuda psicológica. Além disso, perceber-se-ia a relação entre o familiar que pediu ajuda psicológica e o respondente, o que consideramos ser pertinente para ler os resultados. Consideramos ainda pertinente estudar a variável *Suporte Social*, através dum questionário construído para o efeito, dado que na literatura esta variável surge como sendo fundamental no acto de pedir ou não ajuda psicológica. Por outro lado, para investigar mais aprofundadamente o pedido de ajuda psicológica e evitar as respostas desejáveis socialmente, poder-se-iam fazer entrevistas semi-estruturadas e aplicar aos sujeitos. Pensamos ainda que seria interessante perceber a influência do pedido de ajuda psicológica na família, pelo que poder-se-ia aplicar os questionários ou entrevistas a todos os elementos da família nuclear, para perceber de que modo os afecta individualmente e enquanto família. Por último, pensamos que poder-se-ia replicar este estudo com uma ou mais amostras clínicas, visto que ambas as sub-amostras deste estudo pertencem à população geral.

VI - Conclusões

Este estudo pretende dar uma visão ampla acerca das principais questões associadas ao *Pedido de Ajuda Psicológica*. Além da revisão de alguma da literatura fundamental acerca deste tema, foram também abordados os conceitos de *Resiliência Familiar* e *Qualidade de Vida Familiar*. Apesar de ser escassa a literatura prévia que reunia os três constructos fundamentais desta investigação, foi sempre nossa intenção interligá-los e explorar a sua pertinência.

Do enquadramento teórico ressaltou que existem várias formas de pedir ajuda, sendo uma delas a ajuda psicológica profissional. O pedido de ajuda psicológica relaciona-se com a percepção do sujeito acerca da sua saúde mental, com as predisposições para pedir ajuda, ou seja, com as suas características sócio-demográficas e com variáveis situacionais, que levam a que o pedido seja feito naquela altura (Logan & King, 2001). Alguns autores (Armstrong, Birnie-Lefcovitch, & Ungar, 2005) defendem que o suporte social contribui positivamente para a qualidade de vida. A própria família pode ser uma boa fonte de suporte e, desta forma, contribuir para uma melhor adaptação deste sistema face ao *stress*, permitindo que a resiliência familiar ganhe mais força do que a resiliência de cada um dos seus elementos isoladamente (Walsh, 2003).

No nosso estudo empírico, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as duas sub-amostras em estudo relativamente à percepção que os sujeitos têm da sua qualidade de vida familiar e resiliência familiar. No entanto, o factor do *Qualidade de Vida* –

-Família e Conjugalidade – é o que mais se diferencia, podendo este resultado estar relacionado com a existência de uma maior satisfação ao nível conjugal e familiar nas pessoas em que ninguém na sua família fez pedido de ajuda psicológica.

Relativamente à percepção da qualidade de vida e da resiliência familiar, apenas a variável *idade* demonstrou ter um efeito significativo. Nas análises exploratórias, destacamos que a interação entre *formas de família* e *etapa do ciclo vital* influencia a *qualidade de vida*, existindo também relação entre a qualidade de vida e as forças familiares, o que suporta o nosso modelo conceptual. Além disso, na dimensão *Relações Sociais e Saúde* do *Qualidade de Vida*, verificou-se um resultado significativo na interação entre o *pedido de ajuda psicológica* e a *idade*, tal como apontava a literatura. Nesta dimensão do *QV*, foram ainda encontradas diferenças na interação entre o *pedido de ajuda psicológica* e a *etapa do ciclo vital*, bem como da *etapa do ciclo vital* isoladamente. Relacionando os diversos factores do *QV* e *QFF* com o total das duas escalas obtivemos boas correlações, inclusive entre ambos os instrumentos. Finalmente, quando analisámos os itens únicos do *Questionário Sócio-Demográfico* relativos à qualidade de vida familiar e à resiliência familiar com os totais de cada escala, a correlação obtida foi moderada, mas positiva.

Acreditamos que os resultados que obtivemos, embora nem sempre concordantes com a literatura, podem abrir caminho para novos estudos científicos e ter implicações ao nível da intervenção clínica. Ao percebermos que ao nível da qualidade de vida familiar e resiliência familiar, e no que diz respeito às variáveis sócio-demográficas e familiares em estudo, não existem assim tantas diferenças entre as pessoas em que alguém da sua família fez pedido de ajuda e as em que ninguém na sua família fez pedido de ajuda, poderemos pensar que estes resultados se devem à eficácia da ajuda psicológica e do impacto positivo que tem nos clientes, contribuindo para reforçar as suas próprias competências. Além disso, poderemos apostar na promoção da qualidade de vida e resiliência familiares como áreas chave tanto para fomentar o bem-estar na família, como para intervir em contexto clínico, ajudando a prevenir alguns sintomas ou recaídas que possam eventualmente surgir.

É importante ainda sensibilizar a população geral para a questão do estigma, pois pensamos que é muitas vezes por receio de ser estigmatizado que algumas pessoas não pedem ajuda psicológica. Pensamos que as famílias, por serem fonte de apoio e aprendizagem, têm um papel fundamental nesta mudança de mentalidades, a nosso ver, necessária para que exista uma maior satisfação pessoal e familiar nas diferentes esferas da vida.

Bibliografia

- Alarcão, M. (2002). *(Des)equilíbrios familiares. Uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto Editora. (Versão original publicada em 2000)
- Almeida, C. (2009). *Avaliação da relação entre Satisfação Profissional, Qualidade de Vida e Resiliência Familiares: Um estudo com*

- profissionais de saúde* (Tese de Mestrado Não Publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Armstrong, M, Shelly, B., & Ungar, M. (2005). Pathways between social support, Family Well Being, Quality of Parenting, and Child Resilience: What we know. *Journal of Child and Family Studies*, 14 (2). Retirado de <http://www.springerlink.com/>
- Brown, B. (1978). Social and Psychological Correlates of Help-Seeking Behavior among Urban Adults. *American Journal of Community Psychology*, 6 (5). Retirado de <http://www.springerlink.com/>
- Chang, H. (2008). Help-seeking for stressful events among Chinese college students in Taiwan: Roles of gender, prior history of Counseling, and Help-seeking attitudes. *Journal of College Student Development*, 49 (1). Retirado de <http://www.proquest.com>
- Cruz, A. (2009). *Adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa: A metodologia de grupos focais na avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos* (Tese de Mestrado Não Publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Doss, B., Rhoades, G, Stanley, S., & Markman, H. (2009). Marital Therapy, retreats, and books: The who, what, when, and why of relationship help-seeking. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35 (1). Retirado de <http://www.proquest.com>
- Fallon, B., & Bowles, T. (2001). Family Functioning and adolescent help-seeking behavior. *Family Relations*, 50 (3). Retirado de <http://www.proquest.com>
- Fleck, M. P. et al. (2008). *A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Golberstein, E., Eisenberg, D., & Gollust, S. (2008). Perceived Stigma and Mental Health Care Seeking. *Psychiatric Services*, 59 (4). Retirado de <http://ps.psychiatryonline.org/>
- Golberstein, E., Eisenberg, D., & Gollust, S. (2009). Perceived Stigma and Hel-Seeking Behavior: Longitudinal Evidence from the Healthy Minds Study. *Psychiatric Services*, 60 (9). Retirado de <http://ps.psychiatryonline.org/>
- Gameiro, S. et al. (2008). Sintomatologia Depressiva e Qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1). Retirado de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/>
- Gourash, N. (1978). Help-Seeking: a Review of Literature. *American Journal of Community Psychology*, 6 (5). Retirado de <http://www.proquest.com>
- Harvey, M. (1996). An Ecological view of Psychological Trauma and Trauma Recovery. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (1). Retirado de <http://www.springerlink.com/>
- Hawley, D., & DeHaan, L. (1996). Toward a definition of Family Resilience: Integrating life-span and family perspectives. *Family Process*, 35. Retirado de <http://www.proquest.com>
- Hoar, S., & Flint, F. (2008). Determinants of Help-Seeking intentions in the context of athletic injury recovery. *USEP*, 6. Retirado de <http://www.proquest.com>

- Instituto Nacional de Estatística (1998). *Estatísticas Demográficas: Classificação Nacional das Profissões*. Lisboa: I.N.E.
- Leong, F., & Zachar, P. (1999). Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking Professional psychological help. *British Journal of Guidance & Counselling*, 27 (1). Retirado de <http://b-on.pt/>
- Logan, D., & King, C. (2001). Parental Facilitation of Adolescent Mental Health Service Utilization: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8 (3). Retirado de <http://www.proquest.com>
- Mackenzie, C., Knox, V., Gekoski, W., & Macaulay, H. (2004). An adaptation and extension of the attitudes toward seeking professional psychological help scale. *Journal of Applied Social Psychology*, 34 (11). Retirado de <http://www.proquest.com>
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo. (Versão original publicada em 2003)
- Mercier, C., Péladeau, N., & Tempier, R. (1998). Age, Gender and Quality of Life. *Community Mental Health Journal*, 34(5). Retirado de <http://www.proquest.com>
- Mendes, P. G. (2008). *Resiliência Familiar: estudo exploratório em famílias de risco* (Tese de Mestrado não Publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Olson, D.H., McCubbin, H.I., Barnes, H, Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M (1983). *Families: What makes them work*. London: Sage Publications.
- Pereira, I. F. (2009). *O nascimento do primeiro filho – perspectiva materna das estratégias de coping, qualidade de vida e forças familiares: um estudo exploratório* (Tese de Mestrado não Publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para as Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo (Versão original publicada em 2005)
- Powdthavee, N., & Vignoles, A. (2008). Mental health of parents and life satisfaction of children: a within-family analysis of intergenerational transmission of Well-Being. *Social Indicators Research*, 88. Retirado de <http://www.springerlink.com/>
- Rickwood, D., & Braithwaite, V. (1994). Social-Psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social Science and Medicine*, 39 (4). Retirado de <http://scholar.google.pt/>
- Sherwood, C., Salkovskis, P., & Rimes, K. (2007). Help-seeking for Depression: the role of beliefs, attitudes and mood. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35. Retirado de <http://www.springerlink.com/>
- Silberberg, S. (2001). Searching for family resilience. *Family Matters*, 58, 52-57
- Simões, J. M. (2008). *Qualidade de vida: estudo de validação para a população portuguesa* (Tese de Mestrado Não Publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.

- Simões, M. R. (1994). *Investigações em torno da aferição nacional do teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)* (Tese de Doutoramento). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Walsh, F. (2002). A Family Resilience Framework: Innovative Practice Applications. *Family Relations*, 51 (2). Retirado de <http://www.proquest.com>
- Walsh, F. (2003). Family Resilience: a Framework for Clinical Practice. *Family Process*, 42 (1). Retirado de <http://www.proquest.com>

Anexo I – Instrumentos de avaliação

Anexo II – Tabelas da normalidade e homogeneidade

Qualidade de Vida		Normalidade		
Factores	Grupo	Statistic	df	Sig.
Bem-Estar Financeiro	Com pedido de ajuda	0,127	24	0,200
	Sem pedido de ajuda	0,140	81	0,000
Tempo	Com pedido de ajuda	0,189	27	0,014
	Sem pedido de ajuda	0,122	94	0,001
Vizinhança e Comunidade	Com pedido de ajuda	0,124	27	0,200
	Sem pedido de ajuda	0,146	92	0,000
Casa	Com pedido de ajuda	0,155	26	0,111
	Sem pedido de ajuda	0,084	92	0,116
Mass Media	Com pedido de ajuda	0,182	27	0,022
	Sem pedido de ajuda	0,168	92	0,000
Relações sociais e saúde	Com pedido de ajuda	0,163	25	0,085
	Sem pedido de ajuda	0,139	89	0,000
Emprego	Com pedido de ajuda	0,199	25	0,012
	Sem pedido de	0,164	84	0,000

	ajuda			
Religião	Com pedido de ajuda	0,211	25	0,006
	Sem pedido de ajuda	0,288	89	0,000
Família e Conjugalidade	Com pedido de ajuda	0,174	26	0,041
	Sem pedido de ajuda	0,187	89	0,000
Filhos	Com pedido de ajuda	0,219	22	0,007
	Sem pedido de ajuda	0,144	68	0,001
Educação	Com pedido de ajuda	0,151	24	0,169
	Sem pedido de ajuda	0,099	81	0,50
QV Total	Com pedido de ajuda	0,162	18	0,200
	Sem pedido de ajuda	0,080	50	0,200

Questionário das Forças Familiares		Kolmogorov-Smirnov		
Factores	Grupo	Statistic	df	Sig.
Crenças e Comunicação	Com pedido de ajuda	0,172	25	0,053
	Sem pedido de ajuda	0,097	93	0,031
Capacidade de adaptação	Com pedido de ajuda	0,122	25	0,200
	Sem	0,153	93	0,000

	pedido de ajuda			
Clima familiar positivo e coesão	Com pedido de ajuda	0,195	25	0,015
	Sem pedido de ajuda	0,105	93	0,014
Organização da vida familiar e tomada de decisão	Com pedido de ajuda	0,189	25	0,021
	Sem pedido de ajuda	0,081	93	0,173
Individualidade	Com pedido de ajuda	0,160	25	0,100
	Sem pedido de ajuda	0,128	93	0,001
Apoio social	Com pedido de ajuda	0,218	25	0,003
	Sem pedido de ajuda	0,123	93	0,001
QFF Total	Com pedido de ajuda	0,131	25	0,200
	Sem pedido de ajuda	0,060	93	0,200

Homogeneidade

Qualidade de vida Factores	Levèn Test	
	F	Sig.
Bem-Estar Financeiro	0,362	0,548
Tempo	1,073	0,302
Vizinhança e Comunidade	0,358	0,551
Casa	2,676	0,105
<i>Mass Media</i>	0,069	0,793
Relações Sociais e Saúde	2,508	0,116
Emprego	0,108	0,743
Religião	0,001	0,972
Família e Conjugalidade	1,061	0,305

Filhos	2,271	0,135
Educação	0,936	0,335
QV Total	2,085	0,154

Questionário das Forças Familiares Factores	Levene Test	
	F	Sig.
Crenças e Comunicação	0,457	0,500
Capacidade de adaptação	2,022	0,158
Clima familiar positivo e coesão	0,848	0,359
Organização da vida familiar e tomada de decisão	0,148	0,701
Individualidade	2,233	0,138
Apoio social	0,565	0,454
QFF Total	1,643	0,202