

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiatria

**“CONTRIBUTOS PARA A VALIDAÇÃO DA ESCALA DE
VULNERABILIDADE MENTAL
PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA”**

DISSERTAÇÃO

Dissertação de Mestrado orientada pelo
Prof. Doutor Carlos Alberto da Cruz Sequeira

Elsa Natalina Mendes Barbosa
Porto, 2013

DEDICATÓRIA

Aos meus pais.

À minha irmã, cunhado e Carolina.

Aos meus avós.

AGRADECIMENTOS

A todos os participantes do estudo.

Ao meu orientador, Professor Carlos Sequeira, por me ter apoiado, ajudado e aconselhado em mais uma etapa académica.

Ao Enfermeiro Francisco Miguel Correia Sampaio, pela disponibilidade, incentivo, reflexão e incansável ajuda em todo o estudo.

À Professora Mestre Maria José Nogueira pela disponibilidade, ajuda e reflexão sobre todas as etapas necessárias para o estudo.

À Professora Teresa Martins pela disponibilidade em ajudar-me em todo o processo estatístico do estudo.

Aos meus pais, irmã, cunhado e Carolina que foram em todo o momento o estímulo na continuidade deste trabalho.

Aos meus amigos por tolerarem todas as alterações de humor que um estudo destes pode provocar.

SIGLAS/ABREVIATURAS

AF	Análise Fatorial
CSMP	Cuestionário de Salud Mental Positiva
CID-10	Classificação Internacional das Doenças
DIC	Doença de Isquemia do Coração
DSM IV	Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders IV
ESEP	Escola Superior de Enfermagem do Porto
EVM	Escala da Vulnerabilidade Mental
et al.	e colaboradores
EVP	Escala da Vulnerabilidade Psicológica
HIV/SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana
H0	Hipótese Nula
MHI	Inventário da Saúde Mental
MHI-5	Inventário da Saúde Mental de 5 itens
MHI-5 (-)	Inventário da Saúde Mental de itens negativos
MHI-5 (+)	Inventário da Saúde Mental de itens positivos
NEO-PI-R	Inventário da Personalidade Neo
QSMP	Questionário de Saúde Mental Positiva
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
SM	Saúde Mental
SCL-90-R	Escala de Auto-avaliação de Sintomas de Desajustamento Emocional
VM	Vulnerabilidade Mental
Pág.	Página
%	Porcentagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	21
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS	25
1.1. Saúde Mental	25
1.2. Saúde Mental Positiva.....	28
2. PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL	31
3. VULNERABILIDADE MENTAL.....	35
4. FATORES DE RISCO DE VULNERABILIDADE MENTAL	39
5. DOENÇA MENTAL.....	43
6. ESCALA DA VULNERABILIDADE MENTAL (EVM)	47
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	51
7. METODOLOGIA	53
7.1. Contexto e Justificação.....	53
7.2. Finalidade e Objetivos de Estudo	55
7.3. Tradução e Adaptação Cultural do Instrumento Psicométrico	56
7.3.1 Seleção do Instrumento Psicométrico	56
7.3.2. Tradução e Adaptação do Instrumento Psicométrico.....	58
7.3.3. Avaliação das Propriedades de Medida Pós Tradução	62
7.4. Estudo Metodológico	64
7.4.1. Questões de Investigação.....	65
7.4.2. Variáveis	65
7.4.3. População e Amostra	66
7.4.4. Técnica de Colheita de Dados e Pré-teste do Questionário	68
7.5. Análise e Tratamento de Dados	71
7.6. Considerações Éticas	72
8. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	75
8.1. Caracterização da Amostra.....	75
8.1.1. Características Sociodemográficas	75

8.1.2. Características clínicas.....	78
8.2. Avaliação da Amostra com Recurso a Instrumentos Psicométricos..	82
8.3. Propriedades Psicométricas da EVM	85
8.3.1. Estudo da Validade da EVM.....	85
8.3.2. Estudo da Fidelidade da EVM.....	89
8.4. Análise Descritiva Relacional	90
9. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	95
9.1. Propriedades Psicométricas da EVM	95
9.2. Análise Descritiva- Relacional	101
9.3. Limitações do Estudo.....	103
10. CONCLUSÕES.....	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
ANEXOS	120
ANEXO I- Pedido de autorização para utilização da EVM à autora principal responsável pela tradução da EVM de Dinamarquês para Inglês	121
ANEXO II- Mental Vulnerability Questionnaire	123
ANEXO III - Tradução da EVM do Inglês para o Português pelo tradutor principal	125
ANEXO IV - Tradução da EVM do Inglês para o Português realizada por um tradutor.....	127
ANEXO V - Testen for psykisk sårbarhed (EVM- versão Dinamarquesa)..	129
ANEXO VI-Tradução da EVM do Dinamarquês para o Português realizada pela 1ª tradutora	131
ANEXO VII-Tradução da EVM do Dinamarquês para o Português realizada pela 2ª tradutora	133
ANEXO VIII - Comparação entre as traduções da EVM do Dinamarquês para o Português.....	135
ANEXO IX- Análise de consensos.....	137
ANEXO X - Retrotradução da EVM do Português para o Dinamarquês ...	145
ANEXO XI - Versão provisória da EVM na versão Portuguesa	147
ANEXO XII - Versão Final da EVM na versão Portuguesa	149
ANEXO XIII- Pedido de autorização para realização do Estudo	151
ANEXO XIV - Autorização para a Realização do Estudo	153
ANEXO XIV - Questionário da Vulnerabilidade Mental.....	155

ANEXO XVI - Autorização para a Utilização da Versão Portuguesa do Inventário da Saúde Mental	163
ANEXO XVII - Autorização para a Utilização da Versão Portuguesa do Questionário da Saúde Mental Positiva.....	165
ANEXO XVIII - Declaração do Consentimento.....	167

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Consistência Interna e Correlações entre a EVM e as suas Subescalas	49
Tabela 2 - Características Sociodemográficas da Amostra	76
Tabela 3 - Características Sociodemográficas, Idade.....	77
Tabela 4 - Características Sociodemográficas, Frequência no Ensino Superior	77
Tabela 5 - Problemas de saúde mais frequentes.....	79
Tabela 6 - Vigilância em saúde	80
Tabela 7 - Medicação utilizada pela Amostra.....	81
Tabela 8 - Experiências negativas vivenciadas pela Amostra	81
Tabela 9 - Consumo de substâncias	82
Tabela 10 - Estatística Descritiva: MHI-5 e QSMP	83
Tabela 11 - Estatística Descritiva: EVM.....	83
Tabela 12 - Estatística Descritiva: EVM.....	84
Tabela 13 - Análise dos componentes principais da EVM	87
Tabela 14 - Validade Convergente: Correlações de Pearson entre a EVM e o MHI-5 (-)	88
Tabela 15 - Validade Divergente: Correlações de Pearson entre a EVM e QSMP e o MHI-5	89
Tabela 16 - Coeficientes de <i>Alpha</i> de Cronbach para cada um dos fatores da EVM	89
Tabela 17 - Análise Estatística inferencial: relação entre a EVM e algumas variáveis sociodemográficas.....	91
Tabela 18 - Análise Estatística inferencial: relação entre a EVM e variáveis clínicas	92
Tabela 19 - Análise Estatística inferencial: relação entre a EVM e os acontecimentos de vida negativos	92
Tabela 20 - EVM com proposta de inclusão dos itens.....	99
Tabela 21 - <i>Alpha</i> de Cronbach das dimensões com os itens propostos ...	101

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Síntese das Traduções.....	61
---------------------------------------	----

RESUMO

Contexto: A Vulnerabilidade Mental é um conceito que começa a emergir através de estudos de investigação. No entanto este conceito ainda está pouco desenvolvido. Atualmente existem instrumentos psicométricos que permitem a identificação de determinadas doenças mentais, contudo, são escassos os instrumentos que permitem avaliar o potencial para o desenvolvimento destas doenças, desconhecendo-se validado para a população portuguesa.

Neste sentido um auxiliar na identificação de pessoas com potencial para o desenvolvimento de doença mental seria uma mais-valia na Promoção da Saúde Mental das mesmas.

Objetivos: O presente trabalho tem como objetivos traduzir e adaptar a Escala da Vulnerabilidade Mental (EVM) e avaliação das suas propriedades psicométricas, na população portuguesa.

Metodologia: Trata-se de um estudo metodológico de natureza quantitativa. Recorreu-se a uma amostragem não probabilística acidental incluindo 166 estudantes de uma Escola Superior de Enfermagem.

A EVM, é uma escala de auto-resposta, sendo o seu tipo de resposta ordinal com cinco possibilidades de resposta. Procedeu-se à sua tradução através das seguintes etapas: 1 - pedido de autorização para tradução da EVM; 2 - tradução da EVM de Inglês para Português, por dois peritos; 3 - Análise de consensos; 4 - Retrotradução de Português para Inglês; 5 - Pré-teste; 6 - Versão final da EVM. Para a sua validação foi utilizada uma Análise Fatorial Exploratória seguida de rotação *varimax*, e a avaliação da validade convergente entre a EVM e os itens negativos do Inventário da Saúde Mental cinco itens, e a validade divergente com o Questionário da Saúde Mental Positiva (QSMP).

Resultados: Após todo o processo de tradução da Escala da Vulnerabilidade Mental procedeu-se à sua aplicação. Os valores médios de Vulnerabilidade Mental foram de 51, com uma amplitude entre 24 e 87. Na Análise Fatorial forçado a três fatores, com rotação *varimax*, permitiu agrupar as 22 variáveis da EVM em 3 grupos de variáveis. A EVM apresentou validade divergente com o QSMP ($p < 0,05$), e validade convergente com o MHI-5 ($p < 0,05$). A fidelidade foi apurada através da avaliação da consistência interna, que apresentou bom resultado ($Alpha=0,89$).

Conclusões: Verifica-se que a EVM, apresenta características psicométricas que possibilitam a sua utilização, na prática clínica e na investigação para o rastreio de vulnerabilidade, pelo que se trata de um instrumento útil.

Palavras-chave: Vulnerabilidade em saúde; Mental Vulnerability Questionnaire; Validação de questionário.

ABSTRACT

Context: Mental Vulnerability is a concept is starting to emerge from investigation studies. However this concept is still underdeveloped. There are currently psychometric instruments that allow to identify certain mental illnesses, but instruments to assess the potential growth of such diseases are scarce, and none is validated for the Portuguese population. In that sense, an aid to identify subjects prone to develop mental diseases, would be an asset for their Mental Health Promotion.

Objectives: The current study's main objective is to translate, adapt the Mental Vulnerability Scale (MVS) and analyse its Psychometric properties.

Methodology: This is a methodological study based on a quantitative nature. An accidental nonprobabilistic sample was used, including 166 students from a Nursing College. The MVS is based on auto-response, with an ordinal response being a five choice answer. Its translation was achieved by addressing the following stages: 1- authorization request to translate the MVS; 2- translation of the MVS from English to Portuguese by two experts; 3- consensus analysis; 4- retrotranslation from Portuguese to English; 5- Pre-test; 6 - Final version of the MVS. In order to validade it, a factorial Analysis was used, followed by a *varimax* rotation, the converging evaluation between the MVS and the negative items from the Mental Health

Inventory, five items, and the diverging validity from the Questionnaire of Positive Mental Health (QPMH).

Results : After the translation of the Mental Vulnerability Scale followed its application procedure. The medium values from the Mental Vulnerability were 51, with a range between 24 and 87. The Factorial Analysis forced in three factors, with *varimax* rotation, allowed to group all 22 variables of the MVS in three groups. MVS introduced diverging validity with the QPMH ($P < 0,05$), and converging validity with the MHI - 5 ($p < 0,05$). The accuracy was achieved through internal consistency evaluation, which presented a good result ($Alpha = 0,89$).

Conclusions: Verify that the MVS displays psychometric characteristics which allowed is usage, in the clinical practice and in the research for the vulnerability screening, hence it is considered to be an useful instrument.

Keywords: Health Vulnerability; Mental Vulnerability Questionnaire; Questionnaire validation.

INTRODUÇÃO

Ao longo do processo de desenvolvimento, as pessoas deparam-se com situações inerentes ao mesmo, assim como ao processo saúde doença.

Decorre daí a necessidade das pessoas se adaptarem constantemente a essa realidade. Neste contexto, surgem variáveis que podem facilitar ou não essa adaptação, emergindo a importância de se validar instrumentos que promovam a identificação dessas variáveis e conseqüentemente das pessoas mais vulneráveis, para que estas sejam alvo de intervenção e assim prevenir o aparecimento da doença mental.

Uma pessoa é considerada vulnerável quando perante uma situação de risco possuiu menores capacidades (estratégias de *coping* e resiliência) para responder de forma positiva a essa situação (Beresford cit por Antoniazzi, Bandeira e Delláglio, 1998). A Vulnerabilidade Mental (VM) é um conceito subjetivo o que torna difícil a sua identificação e avaliação em Portugal, não existindo qualquer instrumento psicométrico validado que permita avaliar a VM.

Este estudo enquadra-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), no ano letivo de 2012/2013 no qual foi realizado um trabalho de investigação que visou a tradução, adaptação cultural e aferição das propriedades psicométricas da Escala da Vulnerabilidade Mental (EVM). Esta escala poderá ser uma mais-valia na identificação de pessoas com potencial para desenvolver doenças mentais.

O presente documento tem como objetivo principal, dar a conhecer os resultados obtidos, as conclusões do estudo da adaptação, tradução e validação da EVM para a população portuguesa. Procurou-se com o mesmo conhecer definições de conceitos relacionados com a saúde/doença mental (Saúde Mental, Saúde Mental Positiva, Promoção da Saúde Mental, Vulnerabilidade Mental e Doença Mental); apresentar os fatores de risco da

Vulnerabilidade Mental; perceber se existe relação entre a Vulnerabilidade Mental e as características sociodemográficas e clínicas (através da análise da correlação realizada a determinadas variáveis do estudo que se pense a partida que tenham relação com a Vulnerabilidade Mental).

Relativamente à estrutura do estudo este é constituído por duas partes.

Na primeira parte é apresentado no enquadramento teórico uma breve revisão da literatura sobre conceitos como a Saúde Mental, Saúde Mental Positiva, Promoção de Saúde Mental, Vulnerabilidade Mental, Doença Mental e Escala da Vulnerabilidade Mental.

Na segunda parte é apresentada a metodologia escolhida para este estudo, seguida da apresentação e discussão dos resultados obtidos. No final são apresentadas as conclusões e a relevância do estudo para a Enfermagem.

Para a pesquisa de informação do estudo foram utilizadas várias fontes.

As fontes de informação utilizadas para o presente estudo foram as seguintes: livros e trabalhos académicos da biblioteca da ESEP; bases de dados CINAHL Plus[®] with Full Text, MEDLINE[®] With Full Text, MedicLatina[®], Academic Search Complete[®], Health Technology Assessments[®], SPORTDiscus[®] With Full Text, Psychology and Behavioral Sciences Collection[®], ERIC[®], Business Source Complete[®], Cochrane Database of Systematic Reviews[®], NHS Economic Evaluation Database[®], Cochrane Methodology Register[®], SciELO[®], PubMed[®]; Repositórios online, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal[®], Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa[®], Technical University of Lisbon Repository[®].

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

Nesta parte inicial do enquadramento teórico, serão apresentados os principais conceitos a ter em conta relativamente à Saúde Mental, nomeadamente, a Saúde Mental Positiva, Promoção da Saúde Mental, Vulnerabilidade Mental e fatores de risco da Vulnerabilidade Mental.

1.1. SAÚDE MENTAL

Os problemas relacionados com a Saúde Mental exercem uma grande influência na sociedade, uma vez que, alteram o contexto familiar e de trabalho da pessoa que vivencia o problema (Esteves, 2011) e consequentemente o seu relacionamento com os outros.

Apesar do interesse pela Saúde Mental ter aumentado nos últimos anos, ainda não é vista com a mesma importância que a saúde física (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2001). Atualmente, verifica-se um aumento das doenças mentais sendo que, quatro das dez principais causas de incapacidade no mundo são relativas às doenças mentais (OMS, 2001).

Segundo Sá (in Sequeira & Sá 2010), a saúde mental é entendida como algo que é oposto à doença mental, acreditando por isso que, um comportamento normal está presente quando a doença está ausente. No entanto, o mesmo autor (Ibidem) defende que a existência de um comportamento normal não é sinónimo de saúde, pois a mesma atitude em diferentes partes do mundo pode ser julgada de maneira diferente. Uma atitude normal numa determinada cultura pode assim ser vista por outra como uma atitude radical. Para a OMS, a saúde não é vista apenas como a ausência de doença, mas como “um estado de completo bem-estar físico mental e social” (OMS, 2001, p. 30). A tarefa de definir a saúde mental de uma forma completa é quase impossível, sendo várias as culturas na busca

deste conceito que abrange “(...) o bem estar subjectivo, auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a independência intergeracional e a auto realização do potencial intelectual e emocional da pessoa.” (OMS, 2001, p.32).

Segundo a OMS (2001) para compreender a saúde mental é preciso compreender o funcionamento mental, pois este é o ponto de partida que permite a compreensão do desenvolvimento das perturbações mentais e comportamentais. Um bom desenvolvimento da pessoa no meio em que vive resulta na sua saúde mental, havendo variáveis a ter em conta como, fatores de natureza biológica, psicológicos, sociais, culturais e ecológicos (Sequeira, 2006).

Os cuidados especializados de enfermagem à pessoa na área da Saúde Mental e psiquiatria consistem na incorporação de intervenções psicoterapêuticas ao longo do seu ciclo vital procurando promover e proteger a saúde mental, prevenir a doença mental, e tratar através da reabilitação psicossocial e da reinserção social (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010, cit. por Sá in Sequeira & Sá, 2010).

Estas intervenções de Enfermagem em populações vulneráveis procuram dotá-las de recursos, melhorando a sua saúde e, reduzindo os fatores de risco (Sebastian in Lancaster & Stanhope, 2008). As intervenções psicoterapêuticas procuram dotar os indivíduos mais vulneráveis de estratégias de *coping*¹ eficazes e de capacidade de resiliência para responderem de forma positiva a um problema que os tornem mais vulneráveis mentalmente.

Lazarus e Folkman (1984, cit por Ribeiro & Rodrigues, 2004) referem que o *coping* vai mais além dos recursos pessoais, pois permite gerir exigências internas ou externas específicas, através de esforços comportamentais e cognitivos em mudança constante. Segundo Ribeiro & Rodrigues (2004) as estratégias de *coping* e os mecanismos de defesa são

¹ Coping – consiste em um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais que o indivíduo aplica perante situações de exigência interna ou externa resultantes da relação pessoa ambiente (Lazarus e Folkman, 1984, cit por Costa e Leal, 2006). No presente estudo coping será considerado estrangeirismo e escrito em itálico.

apresentados pelo Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder[®] (DSM-IV[®]) como conceitos iguais, uma vez que, os dois permitem a redução dos efeitos negativos de eventos stressantes na pessoa. No entanto, é necessário que se realize uma avaliação cognitiva do acontecimento, ou seja, que se avalie qual é o potencial stressante do evento e os recursos de *coping* que a pessoa tem disponíveis para aquele evento (Costa e Leal, 2006). Lazarus e Folkman (1984, cit por Ribeiro & Rodrigues, 2004) apresentam o *coping* como um processo que pode ser eficaz ou não eficaz, não devendo ser ligado ao sucesso. Quando eficaz, o *coping* é um processo adaptativo porque após um acontecimento stressante os resultados que advém são positivos (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

No que diz respeito à resiliência, esta consiste na força interior da pessoa e na sua capacidade em superar problemas (Sebastian in Lancaster & Stanhope, 2008), permitindo que os indivíduos quando expostos a fatores de risco consigam superá-los, desenvolvendo comportamentos adaptativos e adequados (Lieberman e Tedesco, 2008). Não se trata de uma resistência absoluta como na invulnerabilidade, em que se passa a ideia que a pessoa é intocável, sem limites ao sofrimento, mas sim da capacidade de superar uma crise podendo ou não sair ileso da mesma como refere Rutter (1993, cit por Yunes, 2003). A resiliência está associada ao suporte social, ao nível de satisfação, à autoestima e à superação e transformação de projetos pessoais (Lieberman e Tedesco, 2008).

A ausência das estratégias de *coping* ou da capacidade de resiliência tornam os indivíduos vulneráveis quando expostos a situações de risco ou stressantes.

A União Europeia tem demonstrado interesse pela Saúde Mental. Nesse sentido têm sido desenvolvidas várias iniciativas nesta área em vários países como é o caso do projeto “*Mental health Promotion and Mental Disorder Prevention. A police for Europe*”, (Blanco et al., 2010). Este projeto é aplicado em escolas por serem considerados locais propícios para a promoção, uma vez que as crianças e adolescentes estão em uma fase do ciclo vital onde a aprendizagem é mais fácil. Também em Espanha foram desenvolvidos programas de promoção para a Saúde Mental Positiva

direcionados para alunos, professores e encarregados de educação, (Blanco et al., 2010). Estes programas procuram divulgar estilos de vida saudáveis e fatores protetores da saúde mental.

1.2. SAÚDE MENTAL POSITIVA

O conceito de Saúde Mental Positiva foi referido pela primeira vez por Jahoda em 1958 (Lluch, 1999).

De acordo com Jahoda (cit. por Lluch, 1999), a ausência de doença não é critério suficiente para definir a saúde mental positiva. É necessário também ter em conta se os padrões de comportamento normal variam com o tempo, cultura e expectativas sociais. Para manter uma saúde mental positiva são então necessários fatores que permitam ao ser humano desenvolver capacidades para enfrentar a sua vida diária, nomeadamente a satisfação pessoal, atitude pró-social, autocontrolo, autonomia e habilidades para resolver problemas em relações interpessoais (Alarçón et al., 2007).

Jahoda (cit. por Lluch, 1999) inclui na sua conceção de Saúde Mental Positiva a inter-relação entre seis critérios, que são:

- Atitude em relação a si mesmo, ou seja, a autoaceitação, autoconfiança ou autossuficiência;
- Crescimento ou autorrealização que está relacionado com aquilo que a pessoa faz com a sua vida, tendo em conta dois princípios:
 - Força motriz que mobiliza a atividade,
 - A abordagem à saúde mental que tem como dimensões a motivação para a vida e participação na vida e a atualização automática como motivação para a vida.
- Integração que refere-se à inter-relação de todos os processos e atributos à pessoa, equilíbrio mental, filosofia pessoal sobre a vida e resistência ao stress;

- Autonomia referente à relação da pessoa com o ambiente, grau de dependência e independência;
- Percepção da realidade, que se refere à capacidade de perceber adequadamente a realidade;
- Domínio ambiental, que se refere à capacidade para lidar com a realidade.

O trabalho desenvolvido por Jahoda (1958, cit por Lluch, 1999) continua a ser uma referência na Promoção da Saúde Mental, promovendo o desenvolvimento pessoal positivo. Assim, a introdução na comunidade da Promoção da Saúde Mental e não apenas a prevenção da doença, destacou a saúde mental positiva (Jahoda, 1958, cit por Lluch, 1999). A educação para a saúde mental positiva procura, assim, transmitir informação sobre os comportamentos e atitudes saudáveis que permitem dotar as pessoas de capacidades para a resolução de problemas (Lluch, 1999).

Lluch (1999) apresenta uma perspectiva positiva da saúde mental, defendendo que se deve promover as qualidades do ser humano e ajudá-lo no desenvolvimento do seu potencial por forma a atingir um estado de funcionamento excelente.

Existe de facto uma relação entre aspetos físicos e mentais, no entanto uma boa condição física não é suficiente para uma boa saúde mental. Lluch (1999) refere que existem grupos de conceitos, como a satisfação, otimismo, felicidade, bem-estar e qualidade de vida, essenciais na saúde mental positiva (Ibidem, 1999).

Apesar de existir um interesse crescente na aferição da saúde mental positiva, ainda são poucos os estudos que evidenciam tanto os aspetos positivos, como os negativos da saúde mental (Department of Health, 2004; European Commission Promoting the mental health of the population, 2005, cit por Brown, Joseph e Tennant, 2007). Segundo Ribeiro (2001), na saúde mental existe uma dimensão positiva relacionado com o bem-estar

psicológico e uma dimensão negativa relacionada com *distress*² psicológico.

Para os autores que trabalham a Prevenção e a Promoção da Saúde Mental o modelo da Saúde Mental Positiva apresentado por Jahoda continua a ser uma referência (Lluch, 1999). Este modelo procura assim potenciar os recursos e as habilidades pessoais através de programas de intervenções (Ibidem, 1999).

² Distress – é uma forma de stress no qual o individuo não possuiu a capacidade para superar a situação stressante levando à rutura do bem-estar individual, (Lima, Santos e Sparrenberger,, 2003). O Distress será considerado estrangeirismo e escrito em itálico.

2. PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

A promoção da saúde como comunidade organizada procura melhorar a saúde de cada pessoa através de melhores condições de saúde e programas educativos (Winslow, 1920, cit por Buss in Czeresnia e Freitas, 2004).

Segundo Lancaster & Stanhope (2008), uma comunidade com promoção da saúde e prevenção da doença pode obter uma melhoria das suas capacidades físicas, mentais e emocionais, através da visão positiva fornecida. Na resolução de problemas, a promoção consiste na mobilização de sujeitos e comunidades que partilham saberes técnicos e populares (Braga et al., 2011)

A promoção da saúde foi definida pela Carta de Ottawa (1986, p. 9, cit por Ministério da Saúde, 2002) como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”, isto é, procura melhorar a saúde das pessoas dotando-as de um aumento do controlo da sua saúde. A promoção da saúde pode ser aplicada tanto a pessoas com doença, como a pessoas saudáveis. Na pessoa saudável a promoção de saúde procura promover bons níveis de saúde, bem como boas condições de vida, dando assim resposta ao objetivo de manter um ótimo nível de vida e de saúde (Gutierrez et al., 1997, cit por Buss in Czeresnia e Freitas, 2004). Na pessoa doente a promoção de saúde pode evitar que a doença evolua para estadios mais graves, procurando manter a melhor qualidade de vida possível.

Existem vários autores que incluem o conceito de promoção de saúde no conceito de prevenção de doença, no entanto, são atividades diferentes que se podem complementar e partilhar elementos em comum (Lluch, 1999). A prevenção tem como objetivo prevenir a doença, enquanto a promoção procura treinar/dotar a pessoa de capacidades e recursos para

melhorar a sua saúde e assim prevenir a doença, isto numa população saudável (Turaban, 1992, cit por Lluch, 1999)

A Promoção na Saúde Mental “ (...) é entendida por fortalecer e potencializar os processos saudáveis de reconhecimento e empoderamento das emoções, pensamentos e reações comportamentais.”, (Braga et al., 2011, p. 122), ou seja, consiste na inclusão de todas as intervenções que contribuam para uma boa SM (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho [AESST], 2012). Desta forma, através da promoção da saúde é possível reorientar estratégias de intervenção que permitam gerir os riscos (Barra et al., 2010).

Segundo Macêdo e Monteiro (2004), a família desempenha um papel importante na Promoção da Saúde Mental. Um desequilíbrio nas relações familiares, como as situações de conflitos, pode levar ao desenvolvimento de quadros patológicos, físicos e/ou emocionais (Ibidem). Por isso, é importante trabalhar com as famílias estratégias para melhorarem o ambiente familiar, reformulando conceitos, modificando comportamentos e melhorando ou refazendo vínculos perdidos (Macêdo e Monteiro, 2004).

Desta forma, a manutenção de uma Saúde Mental será viável através de, relações intrafamiliares saudáveis, construídas por eficientes interações socio afetivas (Ibidem).

Para Barnes (1998), as crianças são um grupo de risco no campo do desenvolvimento de perturbações mentais, uma vez que estas são bastante comuns nesta fase do ciclo vital. Por isso, é fundamental em qualquer sociedade a Promoção da Saúde Mental infantil (Barnes, 1998). Assim, as intervenções direcionadas para o aumento da autoestima e diminuição do comportamento antissocial, podem melhorar a Saúde Mental das crianças (Barnes, McGuire et al., 1997, cit por Barnes 1998). Neste sentido torna-se importante a aplicação de intervenções na família e na escola, ou seja, no meio envolvente da criança (Ibidem). A melhoria das relações com os pares e as experiências escolares podem ser tão ou mais importantes que a intervenção familiar (Barnes, 1998).

Por sua vez, nos adultos, as intervenções de SM são direcionadas ao individuo (McGuire e Earls, 1991, cit por Barnes, 1998). A ausência de uma

boa SM pode levar a consequências na família (conflitos) e no local de trabalho no qual pode diminuir os níveis de desempenho, reduzindo a produtividade e diminuindo a motivação (AESST, 2012). Neste sentido, as empresas europeias são legalmente obrigadas a gerir todos os riscos ligados à saúde dos seus trabalhadores, inclusive os da Saúde Mental (Ibidem). Há empresas com programas direcionados para a manutenção de uma boa SM, nos quais é realizada a deteção e discussão de problemas de saúde, a realização de inquéritos para perceber como o trabalhador se sente e o aconselhamento, entre outras intervenções (AESST, 2012).

Atualmente verifica-se que em vários países da comunidade europeia verifica-se um agravamento de problemas de SM tais como o absentismo, problemas devido ao stress no trabalho e o desemprego (AESST, 2012). A relação de algum destes problemas, ou a relação destes com outros, como a violência física, a violência verbal, o consumo de substâncias, entre outros, podem desencadear uma Vulnerabilidade Mental e *a posteriori* uma doença mental.

3. VULNERABILIDADE MENTAL

A vulnerabilidade é um termo utilizado em diferentes áreas da sociedade. Tarantola & Netter (1993, cit por Ayres et al., 2004 in Czeresnia e Freitas, 2004) referem que uma das áreas em que trabalharam o conceito de vulnerabilidade foi a dos direitos humanos, após a publicação do livro em 1992 nos Estados Unidos chamado “*Aids in the world*”.

A vulnerabilidade segundo Doreto e Vilela (2006, cit por Massuia, Menezes, Pessalacia, 2010, p.425) é “ (...) um conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural, e sua interação amplia ou reduz o risco ou proteção de uma pessoa por ocasião de uma determinada doença (...)”.

Massuia, Menezes, Pessalacia (2010) refere que a vulnerabilidade torna a pessoa sensível, sem recursos e com maior risco de sofrer alterações, podendo ser intrínseca à própria pessoa ou devido a circunstâncias como “ (...) pobreza, falta de acesso à educação, dificuldades geográficas, doenças crônicas e endêmicas, discriminação e outros infortúnios.” (Massuia, Menezes, Pessalacia, 2010, p. 425). Os mesmos autores referem que a vulnerabilidade mental consiste na ação conjunta de potenciais fatores relacionados com a parte social e as experiências de vida da pessoa, que a podem predispor ao sofrimento ou ao desenvolvimento de doença mental. Por sua vez Kun/ PH, Martini (1981 cit por Eplov et al., 2010) associam à vulnerabilidade mental uma tendência para experimentar sintomas psicossomáticos ou problemas interpessoais.

No contexto da vulnerabilidade mental, têm-se desenvolvido estudos nas últimas décadas que a relacionam com a depressão (Gotlib & Hammen, 2004). Segundo a OMS em 2020 a depressão será a maior das doenças mentais (McKendree-Smith, Floyd, & Scogin, 2003 cit por Cardoso, Rodrigues e Vilar, 2004). Esta doença pode afetar desde muito cedo o indivíduo, podendo estar presente a partir da sua infância. A sua

prevalência difere tendo em conta a idade e o sexo, sendo que a depressão é maior nos rapazes na infância, e na adolescência a prevalência é maior nas raparigas (Cardoso, Rodrigues e Vilar, 2004).

No que diz respeito à depressão, destacam-se três teorias cognitivas tais como, a teoria de depressão de Beck (1987), a teoria de desesperança da depressão (HT; Abramson, Metalsky & Alloy 1989) e a teoria de estilos de resposta (RST; Nolen-Hoeksema, 1991). Estas três teorias identificam diferentes fatores cognitivos de vulnerabilidade: atitudes disfuncionais, estilos cognitivos negativos e estilos de resposta ruminante (pensamentos de caráter negativo repetidos) (Adams, Carter e Hankin, 2007).

Relativamente à teoria de Beck (1987), esta defende que a vulnerabilidade cognitiva para a depressão deve-se a pensamentos disfuncionais que a pessoa apresenta e a crenças extremas e rígidas em relação a si ao mundo (Adams, Carter e Hankin, 2007).

No que se refere à teoria da desesperança (Abramson, Metalsky & Alloy 1989), esta apresenta outra vulnerabilidade cognitiva para a depressão, tendo como base o modelo de stress, em que perante acontecimentos negativos a pessoa faz inferências negativas sobre as causas, consequências e as suas características no desenvolvimento dos eventos negativos (Adams, Carter e Hankin, 2007).

Por sua vez, na teoria do estilo de resposta (Nolen-Hoeksema, 1991), o autor defende que, as pessoas com pensamentos ruminativos, perante um evento negativo, têm maior tendência para prolongar no tempo o humor depressivo que pode levar à depressão comparativamente com as pessoas que se conseguem distrair (Adams, Carter e Hankin, 2007). A ruminação é para algumas pessoas uma forma de lidar com situações stressantes, no entanto esta vai direcionar a atenção para os aspetos negativos prolongando o humor depressivo ao invés de resolver o problema (Bandeira et al., 2012).

Bidstrup et al. (2011) no seu estudo sobre a vulnerabilidade mental como fator de risco para a depressão, aplicaram a EVM e verificaram que a vulnerabilidade mental pode ser um dos fatores de risco da depressão,

havendo também fatores de risco associados à vulnerabilidade mental descritos no capítulo seguinte.

4. FATORES DE RISCO DE VULNERABILIDADE MENTAL

Para a promoção de uma vida saudável a pessoa no seu dia-a-dia procura reduzir os riscos que podem afetar a sua saúde adotando boas práticas de vida (Barra et al., 2010). O mesmo autor refere que, o risco consiste num processo que é construído socialmente através da sua perceção coletiva. O seu reconhecimento e aceitação pode ser benéfico na prevenção de alterações na saúde. A exposição da pessoa a um determinado risco com potencial para causar alteração à sua saúde, pode ter consequências em várias dimensões: física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual (Barra et al., 2010).

Existe um relacionamento do risco e vulnerabilidade com resultados negativos ou indesejados, no entanto, estes dois conceitos diferem:

(...) o risco está associado com uma probabilidade estatística presente em grupos e populações, a vulnerabilidade, por outro lado, está relacionada, estritamente, à pessoa e às suas predisposições a respostas ou consequências negativas (Cecconello, 2003, p. 22).

Deste modo, a vulnerabilidade só se manifesta com a presença de um risco, pois a pessoa pode possuir uma predisposição a uma doença específica e essa nunca se manifestar pela ausência da exposição ao risco ou a fatores stressantes (Cecconello, 2003). A vulnerabilidade consiste assim na predisposição para o desenvolvimento de uma doença específica ou na incapacidade em gerir o stress (Cecconello, 2003).

Segundo a OMS (2012) a VM depende do ambiente/contexto, havendo grupos na sociedade mais vulneráveis ao desenvolvimento de problemas relacionados com a doença mental tais como: pessoas com doenças crónicas, grupos minoritários (crianças, mulheres grávidas), ou pessoas expostas a locais de conflito (guerra). Para Caponi (2004 in Czerenia e Freitas, 2004) existem determinadas situações (fatores), como a má alimentação, a baixa escolaridade ou analfabetismo, a pobreza e condições

de trabalho e sanitárias desfavoráveis, que podem tornar as pessoas vulneráveis.

Segundo Massuia, Menezes, Pessalacia, (2010), nas crianças e adolescentes (grupo minoritário), determinadas circunstâncias podem colocar estas em situações de risco e de desenvolvimento de vulnerabilidade, uma vez que, encontram-se numa fase do ciclo de vida em que privações a nível emocional, cultural, social e económico podem afetar o seu desenvolvimento biopsicossocial.

Para a OMS (2001) existe uma relação entre fatores psicológicos e o desenvolvimento de doença mental. Por isso, crianças que vivam em ambientes hostis, ou seja, privadas de envolvimento afetivo, têm maior probabilidade de desenvolver perturbações mentais na infância ou numa fase posterior.

Flaskerud e Winslow (1998, cit por Sebastian in Lancaster & Stanhope 2008) salientaram três fatores da vulnerabilidade sendo eles: as limitações de recursos, o mau estado de saúde e os riscos de saúde.

Shi and Stevens (2005 cit por Sebastian in Lancaster & Stanhope, 2008) referem que o estado económico das pessoas, nomeadamente a pobreza, consiste numa das principais causas da vulnerabilidade, sendo as crianças e as mulheres os grupos mais afetados. A falta ou a limitação de recursos económicos, conduzem a uma limitação no acesso aos recursos necessários para uma boa qualidade de vida em sociedade (Sebastian in Lancaster & Stanhope, 2008). Existe assim, maior probabilidade das pessoas com dificuldades económicas terem um conjunto de fatores no seu dia-a-dia (relacionados com o ambiente em que vive em termos familiares, sociais e económicos), que perante uma crise inesperada da vida fazem com que não possuam os recursos necessário para a gerir. As populações com menores recursos económicos são aquelas que apresentam uma maior prevalência de doença mental, bem como o abuso de substâncias.

No que diz respeito à, baixa escolaridade e analfabetismo (que pode advir do fator económico), esta torna ainda mais difícil a inserção no mundo do trabalho e a superação da pobreza, logo pode levar a uma vulnerabilidade social e consequentemente à VM (Sebastian in Lancaster &

Stanhope, 2008). A educação é assim um recurso que desempenha um papel importante na saúde, uma vez que, pessoas com níveis de escolaridade superiores podem possuir maior informação sobre as escolhas mais adequadas para estilos de vida mais saudáveis (Sebastian in Lancaster & Stanhope, 2008).

Por sua vez, com o aumento da idade começam a surgir as doenças, as dificuldades a nível físico e a incapacidade para gerir os fatores de stress, predispondo desta forma a pessoa à vulnerabilidade, sendo que as doenças crónicas podem ser responsáveis pela incapacidade física e mental não havendo necessariamente uma relação doença/ idade (Sebastian in Lancaster & Stanhope, 2008).

O Mental illness Fellowship of Australian (2005) apresenta um conjunto fatores de risco para a vulnerabilidade semelhante aos que já foram referidos: fatores biológicos (doenças crónicas), história pessoal (vivência de acontecimentos negativos) e stress ambiental (falta de recursos económicos ou sociais). Berger et al., (2012) e Bakhshi & Trani (2013) confirmam as experiências de vida como um dos fatores de VM, uma vez que o impacto da vivência em ambientes de guerra promove o desenvolvimento de sintomatologia psicológica resultante da violência experienciada (Berger et al., 2012). Segundo o estudo “Características Demográficas e clínicas de uma amostra brasileira de pacientes mulheres com Transtorno de Personalidade *Borderline*” realizado por Schestatsky (2005) a exposição a eventos traumáticos, como a violência física, emocional e sexual na infância, confirmou a hipótese desses eventos funcionarem como fatores de risco ao aumento da vulnerabilidade à perturbação *Borderline* na idade adulta.

As pessoas com doenças crónicas que tenham uma cognição desajustada, são mais suscetíveis a apresentar VM e conseqüentemente uma perturbação mental (Berger et al., 2012). A depressão é um exemplo de uma perturbação mental que resulta da incapacidade de gerir os acontecimentos de vida negativos (Cardoso, Rodrigues e Vilar, 2004). No caso da depressão os fatores de risco são: a adversidade (acontecimentos de vida negativos, como o luto, violência familiar, abuso), externalização,

(consumo de substâncias e distúrbios em termos de conduta) e internalização (início precoce de demonstrações de transtornos de personalidade e de ansiedade) (Bidstrup et al., 2011). Estes fatores num período em que ainda não sejam prejudiciais para a pessoa (antes do diagnóstico da Depressão) podem indicar que há VM ou predisposição para a perturbação mental. Estes fatores de risco são idênticos aos fatores de risco para as perturbações mentais no geral, desta forma Câmara (2011) confirma que existe uma grande prevalência de pessoas com perturbações mentais que fazem consumos de substâncias (fator de risco) uma vez que a VM aumenta devido às alterações neurobiológicas provocadas pelos consumos (Câmara, 2011).

Bidstrup et al. (2011) refere que a identificação dos fatores de risco pode ser utilizada como uma ferramenta na identificação precoce e prevenção da doença mental. A lacuna na promoção, prevenção ou identificação precoce dos fatores de risco, e conseqüentemente da VM, pode então levar o individuo a desenvolver uma doença mental, sendo nesta altura mais difícil a aplicação de intervenções.

5. DOENÇA MENTAL

As doenças mentais atingem todo o tipo de população, sendo bastante comuns, uma vez que atingem 25% da população numa determinada altura da vida (OMS, 2001). Acredita-se que em 2020 as perturbações mentais vão ter um peso de 15% dentro das perturbações incapacitantes, como as perturbações depressivas, perturbações devido à adição, esquizofrenia, epilepsia, alzheimer, atraso mental e perturbações na infância e adolescência (OMS, 2001).

As perturbações mentais e comportamentais consistem num fenómeno anormal ou patológico. A OMS (2001, p.53) define estas perturbações como “(...) condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com a angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento.”

Segundo Barros, Chagas e Dias (2009) os comportamentos ajudam na identificação do transtorno mental, uma vez que os indivíduos na sua maioria praticam comportamentos normais, são os comportamentos desajustados, ou seja, comportamentos vistos pela sociedade ou pela cultura em que se vive como comportamentos anormais, os que ajudam na identificação. Desta forma, para que uma perturbação mental possa ser identificada é necessário que o comportamento anormal seja contínuo e recorrente e que afete ou perturbe o funcionamento pessoal em várias áreas da vida do indivíduo (OMS, 2001).

De acordo com o estudo realizado por Prebianchi e Falleiros (2011) sobre a representação da doença mental para utentes e profissionais de saúde, a doença mental é uma perda de controlo e do padrão de normalidade. Os profissionais de saúde ainda referem que uma das causas da doença é o conflito emocional. As causas desta doença tanto para utentes como para os profissionais de saúde resulta de dificuldades e conflitos atuais, problemas familiares, sociais e económicos (Prebianchi e

Falleiros, 2011). Barros, Chagas e Dias (2009) apresentam o termo de pluricausalidade associado à doença mental, pois diferentes pessoas apresentaram causas diferentes para a doença.

O desenvolvimento da doença mental pode ser consequência de experiências traumáticas durante a infância, de problemas familiares, de problemas socioeconômicos, ou das drogas e álcool. As adições desgastam de tal forma o corpo que os indivíduos não conseguem resistir aos seus efeitos (Prebianchi e Falleiros, 2011). O transtorno mental pode também ter uma origem genética, uma vez que é comum verificar-se a existência da doença em diferentes gerações de uma família (Barros, Chagas e Dias, 2009).

Para o diagnóstico das perturbações mentais e comportamentais é necessário ainda a realização de testes e exames especializados, bem como, uma boa anamnese tanto com a pessoa como com a família.

A Classificação das Perturbações Mentais e Comportamentais (CID 10) é constituída por uma lista completa das perturbações mentais e comportamentais, com os critérios de diagnóstico das mesmas (OMS, 2001).

O diagnóstico das perturbações mentais nos cuidados de saúde primários é realizado através de instrumentos de triagem e entrevistas, havendo neste contexto grandes potencialidades para a identificação e tratamento das perturbações (OMS, 2001). As perturbações mais comuns verificadas nos cuidados de saúde primários, são a depressão, ansiedade e perturbações ligadas à adição (OMS, 2001). Assim uma boa triagem com a ajuda da EVM poderá permitir a avaliação da vulnerabilidade mental da pessoa, permitindo a aplicação de intervenções que previnam antes da doença se instalar.

Como já referido anteriormente, a principal causa de morbilidade e de incapacidade na sociedade atual são as doenças ligadas à saúde mental.

Para o diagnóstico destas doenças é necessário haver critérios que nem todos os indivíduos possuem, não deixando por isso de estar em sofrimento e com necessidade de intervenção (Santos, 2009). É por isso importante que não se decorem os cuidados de Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

A identificação das doenças mentais nos CSP é difícil, uma vez que, existe uma morbilidade psiquiátrica oculta que depende do reconhecimento dos problemas de saúde mental pelos profissionais (Santos, 2009). Tendo em conta que os profissionais de saúde que estão nos CSP são os primeiros a contactarem com as pessoas portadoras de doença mental (Santos, 2009), é importante que estes estejam despertos para o mesmo. É neste setor dos cuidados de saúde que se deve intervir primordialmente, ou seja, que se devem introduzir intervenções direcionadas para a prevenção e promoção da doença mental para a população com VM.

No entanto, não existem ainda em Portugal instrumentos que permitam a avaliação da VM, por isso torna-se necessário a construção ou a validação de instrumentos nessa área. Desta forma, no capítulo seguinte será descrita uma escala (EVM) desenvolvida na Dinamarca que avalia os níveis de VM, e que se pretende com o presente estudo validar na população Portuguesa.

6. ESCALA DA VULNERABILIDADE MENTAL (EVM)

O Mental Vulnerability Questionnaire é um instrumento psicométrico de avaliação da vulnerabilidade mental, construído em 1960 na Dinamarca pelos serviços militares com o objetivo de selecionar os indivíduos mais adequados para este serviço e eliminar aqueles com menos capacidade para o integrar (Eplov et al., 2010). A escala foi construída inicialmente com 27 itens tendo em conta três dimensões da vulnerabilidade: sintomas psicossomáticos, sintomas mentais e problemas interpessoais (Eplov et al., 2010).

Em 1970 um estudo realizado pelo Instituto Nacional Dinamarquês de Pesquisas Sociais utilizou a EVM novamente numa população militar significativa com o fim de reduzir a escala para 22 itens que posteriormente foi reduzida para 12 desses itens, devido a um estudo realizado em 1979 por Andersen e Sørensen, com o objetivo de ajustar as propriedades psicométricas da escala ao modelo Rasch (Eplov et al., 2010).

O modelo Rasch pressupõe que uma escala possua um conjunto de itens aos quais a pessoa pode responder se está de acordo ou desacordo (dicotômica), ou manifestar um grau de concordância em que 1 é “discordo totalmente” e m “concordo totalmente” (escala politômica de m pontos) (Cunha, 2007).

A escala da vulnerabilidade mental foi aplicada em vários estudos da população dinamarquesa, associando a vulnerabilidade mental com a dispepsia superior (Kay & Jørgensen, 1994), com a síndrome do colon irritável (Kay, Jørgensen & Jensen, 1994), com a úlcera péptica (Rosenstock, 1996), com a morte precoce (Eplov, Jørgensen, Birket-Smith, Segel, Johansen & Mortensen, 2005) e com a doença de isquemia do coração (Eplov, Jørgensen, Birket-Smith, Petersen, Johansen & Mortensen, 2006, cit. por Eplov et al., 2010). No estudo da doença de isquemia do

coração (DIC) (Eplov et al., 2006), verificou-se que pessoas com VM apresentam maior risco de DIC.

A maioria dos estudos sobre a Vulnerabilidade Mental foram desenvolvidos na Dinamarca, por isso, Eplov et al. (2010) propuseram uma versão inglesa da EVM, com as seguintes etapas: 1- três autores traduziram a EVM de Dinamarquês para Inglês, 2- outros três autores fizeram a retrotradução de Inglês para Dinamarquês, 3- a versão retrotraduzida foi comparada com a versão original, e assim Eplov et al., (2010) chegaram a acordo quanto à versão final da EVM.

Bidstrup et al., (2011) estudou a vulnerabilidade mental como fator de risco da depressão já com a versão inglesa da EVM. É um estudo prospectivo realizado também ele na Dinamarca que concluiu que a vulnerabilidade mental pode ser fator de risco da depressão. Este estudo mostra ainda, que uma forma de prevenir a depressão crônica é a identificação precoce bem como o tratamento da depressão (Bidstrup et al., 2011).

No estudo realizado por Eplov et al. (2010) estes tinham como objetivo avaliar as propriedades psicométricas da EVM com 22 itens, da versão mais reduzida com apenas 12 itens, e ainda de três novas escalas que foram construídas por três dos autores do artigo, Eplov, Peterson e Birket-Smith.

Estes dividiram a escala de 22 itens nas três categorias correspondentes às três dimensões da vulnerabilidade Mental (Sintomas Psicossomáticos, Sintomas Mentais e Problemas Interpessoais).

A EVM, a EVM -12, a Escala dos Sintomas Psicossomáticos, a Escala dos Sintomas Mentais e a Escala dos Problemas Interpessoais foram aplicadas a uma amostra designada de *INTER99* e coorte 1936, tendo recorrido a uma base de dados populacional do Centro de Investigação e Prevenção de Saúde de Glostrup na Dinamarca (Eplov et al., 2010).

As cinco escalas foram sujeitas a análise estatística descritiva como média, desvio-padrão, assimetria, curtose, coeficiente de Loevinger e *Alpha de Cronbach* e estatística inferencial com recurso à ANOVA *two-way*, correlação de Pearson e Regressão linear. A ANOVA *two-way* foi utilizada para analisar se há influência do sexo e de três grupos etários no *score* final da Vulnerabilidade Mental, (Ibidem). A correlação de Pearson foi utilizada

para analisar a existência de correlação entre as cinco escalas e outras duas escalas, a Escala de Auto-avaliação de Sintomas de 90 itens (SCL-90-R), tendo sido utilizada a versão reduzida de 37 itens, e o Inventário da Personalidade Neo (NEO-PI-R) que tem 240 itens, no entanto para este estudo foi utilizada a versão reduzida com 60 itens (Eplöv et al., 2010). A regressão linear foi utilizada para avaliar as respostas das cinco escalas em estudo e os domínios do NEO-PI-R (Neuroticismo, Extroversão, Consciencialidade), e os domínios do SCL-90-R (Somatização, Depressão, Ansiedade). Alguns resultados obtidos relativos à EVM e às suas subescalas são apresentados no quadro 1.

Tabela 1 - Consistência Interna e Correlações entre a EVM e as suas Subescalas

	EVM	EVM-12	Sintomas Psicosomáticos (SP)	Sintomas Mentais (SM)	Problemas Interpessoais (PI)
<i>Alpha</i> de Cronbach	0,80	0,71	0,58	0,59	0,52
Correlação de Pearson	EVM-12	0,93	_____	_____	_____
	SP	0,73	0,78	_____	_____
	SM	0,78	0,78	0,54	_____
	PI	0,71	0,55	0,33	0,43

A EVM na sua totalidade apresenta um bom *Alpha* de Cronbach (0,80), sendo que as três novas escalas apresentam um *Alpha* baixo (Eplöv et al., 2010). Relativamente às correlações entre as escalas verifica-se uma correlação alta entre a EVM e a EVM-12 e boas correlações com as novas três escalas. As correlações relativas à três novas escalas foram significativamente mais baixas (Eplöv et al., 2010).

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

7. METODOLOGIA

Com a revisão da literatura realizada reuniu-se um conjunto de trabalhos que permitiu focar os aspectos mais importantes, a informação necessária para a justificação do estudo, a sua finalidade, objetivos e metodologia utilizada.

No presente capítulo será apresentado cada passo da metodologia selecionada para o estudo. Tendo em conta que o estudo consiste na tradução, validação e avaliação das propriedades psicométricas, existem subcapítulos orientados para esse fim além dos subcapítulos referentes a toda contextualização, justificação, finalidade e objetivos.

7.1. CONTEXTO E JUSTIFICAÇÃO

Como referido anteriormente, no mundo atual a atenção dispensada à Saúde Mental e Psiquiatria ainda não é a mesma que é dada à Saúde Física (OMS, 2001). Segundo a OMS (2001) os problemas relacionados com a área da Saúde Mental e Psiquiatria têm vindo a aumentar e vão continuar neste sentido, uma vez que vários aspetos sociais, políticos e financeiros vêm-se agravando dia após dia na sociedade.

Para combater o aumento das doenças psiquiátricas é necessário fazer um correto diagnóstico das mesmas e, se possível, evitá-las através de uma boa promoção e prevenção. O diagnóstico de uma doença na área da Saúde Mental e Psiquiatria é difícil de fazer, pois reúne-se um conjunto de parâmetros subjetivos que podem corresponder a diferentes doenças da área.

Com o objetivo de prevenir a doença e promover a continuidade de uma boa Saúde Mental é necessário identificar junto das populações pessoas que possam ser mais vulneráveis ao desenvolvimento da doença.

Tratando-se de uma área em que a informação é subjetiva torna-se necessário ter em conta vários aspetos da vida da pessoa. Para isso é indispensável a utilização de instrumentos psicométricos que permitam avaliar a vulnerabilidade da pessoa ao desenvolvimento da doença.

É importante que estes instrumentos sejam validados na população portuguesa, uma vez que os problemas sociais, políticos, financeiros e pessoais não são iguais em todos os países e culturas, logo têm de estar de acordo com a população em que vai ser aplicada.

Vários estudos em países com diferentes níveis de desenvolvimento vêm demonstrando que existem determinantes em saúde (fatores que influenciam a Saúde Mental e que podem levar ao desenvolvimento de doença mental) comuns (Alves e Rodrigues, 2010).

Uma vez adaptada para a população portuguesa, a Escala da Vulnerabilidade Mental poderá funcionar como um auxiliar no trabalho de muitos profissionais de saúde, principalmente os que trabalham com a Promoção da Saúde Mental.

Vários são os autores que referem que a Saúde Mental (SM) não consiste apenas na ausência de uma perturbação mental. Estudos mostram uma relação entre a Saúde Mental e as doenças orgânicas assim como a influência da SM na saúde física da pessoa (Alves e Rodrigues, 2010).

A EVM é um instrumento que apresenta um conjunto de sintomas mentais, sintomas psicossomáticos e problemas interpessoais que vão permitir assim perceber quais as pessoas com maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de doença mental. Após a identificação das pessoas vulneráveis o próximo passo passará pelo planeamento de intervenções que previnam a doença mental e promovam a Saúde Mental.

7.2. FINALIDADE E OBJETIVOS DE ESTUDO

A resposta a questões ou solução de problemas consiste na finalidade do estudo (Polit, Beck & Hungler, 2004). Com a validação da EVM acredita-se que esta pode ser uma peça-chave na Promoção da Saúde Mental em pessoas com potencial para o desenvolvimento de doença mental e na identificação precoce das mesmas. A aplicação antecipada de intervenções pode assim ser uma mais-valia na prevenção de doença mental.

O objetivo de estudo, segundo Fortin, Cotê e Filion (2009), orienta a investigação com as seguintes funções: descrição, explicação e predição.

Os objetivos deste estudo são:

- Traduzir para a língua portuguesa, a Escala da Vulnerabilidade Mental;
- Adaptar a Escala da Vulnerabilidade Mental na população portuguesa;
- Avaliar as propriedades psicométricas da Escala da Vulnerabilidade Mental;

Conhecidos os três principais objetivos do estudo, importa ainda conhecer dois objetivos secundários que permitem um maior conhecimento da relação do constructo com a amostra. São eles:

- Identificar a relação entre os fatores sociodemográficos e o risco para a Vulnerabilidade Mental;
- Identificar a relação entre os fatores clínicos (antecedentes patológicos, vigilância da saúde, medicação, experiências de vida negativas, consumo de substâncias, os resultados das escalas aplicadas) e o risco para a Vulnerabilidade Mental.

7.3. TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DO INSTRUMENTO PSICOMÉTRICO

Um instrumento psicométrico tem como objetivo medir um conceito, que quando abstrato utiliza indicadores empíricos que possam ser próximos do conceito a medir (Fortin, Côté e Fillion, 2009).

Segundo (Ribeiro, 2010) os instrumentos psicométricos permitem a recolha das variáveis (entidades abstratas) com significado para a investigação, reduzindo a um número que representa a entidade abstrata em estudo.

Quando se utiliza um instrumento psicométrico numa investigação este normalmente já foi construído em outra língua, uma vez que a construção de um novo instrumento requer muitas despesas a vários níveis, (Fortin, Côté e Fillion, 2009).

7.3.1 SELEÇÃO DO INSTRUMENTO PSICOMÉTRICO

A seleção do instrumento psicométrico utilizado para este estudo surgiu após o conhecimento da tese de Doutoramento da Professora Maria José Nogueira cujo tema de estudo se intitula “Avaliação da vulnerabilidade mental em estudantes do ensino superior em transição para a adultícia”.

No momento da revisão da literatura sobre Vulnerabilidade Mental verificou-se que não existe muita informação sobre o conceito. No entanto, encontraram-se duas escalas direcionadas para as potencialidades ao desenvolvimento da doença mental, sendo elas a Escala da Vulnerabilidade Psicológica (EVP) e a Escala da Vulnerabilidade Mental (EVM). Após a construção e alteração a EVM foi utilizada em alguns estudos na Dinamarca que demonstrou a relação entre a vulnerabilidade Mental e a presença de

sintomas somáticos, sintomas mentais e problemas interpessoais (Eplöv et al., 2010).

A Escala da Vulnerabilidade Mental e a Escala da Vulnerabilidade Psicológica apesar de terem uma proximidade em termos semânticos têm conteúdos de avaliação diferentes. A EVM procura funcionar como uma antevisão do possível desenvolvimento de um problema, que coloque em causa a saúde mental e física da pessoa (tendo como base os sintomas psicossomáticos, sintomas de alteração mental e problemas interpessoais), (Eplöv et al., 2010). A EVP reflete possíveis padrões cognitivos da pessoa que a está a preencher tendo em conta as expectativas de outras pessoas, ou seja, no valor que representam para as outras pessoas, padrões esses que podem promover reações prejudiciais perante uma situação de stress, tornando o indivíduo mais vulnerável (Sinclair & Wallston, 1999).

Optou-se por traduzir, validar e avaliar as capacidades psicométricas da EVM tendo em conta que de entre as duas escalas encontradas a EVM parece ser, através dos seus itens e das suas três dimensões a mais completa, logo parece ser a que melhor avalia o constructo que se propõe avaliar, ou seja a VM. Enquanto que a EVP para avaliar a Vulnerabilidade Psicológica tem apenas em conta os problemas relacionados com as interações psicossociais, tendo por base apenas uma dimensão da VM, a EVM baseia-se em três dimensões diferentes (Sintomas Psicossomáticos, Sintoma Mentais e Problemas interpessoais), e mediante um conjunto de itens das diferentes dimensões uma pessoa pode ter Vulnerabilidade Mental ou risco de vulnerabilidade.

Como base para o presente estudo foi utilizado o artigo “*The Mental Vulnerability questionnaire: A psychometric evaluation*” (Eplöv et al., 2010), que tem como objetivo a avaliação psicométrica da EVM que mostrou grande confiabilidade para ser aplicada em contexto clínico. No decorrer da pesquisa encontraram-se mais dois artigos com a aplicação da EVM (que apoiam o presente estudo) sendo eles o “*Mental vulnerability as risk factor for depression: A prospective cohort study in Denmark*” (Bidstrup et al., 2011) e “*Mental vulnerability as risk factor for ischemic heart disease*” (Eplöv et al., 2006).

7.3.2. *TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO PSICOMÉTRICO*

As línguas diferem uma das outras e o conteúdo descrito em uma língua não tem obrigatoriamente uma tradução correspondente numa outra língua (Raad 1998, cit. por Ribeiro, 2010).

Para uma boa adaptação do instrumento é necessário que a sua tradução seja sujeita aos mesmos procedimentos psicométricos que o instrumento original (Bradley 1994, cit. por Ribeiro, 2010). Assim a tradução do instrumento procura “(...) permitir a comparação dos conceitos entre respondentes pertencentes a culturas diferentes” (Fortin, Côté e Fillion, 2009, p. 396), isto é, o significado dado a um conceito na versão original e posteriormente validado em outra língua tem de ser igual para as duas culturas que são comparadas (Hulin, 1987, cit por Fortin, Côté e Fillion 2009).

A tradução segundo Fortin, Côté e Fillion (2009) deve ser realizada pelo menos por dois autores independentes, em que um faz a tradução do instrumento para a língua de chegada e outro retrotradução do texto para a língua de partida. Assim sendo, tanto o texto de partida como o de chegada devem ser sujeitos a uma comparação. O texto na versão de chegada deverá ser corrigido as vezes que forem necessárias até obter uma tradução que se pense ser satisfatória (Fortin, Côté e Fillion, 2009).

No presente estudo, para a tradução da EVM foram seguidas as etapas referidas por Fortin, Côté e Fillion (2009). O processo de tradução e validação do instrumento para a população portuguesa teve início com o pedido de autorização do mesmo aos autores da escala original. No entanto, por impossibilidade em contactar os autores da escala na versão original, uma vez que esta foi construída nos anos 60, fez-se o pedido por correio eletrónico à investigadora principal responsável pela tradução da Escala da Vulnerabilidade Mental para versão inglesa e aplicação da mesma em vários estudos dinamarqueses, tendo sido aceite (ANEXO I).

Posteriormente foram realizadas duas traduções independentes da versão inglesa (ANEXO II) para a versão portuguesa, (uma por uma professora, bióloga e investigadora, e outra por um tradutor licenciado em línguas, ANEXO III e ANEXO IV respetivamente). Sendo a escala dinamarquesa e, uma vez que foi cedida pela investigadora principal a versão original da EVM (ANEXO V), procedeu-se à sua tradução para a versão portuguesa. Nesse sentido foi contactada a embaixada da Dinamarca em Portugal, no qual nos foi fornecido o contacto de alguns tradutores, tendo sido escolhido duas tradutoras independentes (ANEXO VI e ANEXO VII). Esta tradução realizou-se com o objetivo de perceber se na tradução de dinamarquês para português perdeu-se informação significativa, o que não se verificou. Uma vez que não foi possível ter acesso ao artigo relativo à construção e validação da EVM original, foi utilizado o estudo de Eplöv et al. (2010) em que a EVM foi traduzida de dinamarquês para inglês.

Na tradução de inglês para português (T1 e T2), os autores não apresentaram qualquer divergência. Na tradução de dinamarquês para português (T3 e T4) verificaram-se algumas divergências como elucida o ANEXO VIII.

Com as quatro versões existentes na versão portuguesa procurou-se chegar a uma versão provisória da EVM em português através da análise de consensos. Para a análise de consensos entre as traduções reuniu-se um grupo com os seguintes peritos, uma docente na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com Mestrado e Doutoramento, uma Psicóloga, Professora Catedrática da faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, com Mestrado e Doutoramento na área da Psicologia, uma Psicóloga, Professora Catedrática da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, com Pós Graduação e Doutoramento na área da psicologia, e uma Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria no Barreiro SAMS - Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas.

Os quatro peritos conseguiram chegar a um consenso para a versão portuguesa da EVM, no entanto houve alguns itens da escala que levantaram mais dúvidas uma vez que um mesmo item apresenta dois

conceitos diferentes. Por exemplo, no item nº3 em que é proposto “enxaqueca” ou “dores de cabeça”, são dois conceitos diferentes uma vez que, enxaqueca é considerada uma doença e as dores de cabeça são um sintoma presente em algumas doenças como o Síndrome de *Burnout*, (Benevides-Pereira 2001 cit Benevides-Pereira e Takahashi 2003). A enxaqueca é apresentada por Bickerstaff, (1961) como Síndrome da Enxaqueca Basilar que inclui sintomas como a dor de cabeça na região occipital, com sinais ou sintomas de alterações a nível do tronco encefálico (Bickerstaff, 1961, cit por Bahmad; Cal, 2008). Tal como este item houve outros que levantaram dúvidas relativamente ao conteúdo e semântica utilizada (ANEXO IX).

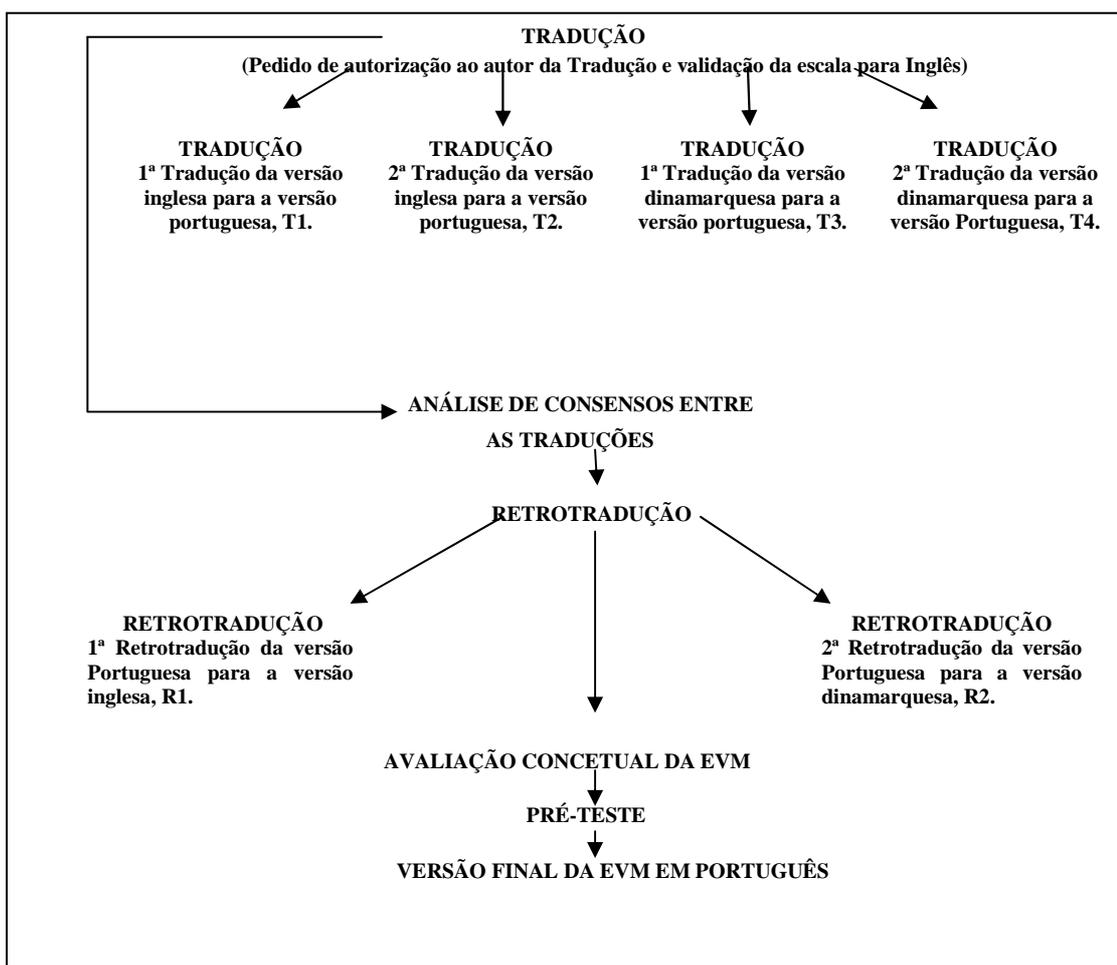
Para o passo seguinte a, retrotradução, foi entregue uma versão provisória da EVM a uma tradutora (R1) (Professora, bióloga e investigadora). Esta realizou a retrotradução do português para o inglês, tendo-se verificado que não apresentava divergências com a versão original da EVM em inglês. A retrotradução do português (R2) para o dinamarquês foi realizada por uma outra tradutora da embaixada dinamarquesa (ANEXO X). Na retrotradução de português para dinamarquês verifica-se algumas divergências com EVM dinamarquesa original ao nível dos verbos utilizados, informação fornecida pela última tradutora que realizou a retroversão. O facto de esta retrotradução apresentar divergências não é significativo, uma vez que a escala em que este estudo se apoia é a EVM traduzida para inglês.

Foi ainda proposto pelo professor J. M. (Psicólogo, cronometrista e estatística e professor no ISPA) após consultá-lo sobre o instrumento, que as respostas da EVM ao invés de serem dicotómicas (como a original) passassem a ter respostas tipo Likert (1- Nunca, 2- Raramente, 3- Algumas vezes, 4- Muitas vezes, 5- Constantemente) com o objetivo de aumentar a robustez psicométrica. Desta forma a EVM permitirá uma melhor avaliação e especificidade do constructo. Foi ainda realizado um pedido a um grupo de peritos para avaliação da validade concetual, que será descrita no subcapítulo seguinte.

Assim obteve-se uma versão provisória da EVM que foi utilizada para realizar o pré-teste (ANEXO XI). Após o pré-teste verificou-se que com a aplicação da resposta tipo Likert não fazia qualquer sentido os adjetivos quantitativos que a grande parte dos itens da EVM apresentavam uma vez que confundiam quem estava a preencher, por isso foram retirados. Com esta última alteração chegou-se à versão final da EVM (ANEXO XII).

Foi realizado o contacto com a autora da validação da escala para a versão inglesa no sentido de validar a retrotradução em comparação com a versão original. O processo de tradução consiste assim em seis etapas (Tradução, Análise de consensos das traduções, Retrotradução, Análise Concetual, Pré-teste e Versão final do instrumento) que foram aplicadas neste estudo como demonstra a Figura 1.

Figura 1 - Síntese das traduções.



7.3.3. AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES DE MEDIDA PÓS TRADUÇÃO

A tradução de uma escala de uma língua para outra pode provocar sérias modificações na sua validade e fidelidade (Fortin, Côté e Fillion, 2009). Assim sendo, para uma melhor avaliação das propriedades psicométricas, neste caso da EVM, é necessário ter em conta dois grandes tipos de propriedades: a fidelidade e a validade (Ribeiro, 2010).

Quanto à validade do instrumento este só será válido se mede o que é suposto medir (Fortin, Côté e Fillion, 2009).

Os tipos de validade que podem ser apreciados são os seguintes: validade de conteúdo, validade de critério (eficiência de um instrumento em prever qual será o comportamento de uma pessoa em uma determinada situação) Anastasi (1990, cit por Ribeiro, 2010) e validade de constructo (capacidade que o instrumento tem para medir o constructo teoricamente definido [Fortin, Côté e Fillion, 2009]).

O processo de validação concetual (validade de conteúdo) é uma das etapas importantes na tradução e validação de instrumentos, no sentido de assegurar se a escala mede bem o conceito que procura medir (Fortin, Côté e Fillion, 2009). Por isso, após o processo de tradução, efetuaram-se os convites a um grupo de profissionais para integrarem o grupo de peritos no sentido de avaliarem a validade concetual da EVM. Para definir este grupo de peritos estipularam-se os seguintes critérios de inclusão: ser Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, ser detentor do grau de Doutor ou de Mestre, e possuir o mínimo de dois anos de experiência.

O convite foi assim enviado por correio eletrónico a sete profissionais de saúde, tendo este sido aceite por parte de três deles (três enfermeiros, sendo um deles doutorado). Quatro dos outros profissionais de saúde convidados (enfermeiros e uma psicóloga) não deram qualquer tipo de resposta.

Após a avaliação da validade conceitual do instrumento e considerando as opiniões dos peritos sobre o mesmo (se mede o constructo que se propõe a medir e se há relação entre os itens), seguiu-se a avaliação de outras propriedades psicométricas.

Para a análise validade de constructo foi realizada a análise da validade divergente e a validade convergente. A validade divergente foi avaliada entre a EVM e o Questionário da Saúde Mental Positiva (QSMP), no sentido de verificar se existe divergência entre as escalas, ou seja, as escalas não medem os mesmos constructos, sendo expectável que sejam correlacionadas negativamente (Fortin, Côté e Fillion, 2009), verificando-se que a extensão de correlação entre os instrumentos que medem diferentes constructos é menor (Herdman, Fox-Rushby e Badia, 1998). A validade convergente foi avaliada entre a EVM e itens negativos do MHI-5 (MHI-5 [-]), no sentido de verificar se existe convergência entre as escalas, isto é, se as escalas medem os mesmos conceitos, sendo expectável que sejam correlacionadas positivamente (Fortin, Côté e Fillion, 2009). No entanto, uma vez que no MHI-5 (-) os itens estão cotados de forma inversa à EVM, ou seja, no caso do MHI-5 (-) quanto menor o *score* maior é o *Distress*, na EVM quanto maior o *score* maior é a VM, por isso para obter correlações significativas estas tem de ser negativas.

A Análise Fatorial (AF) é um método da estatística multivariada que permite agrupar um conjunto de conceitos com relação entre si, chamados fatores (Fortin, Côté e Fillion, 2009). Esta permite saber se os enunciados de uma escala se reagrupam em volta de um só fator (Nunnaly e Bernstein, 1993, cit por Fortin, Côté e Fillion, 2009).

A relação entre itens que se revela através de valores de estatística elevada pode ser identificada tanto pela análise fatorial como pela consistência interna (Ribeiro, 2010).

Para o presente estudo foi utilizada a Análise Fatorial Exploratória forçando três fatores, com o método de extração componentes principais seguida de rotação *varimax*.

A fidelidade consiste na capacidade de um instrumento medir um objeto de uma vez para o outro de uma forma constante, ou seja, perante

situações comparáveis obtêm-se resultados comparáveis (Fortin, Côté e Fillion, 2009). A medição do instrumento pressupõe que nas mesmas condições e com os mesmos respondentes, o resultado seja semelhante (Ribeiro, 2010).

Os principais critérios para a avaliar a fidelidade de uma escala são: estabilidade (quando perante as mesmas condições e os mesmos indivíduos se mantem os resultados), consistência interna (através do cálculo do *Alpha* de Cronbach, avalia-se a concordância entre os diferentes enunciados do instrumento de medida, sendo que a consistência interna do instrumento aumenta com o número de enunciados correlacionados) e a equivalência (quando dois avaliadores diferentes aplicam um instrumento e obtém uma concordância nos resultados) (Fortin, Côté e Fillion, 2009).

No presente estudo a fidelidade foi avaliada pela consistência interna através do *Alpha* de Cronbach tendo em conta a média das intercorrelações entre os vários itens do instrumento (Ribeiro, 2010). A equivalência não vai ser avaliada uma vez que a escala não é de observação, logo não há influência do observador na aplicação do instrumento que possa justificar os resultados obtidos aquando a utilização do mesmo.

A estabilidade não vai ser avaliada, sugerindo-se o seu estudo em investigações futuras.

7.4. ESTUDO METODOLÓGICO

Para a validação da EVM na população portuguesa no contexto do ensino superior num determinado momento, foi desenhado um estudo quantitativo, do tipo metodológico transversal.

Ribeiro (2010) refere-se ao estudo quantitativo como um estudo que deve ser constituído por determinadas propriedades métricas que conferem validade interna e assim resultados relevantes.

Neste estudo pretende-se também explorar a relação da vulnerabilidade mental com as diferentes variáveis do estudo, sendo elas: a

idade, sexo, estado civil, residência em tempo de aulas, inscrições no curso, ano de licenciatura, usufruto de bolsa, antecedentes patológicos, vigilância da saúde, medicação, experiências de vida negativas, consumo de substâncias e resultados obtidos através das escalas aplicadas. Algumas destas variáveis serão, igualmente, tratadas sob o ponto de vista descritivo e correlacional.

7.4.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Em diferentes estudos as questões direcionam-se de acordo com os objetivos do mesmo. Nos estudos descritivos as questões procuram descrever conceitos ou fenómenos (Fortin, Côté e Filion, 2009).

O presente estudo teve como base um conjunto de questões de investigação, sendo a primeira a principal e as duas seguintes secundárias.

As questões de investigação são as seguintes:

- Quais são as propriedades psicométricas apresentadas pela EVM numa amostra portuguesa de estudantes do ensino superior?
- Qual é a relação entre a vulnerabilidade mental e as características sociodemográficas dos estudantes do ensino superior, no contexto de Portugal?
- Qual é a relação entre a vulnerabilidade mental e características clínicas (antecedentes patológicos, vigilância da saúde, medicação, experiências de vida negativas e consumo de substâncias) nos estudantes do ensino superior, no contexto de Portugal?

7.4.2. VARIÁVEIS

As questões de investigação como referido anteriormente são constituídas por uma ou mais variáveis. Estas são consideradas unidades de

base da investigação (Fortin, Côté e Filion, 2009). As variáveis podem ser qualidades, propriedades ou características da pessoa e objetos de situação que podem com o tempo mudar ou variar. Relativamente à sua classificação podem ser: independentes, dependentes, de investigação, de atributo ou estranhas (Fortin, Côté e Filion, 2009).

Para este estudo utilizaram-se variáveis que expressam dados sociodemográficos dos estudantes do ensino superior, como estas características já pré-existem na população são consideradas variáveis de atributo (Fortin, Côté e Filion, 2009). Foram também utilizadas, variáveis de atributo clínico e variáveis de investigação. As variáveis de atributo do sujeito neste estudo são: a idade, sexo, estado civil, residência em tempo de aulas, inscrições no curso, ano de licenciatura, usufruto de bolsa. As variáveis de atributo clínico são: experiências de vida negativas, consumo de substâncias, antecedentes patológicos, vigilância da saúde e medicação. Os resultados obtidos através das escalas aplicadas, são as variáveis de investigação.

7.4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é um conjunto de indivíduos ou elementos com as mesmas características (Fortin, Côté e Filion, 2009).

Na investigação o conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção previamente definidos pelo investigador é designado por população alvo (Fortin, Côté e Filion, 2009). Os resultados obtidos a partir da amostra, que é uma fração da população em estudo, são então generalizados à população alvo.

A população definida para este estudo foram os estudantes do ensino superior. Contudo, a impossibilidade de estudar a população na sua totalidade levou a necessidade de delimitar a mesma através de critérios de inclusão e exclusão.

Definiu-se como critérios de inclusão:

- Serem estudantes do ensino superior;
- Serem estudantes de Enfermagem;
- Serem estudantes de uma Escola da região Norte de Portugal;

Definiu-se como critérios de exclusão:

- Estudantes com diagnóstico de doença mental;
- Estudantes com internamento prévio em serviço de psiquiatria;

O pedido de autorização para a realização do estudo foi direcionado ao Presidente da Escola Superior de Enfermagem (ANEXO XIII), tendo sido aceite (ANEXO XIV).

O método de amostragem escolhido para este estudo foi o não probabilístico, a impossibilidade de aceder a todos os estudantes do ensino superior leva a que a possibilidade de participar na amostra não seja igual para todos os elementos (Fortin, Côté e Filion, 2009).

Dentro dos métodos de amostragem não probabilística foi escolhido a amostragem acidental. Assim, a amostragem acidental permite escolher os indivíduos que correspondem aos critérios do estudo e estão no local certo no momento certo (Fortin, Côté e Filion, 2009). Neste caso, a aplicação dos questionários consistiu no envio do *link* do questionário da VM para todos os alunos da licenciatura de Enfermagem. Assim, foi efetuado um pedido por correio eletrónico ao Departamento de Divulgação e Imagem da escola com o objetivo de enviarem o questionário aos alunos, tendo sido aceite.

Para definir o tamanho da amostra é necessário ter em conta o número de variáveis em estudo, neste caso tem mais do que uma variável (análise multivariada) logo o número de participantes vai ter de ser maior, sendo sugerido por (Tinsley e Tinsley, 1987 cit por Ribeiro 2010) a existência no mínimo de cinco a 10 indivíduos por variável em análise. Uma vez que a escala é constituída por 22 itens, e seguindo a regra de pelo menos 5 indivíduos por item, a amostra ultrapassou sendo constituída por 166 indivíduos.

7.4.4. TÉCNICA DE COLHEITA DE DADOS E PRÉ-TESTE DO QUESTIONÁRIO

Todo o procedimento de colheita de dados teve como base um questionário (ANEXO XV), sendo este composto pelas características sociodemográficas e clínicas da população, pela EVM, pelo QSMP e pelo MHI-5 (instrumentos utilizados para a aferição da validade divergente e convergente).

Após a revisão do questionário, segundo Fortin, Côté e Filion (2009) é necessário realizar o pré-teste do questionário no sentido de avaliar o seu valor junto da população alvo em estudo, utilizando uma amostra reduzida. Esta etapa permite perceber se o questionário precisa de alguma alteração (Fortin, Côté e Filion 2009).

O pré-teste foi aplicado no mês de maio de 2013 a 10 alunos da licenciatura de enfermagem, para reunir este grupo optou-se por um grupo de alunos que estavam a usufruir da sala de informática da escola. Esta amostra é acidental uma vez que o grupo de alunos não contavam participar no estudo.

Após a explicação dos objetivos do estudo e o consentimento dos estudantes, os questionários foram auto preenchidos, tendo demorado em média 25 minutos no seu preenchimento. Neste pré-teste inicial tinha sido incluído o MHI com os 38 itens. Uma vez que o preenchimento dos questionários se tornava muito moroso optou-se por aplicar o MHI-5 (versão reduzida do Inventário da Saúde Mental).

Foi também realizado o pré teste do questionário online disponível através do Google Drive a apenas cinco estudantes do ensino superior, já com as alterações anteriores realizadas, sendo o tempo médio do seu preenchimento de 15 minutos. Para uma melhor caracterização da amostra verificou-se que, algumas questões descritivas necessitavam de ser alteradas uma vez que a forma original tornava a interpretação dos dados difícil. Assim as questões 5, 8, 9, 10, 11, 12 e 13, foram subdivididas e

passaram a ter uma questão principal de resposta sim e não (dicotômica), e uma segunda questão associada a cada questão principal que continha as opções possíveis que as pessoas que respondessem sim tinham. Como um exemplo temos a questão 5 em que a questão principal é “Usufri de alguma bolsa?” sendo a resposta possível sim e não, e a questão associada é “ Se respondeu sim à questão anterior especifique.” As opções possíveis são escolar e social.

7.4.4.1. Inventário da Saúde Mental (MHI-5)

O Mental Health Inventory (MHI) foi adaptado para a população portuguesa em 2001 pelo Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro, utilizando uma amostra de 609 estudantes saudáveis. Este instrumento procura avaliar a saúde mental tendo em conta perspetivas positivas e negativas.

O MHI é constituído por 38 itens que se agrupam em 5 sub-escalas que podem ser agrupadas em duas dimensões com características negativas e positivas. As duas grandes dimensões são: o *Distress* Psicológico com características negativas (incluiu as sub-escalas Ansiedade, Depressão e Perda de controlo Emocional/Comportamental) e o Bem-estar Psicológico com características positivas (incluiu as sub-escalas Afeto Geral Positivo e Laços Emocionais).

O MHI-5 é constituído por apenas 5 itens dos 38 itens do MHI, em que três itens correspondem a cada sub-escala da dimensão *Distress* Psicológico, e os outros dois itens correspondem apenas à sub-escala Afeto Positivo da dimensão Bem - estar Psicológico.

O MHI-5 em termos de consistência interna apresenta os mesmos resultados que a versão longa (Ribeiro, 2001).

Quanto a resposta a cada item é realizada através de uma escala ordinal que pode ter cinco ou seis opções. O *score* resulta do somatório dos valores brutos, em que alguns itens são cotados de modo invertido. A representação de uma melhor saúde é demonstrada através de valores mais elevados, (Ribeiro, 2001).

Este instrumento mostrou grande consistência através de uma *Alpha* de Cronbach de 0.80, uma vez que o MHI-5 mostra os mesmos resultados que a versão mais longa o MHI (Ribeiro, 2001).

Várias investigações demonstram que o MHI-5 é um instrumento útil de rastreio na avaliação da Saúde Mental (Ribeiro, 2001).

Foi efetuado o pedido de utilização do MHI no presente estudo ao Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro, responsável pela sua validação na população Portuguesa tendo sido aceite (ANEXO XVI).

7.4.4.2. *Questionário da Saúde Mental Positiva (QSMP)*

O Cuestionário de Salud Mental Positiva (CSMP) foi construído para a população espanhola em 1999 por Teresa Lluch e traduzido e validado para a população Portuguesa pelo Professor Doutor Carlos Sequeira.

Este instrumento procura avaliar a eficácia de programas de promoção de saúde mental com o sentido de potenciar os recursos da pessoa, podendo também ser utilizado como instrumento de *screening* (teste de rastreio) valorizando o nível de saúde mental positiva na população em geral, (Lluch, 1999).

O CSMP é constituído por 39 itens que se agrupam em seis critérios: Satisfação pessoal, Atitude positiva, Autocontrolo, Autonomia, Capacidade de resolução de problemas e Habilidades de relação interpessoal. Quanto a resposta a cada item é realizada através de uma escala ordinal que tem quatro opções, em que cada opção tem o valor dependendo do item ser negativo ou positivo. O score resulta do somatório dos valores brutos, em que alguns itens são cotados de modo invertido.

A fiabilidade deste instrumento foi verificada através do Alfa de Cronbach, que permitiu aferir que os seis critérios têm uma consistência interna superior a 0,70, oscilando entre 0,71 e 0,90 (Lluch, 1999).

Foi efetuado o pedido de utilização do QSMP no presente estudo ao Professor Doutor Carlos Sequeira, responsável pela sua validação na população Portuguesa tendo sido aceite (ANEXO XVII).

7.5. ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

A etapa que se segue à recolha de dados e a sua análise através de procedimentos estatísticos (Polit, Beck & Hungler 2004).

A análise estatística do presente estudo teve como base o programa SPSS versão 20.0 para o Windows®.

Como apoio à análise estatística descritiva utilizaram-se as medidas de tendência central e de dispersão, mais especificamente a moda, mediana, desvio padrão, mínimos e máximos com o objetivo de caracterizar e descrever a amostra.

Na análise psicométrica foi avaliada a validade através da Análise fatorial e Coeficiente de Correlação de Pearson, a consistência interna através do *Alpha de Cronbach* e ainda a análise das relações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a VM, recorrendo ao teste *t* de *Student* para amostras independentes, *One Way ANOVA* e ao Qui-quadrado para análise das associações entre variáveis.

No presente estudo para avaliar a validade de constructo foi realizada uma Análise Fatorial (AF) Exploratória. A análise estatística multivariada é atualmente uma análise muito utilizada na investigação em Enfermagem permitindo trabalhar três ou mais variáveis ao mesmo tempo, trazendo por isso mais rigor à investigação (Polit, Beck & Hungler 2004). Assim, com a AF, reduziu-se o conjunto de variáveis do instrumento em conjuntos de variáveis menores (dimensões), mais controláveis. Desta forma permitiu descobrir as inter-relações entre as variáveis e identificar aquelas que pertencem ao mesmo conceito (dimensão da escala).

O número de fatores foi determinado com recurso ao método de extração de componentes principais, uma vez que, o instrumento segue as três dimensões da Vulnerabilidade Mental apresentadas por Eplöv et al. (2010). A extração de componentes principais foi limitada a três fatores.

O método escolhido para efetuar a rotação dos eixos fatoriais neste estudo foi o método *varimax*, permitindo assim obter uma solução fatorial facilmente interpretável (Vicini, 2005). Com a rotação *varimax* pretende-se obter fatores específicos em que tenham uma variável com forte associação e os restantes estejam próximos de zero, permitindo assim uma separação mais clara dos fatores (Anderson et al., 2005). Relativamente às cargas fatoriais definiu-se que seriam consideradas aceitáveis aquelas que, apresentem valores superiores a 0,30, uma vez que, segundo Anderson et al. (2005), é o valor mínimo de garantia de significância prática. Caso um item apresente maior carga num determinado fator, entrando em desacordo com a estrutura da EVM apresentada por Eplov et al. (2010), opta-se por manter a estrutura apresentada pelos autores responsáveis pela tradução de inglês para português. Assim, foram adotados em caso de dúvida os seguintes critérios:

- Manter a estrutura original da EVM (Eplov et al., 2010), caso não se verifique diferenças significativas nas cargas fatoriais;
- Manter a estrutura original da EVM (Eplov et al., 2010), mesmo que carga fatorial do item esteja nos valores considerados minimamente aceitáveis.

7.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Sendo a presente investigação no campo das ciências humanas e, estando nomeadamente relacionada com a saúde das pessoas, torna-se imperativo ter em conta desde o início da investigação as considerações éticas (Fortin, Côté e Fillion, 2009).

A investigação pode ser mesmo colocada em causa se os limites que orientam os passos de investigação que fazem parte do código de ética não forem estipulados (Ribeiro, 2010). Qualquer investigação desenvolvida na área das ciências humanas deve ter em conta o respeito pela pessoa e pela sua beneficência, uma vez que, inconscientemente ou não, o investigador

pode ao longo do seu estudo causar algum dano ou prejuízo à pessoa (Fortin, Côté e Fillion, 2009). Respeitando este princípio, todos os participantes foram informados sobre o conteúdo e objetivo do estudo, bem como o anonimato e a confidencialidade dos dados. Tendo em conta o princípio da autodeterminação os participantes foram informados de que a sua participação no estudo era de forma voluntária tendo sido colocado ao dispor o contacto do investigador (uma vez que o questionário foi colocado online e o investigador não estava presente) no caso de terem alguma dúvida e precisarem de levantar alguma questão.

Para a formalização do consentimento informado foram seguidos os princípios éticos presentes na Declaração de Helsínquia (ANEXO XVIII), este foi acompanhado de uma nota explicativa do estudo, dos objetivos do mesmo, sendo que os dados foram codificados de modo a salvaguardas a confidencialidade.

Este estudo procura validar a EVM na população portuguesa, mas antes de qualquer abordagem relativa à sua tradução, adaptação e aplicação foi solicitada à investigadora principal da sua tradução para a versão inglesa a autorização da utilização da mesma. Para uma maior consistência da avaliação das propriedades psicométricas foram aplicadas outras duas escalas adaptadas na população portuguesa, tendo sido solicitado aos autores da adaptação a autorização para a sua aplicação no presente estudo.

Antes de qualquer abordagem aos estudantes da licenciatura em enfermagem foi realizado um pedido oficial de autorização ao Presidente da Instituição envolvida.

8. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nos subcapítulos que se seguem serão apresentados os resultados obtidos através da colheita de dados sobre a informação relacionada com: a caracterização sociodemográfica (idade, sexo, estado civil, residência em tempo de aulas, inscrições no curso, ano de licenciatura e usufruto de bolsa), caracterização da situação clínica (antecedentes patológicos, vigilância da saúde, medicação, experiências de vida negativas e consumo de substâncias) e por fim, a caracterização dos dados relativos ao instrumento que se pretende validar (EVM). Nestes subcapítulos, a forma de apresentação da informação será apenas descritiva, uma vez que, a sua reflexão e discussão será realizada no capítulo seguinte.

8.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Neste subcapítulo serão apresentadas as características sociodemográficas e clínicas da amostra, tendo como recurso a análise estatística descritiva. Estas características estavam presentes na primeira parte do questionário.

8.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

A amostra do presente estudo é constituída por 166 estudantes, no que concerne ao sexo verifica-se uma disparidade, tendo em conta que houve uma maior participação do sexo feminino, apresentando por isso uma maior

percentagem comparativamente com o sexo masculino, correspondendo a 89,8% da amostra (149 estudantes do total de 166).

No que diz respeito ao estado civil, verificou-se que grande parte da amostra é solteira, apresentando por isso uma percentagem de 90,4%.

Tabela 2 - Características Sociodemográficas da Amostra

		%
Sexo	Feminino	89,8
	Masculino	10,2
Estado Civil	Solteiro	90,4
	Casado	5,4
	União de Facto	3,6
	Divorciado	0,6
Residência / Distrito	Porto	84,3
	Aveiro	7,8
	Braga	4,2
	Funchal	1,2
	Viseu	1,2
	Setúbal	0,6
	Bragança	0,6

No que concerne ao distrito a que pertencem (onde residem fora das aulas, ou mesmo durante as aulas), verificou-se que 84,3% da amostra pertence ao distrito do Porto, como se verifica na tabela 2.

Quanto à residência dos estudantes em tempo de aulas, verifica-se que na sua maioria vive em casa dos pais correspondendo por isso a 79,5% da amostra de estudantes.

Relativamente à idade, verifica-se como idade mínima os 18 anos e idade máxima os 53 anos, sendo a idade média dos indivíduos de 21,00 anos, apresentando como desvio padrão 5,80 anos.

Tabela 3 - Características Sociodemográficas, Idade

	Média	Moda	Mediana	Mínimo	Máximo	D.P.
Idade	22,53	20	21,00	18	53	5,798

Relativamente ao ano de frequência do curso de Enfermagem, verifica-se um equilíbrio dos participantes dos diferentes anos do curso. É importante ressaltar que uma vez que os questionários foram enviados pelos serviços escolares para toda a comunidade escolar, alguns alunos do mestrado também participaram e, apesar de já não serem estudantes da licenciatura em Enfermagem, optou-se por inclui-los uma vez que pode ser uma mais-valia no estudo. Assim, a média de anos no curso de Enfermagem e Mestrado em Enfermagem é de 2,48 anos, sendo a moda o 2º ano (sendo por isso a resposta obtida mais vezes), correspondendo o mínimo ao 1º ano e máximo ao 6º ano, isto é, o 5º e 6º ano correspondem ao 1º e 2º ano do Mestrado. Quanto ao número de inscrições no curso a média é de 2,39 inscrições, e a moda de 2,00 inscrições.

Tabela 4 - Características Sociodemográficas, Frequência no Ensino Superior

		%	Moda	Mediana	Mínimo	Máximo	D.P.
Residência em tempo de aulas	Agregado familiar	79,5	—	—	—	—	—
	Residência de estudantes	2,4	—	—	—	—	—
	Amigos	14,5	—	—	—	—	—
	Sozinho	1,2	—	—	—	—	—
	Namorado	1,8	—	—	—	—	—
	Marido	0,6	—	—	—	—	—
Ano do Curso			2,48	2,00	2	1	6
Número de Inscrições			2,39	2,00	1	1	10
Usufruto de Bolsa	Sim	45,2	—	—	—	—	—
	Não	54,8	—	—	—	—	—
Bolsa	Escolar	29,5	—	—	—	—	—
	Social	14,5	—	—	—	—	—

No que se refere ao usufruto de bolsa, verifica-se que não existe uma diferença muito grande de percentagens entre ter (45,2%) ou não ter bolsa (54,8%).

8.1.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Os problemas de saúde estão presentes em 31,3% da amostra, por isso, mais de metade dos estudantes que participaram no estudo não tem qualquer problema de saúde (68,7%). No questionário de colheita de dados por forma a facilitar a resposta dos estudantes que responderam “sim” aos problemas de saúde, foram colocadas algumas doenças como opções (dislexia, hiperatividade, depressão, fobias, ataques de pânico, fibromialgia, esclerose múltipla, ataques de pânico, ansiedade, esquizofrenia, arritmia, diabetes, hipertensão e dislipidémia), não deixando de parte outras doenças não incluídas com a opção “outra”. Sendo importante referir que alguns indivíduos apresentaram mais do que uma doença.

Para uma leitura mais fácil dos dados obtidos sobre os problemas de saúde, e uma vez que houve muitas respostas além das opções disponíveis, estes foram divididos em, “problemas de saúde em geral” (dislexia, fibromialgia, esclerose múltipla, artrite reumatoide, hipertensão, dislipidémia, asma, rinite alérgica, má formação lombar, doença de crohn, discopatia, enxaqueca, ovário poliquístico, vitiligo, talassemia, problemas de tiroide, urticária idiopática, miopia, insuficiência venosa periférica e gastrite crónica) e “problemas de saúde mental” (depressão, fobias, ataques de pânico e ansiedade, esquizofrenia). Assim 7,2% da amostra responderam que têm problemas de saúde mental e 20,5% têm problemas de saúde em geral, sendo importante ressaltar que existe indivíduos que tem problemas de saúde mental e problemas de saúde em geral. Nos problemas de saúde mental a depressão e a ansiedade são as que apresentam maior percentagem (4,2% e 5,4% respetivamente). Quanto aos

“problemas de saúde em geral”, na sua maioria é um participante por cada doença (dislexia, fibromialgia, hipertensão, má formação lombar, doença de crohn, discopatia, ovário poliquístico, vitiligo, talassemia, urticária idiopática, miopia, insuficiência venosa periférica e gastrite crônica), a esclerose múltipla, artrite reumatóide apresentam dois participantes cada uma, a enxaqueca e os problemas de tiroide três participantes, a dislipidemia e a rinite alérgica cinco participantes, e por fim a asma com seis participantes.

Tabela 5 - Problemas de saúde mais frequentes

		N	%
Problemas de saúde	Sim	52	31,3
	Não	114	68,7
Problemas de saúde em geral		34	20,5
Problemas de saúde em geral	Dislipidemia	5	3,0
	Rinite alérgica	5	3,0
	Asma	6	3,6
	Enxaqueca	3	1,8
Problemas de saúde mental		12	7,2
Problemas de saúde mental	Depressão	7	4,2
	Ataques de pânico	4	2,4
	Ansiedade	9	5,4

É importante referir que os estudantes que responderam que tinham doenças mentais (12 estudantes) não foram incluídos na amostra utilizada para avaliar as propriedades psicométricas da escala, uma vez que era um dos critérios de exclusão.

Relativamente à vigilância em saúde a análise dos dados permitiu verificar que alguns estudantes com problemas em saúde mental não fazem qualquer vigilância da sua saúde mental, nem qualquer tipo de acompanhamento. Por outro lado, estudantes sem qualquer problema/patologia mental, fazem vigilância da sua saúde em geral incluindo a sua saúde mental.

Na vigilância da saúde, os estudantes recorrem mais às consultas no centro de saúde/USF (58,4%) e às consultas privadas (35,5%). A vigilância

em saúde mental apresenta uma percentagem de 4,2%. É importante referir que quatro dos sete estudantes que fazem consulta de saúde mental não tinham diagnosticado, no momento da aplicação da EVM, qualquer doença mental.

Esta variável com na opção “outra”, obteve como resposta de um estudante que vigilância por neurologia, não sendo especificado a entidade (hospital, consulta privada). De todos os participantes do estudo, não houve nenhum que tenha tido um internamento em psiquiatria, por isso, não foi necessário excluir participantes tendo em conta este critério.

Tabela 6 - Vigilância em saúde

		N	%
Vigilância em saúde	Sim	138	83,1
	Não	28	16,9
Vigilância em saúde	Consulta no centro de saúde/USF	97	58,4
	Consulta privada	59	35,5
	Consulta de saúde mental (CS, Psicólogo privado)	7	4,2
	Hospital	3	1,8
	Neurologia	1	0,6

Quanto à variável “Faz alguma medicação?” verificou-se que 30,7% da amostra faz medicação. Relativamente aos psicofármacos, 6,0% da amostra fazem ansiolítico/sedativos e hipnóticos, 4,8% fazem antidepressivos não havendo ninguém a fazer antipsicóticos e 19,3% fazem medicação geral, como se verifica na tabela 7.

Tabela 7 - Medicação utilizada pela Amostra

		N	%
Medicação	Sim	51	30,7
	Não	115	69,3
Medicação	Ansiolíticos/ Sedativos e Hipnóticos	10	6,0
	Antidepressivos	8	4,8
	Anti psicóticos	0	0
	Analgésicos	8	4,8
	Anticoncepcionais	8	4,8
	Anti hipertensores	6	3,6
	Anti histamínicos	5	3,0
	Anti dislipidémicos	3	1,8
	Vitaminas	2	1,2
	Antiepiléticos	1	0,6
	Broncodilatadores	3	1,8

Relativamente às experiências de vida negativas, verificou-se que grande parte da amostra já viveu uma experiência de vida negativa (80,1%), sendo que apenas 19,9% dos estudantes responderam que não vivenciaram.

Tabela 8 - Experiências negativas vivenciadas pela Amostra

		N	%
Experiências de vida negativas	Sim	133	80,1
	Não	33	19,9
Experiências de vida negativas	Morte de um familiar/amigo	98	59,0
	Separação de pessoas significativas	46	27,7
	Bullying	25	15,1
	Ambiente familiar disfuncional	24	14,5
	Violência verbal	23	13,9
	Violência física	12	7,2
	Violência sexual	3	1,8
	Negligência	1	0,6
	Situação de doença, pai e mãe	1	0,6

No questionário foram colocadas algumas opções com as quais os indivíduos poderiam ou não identificar-se. A morte de familiar e amigos é a opção com maior percentagem 59,0%, como se verifica na tabela 8.

Por fim, relativamente ao consumo de substâncias verificou-se que 21,1% da amostra faz consumo de alguma substância, sendo o tabaco a substância com maior consumo como apresenta a tabela 9.

Tabela 9 - Consumo de substâncias

		N	%
Consumo de substâncias	Sim	35	21,1
	Não	131	78,9
Consumo de substâncias	Álcool	20	12,0
	Tabaco	23	13,9
	Canábis	7	4,2

É importante ressaltar que não houve qualquer estudante da amostra que referisse consumo de alucinogéneos e anfetaminas (duas das opções disponíveis no questionário).

8.2. AVALIAÇÃO DA AMOSTRA COM RECURSO A INSTRUMENTOS

PSICOMÉTRICOS

Relativamente aos valores do MHI-5 quanto maior o *score* total melhor Saúde Mental a pessoa tem. Sendo o limite do MHI-5 30, verifica-se que, o *score* total de respostas no presente estudo (Tabela 10) teve uma média de 20,58, (valor intermédio). O MHI-5 é constituído por duas dimensões, uma positiva [MHI-5 (+)] que avalia o Bem-Estar Positivo (quanto maior o *score* maior é o Bem-Estar Positivo) e uma dimensão negativa [MHI-5 (-)] que avalia o *Distress*, sendo que, para *scores* menores maior é o *Distress*. Assim, no presente estudo, verifica-se que o *score* médio do MHI-5 (-) é de 13,18 (valor intermédio do limite que é 18), relativamente ao MHI-5 (+) verifica-se um *score* médio de 7,40 (valor intermédio do limite que é 12).

No que concerne ao QSMP quanto maior o *score* total maior é a Saúde Mental Positiva da pessoa. No presente estudo verifica-se que a média do *score* total da QSMP é de 128,89, sendo a moda de 130 (valores altos uma vez que o limite é 156). Este instrumento é constituído por itens positivos e itens negativos que estão cotados de forma diferente, sendo que tanto para itens positivos como para itens negativos quanto maior *score* maior é a Saúde Mental Positiva da pessoa.

Uma vez que estas duas escalas tem como objetivo avaliar a Saúde Mental, foi utilizada a amostra total (166 estudantes) na descrição das mesmas.

Tabela 10 - Estatística Descritiva: MHI-5 e QSMP

	Média	Moda	Mediana	Mínimo	Máximo	D.P.
MHI-5	20,58	23,00	21,00	10,00	26,00	2,92
QSMP	128,89	130,00	130,00	94,00	156,00	13,11
MHI-5 (-)	13,19	16,00	13,50	3,00	18,00	2,75
MHI-5 (+)	7,39	7,00	7,00	6,00	10,00	0,79
QSMP (+)	64,45	65,00	65,00	45,00	80,00	7,68
QSMP (-)	64,45	64,00	65,00	36,00	76,00	6,92

Relativamente ao instrumento em estudo, a EVM, na sua descrição e avaliação foi utilizada a amostra de 154 estudantes (não incluindo assim os estudantes com doença mental). Assim, verificou-se que o *score* total da EVM apresenta uma média de 51, sendo a moda de 45, valores estes intermédios tendo em conta que limite é 110. No presente estudo o valor máximo de *score* foi de 87 (Tabela 11).

Tabela 11 - Estatística Descritiva: EVM

	Média	Moda	Mediana	Mínimo	Máximo	D.P.
EVM	51	45	50	24	87	12,4

A EVM é avaliada através de uma escala ordinal em que, quanto maior o *score* total maior a Vulnerabilidade Mental. Através da análise de respostas da escala ordinal da EVM verifica-se que as respostas com maior

percentagem são: o “Nunca” e o “Raramente”, sendo que a resposta, “Algumas vezes” apresentam uma percentagem significativa (Tabela 12).

Tabela 12 - Estatística Descritiva: EVM

	%									
	1 Nunca		2 Raramente		3 Algumas Vezes		4 Muitas Vezes		5 Constantemente	
	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
1.	25,3	39	33,1	51	27,3	42	10,4	16	3,9	6
2.	21,4	33	57,1	88	17,5	27	3,9	6	-	-
3.	15,6	24	34,4	53	33,1	51	14,9	23	1,9	3
4.	17,5	27	46,8	72	27,9	43	7,1	11	0,6	1
5.	37,0	57	37,0	57	19,5	30	5,2	8	1,3	2
6.	1,9	3	15,6	24	44,8	69	31,8	49	5,8	9
7.	39,0	60	38,3	59	16,2	25	5,8	9	0,6	1
8.	24,7	38	29,2	45	31,2	48	11,0	17	3,9	6
9.	36,4	56	28,6	44	26,0	40	7,1	11	1,9	3
10	39,0	60	36,4	56	18,2	28	5,8	9	0,6	1
11	42,2	65	40,3	62	14,3	22	3,2	5	-	-
12	11,0	17	50,0	77	29,9	46	8,4	13	0,6	1
13	14,9	23	28,6	44	38,3	59	13,6	21	4,5	7
14	37,7	58	35,1	54	22,7	35	2,6	4	1,9	3
15	23,4	36	48,1	74	21,4	33	5,2	8	1,9	3
16	40,3	62	40,3	62	15,6	24	3,2	5	0,6	1
17	13,0	20	31,2	48	33,1	51	16,9	26	5,8	9
18	11,0	17	20,1	31	36,4	56	25,3	39	7,1	11
19	9,1	14	38,3	59	39,6	61	11,0	17	1,9	3
20	18,8	29	38,3	59	26,0	40	13,6	21	3,2	5
21	14,3	22	34,4	53	35,1	54	13,0	20	3,2	5
22	21,4	33	47,4	73	24,0	37	3,9	6	3,2	5

Após a análise destas tabelas podemos constatar que grande parte da amostra não apresenta VM, no entanto tendo em conta que a média foi de 51 e o valor máximo de *score* da EVM foi 87, podemos dizer que alguns estudantes apresentaram maiores níveis de VM.

8.3. PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA EVM

Após a caracterização da amostra do estudo através dos resultados da estatística descritiva, vamos neste capítulo proceder à apresentação dos resultados da análise estatística inferencial para verificar as propriedades psicométricas do instrumento, bem como a sua aplicabilidade no contexto de Portugal. Desta forma procuramos responder à primeira questão de investigação.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO 1 - Quais são as propriedades psicométricas apresentadas pela EVM numa amostra portuguesa de estudantes do ensino superior?

8.3.1. ESTUDO DA VALIDADE DA EVM

8.3.1.1. *Validade concetual EVM*

O presente estudo tem como objetivos principais adaptação e avaliação das propriedade psicométricas da EVM para a população portuguesa, mas antes da adaptação foi necessário realizar a tradução do instrumento. A metodologia adotada foi semelhante (numa parte inicial) à utilizada na tradução de dinamarquês para inglês, com tradução, retrotradução, e análise de consensos da tradução (realizada por um grupo de profissionais).

Esta análise de consensos das quatro traduções permitiu chegar a uma versão provisória da EVM.

Após a tradução da EVM procedeu-se à avaliação da sua validade concetual através de um grupo de peritos convidados, sendo que dos sete convidados responderam três. Relativamente aos seus pareceres, o primeiro Enfermeiro Especialista deu um feedback positivo da escala, com a sugestão de uma possível inclusão de questões sobre resiliência, uma vez

que maior resiliência leva a uma menor VM. O segundo perito, também ele Enfermeiro Especialista, referiu que a escala apresentava alguns itens relativos a sintomas ou estados psicopatológicos (Insónia, Ansiedade) e que por isso o instrumento poderia não avaliar corretamente a Vulnerabilidade Mental. O terceiro perito, Enfermeiro detentor do grau de Doutor referiu que os itens (as questões) do instrumento original apresentavam adjetivos quantitativos como, “frequentemente”, que não faziam sentido a partir do momento que o tipo de resposta à escala passou de dicotómica, a uma resposta tipo *Likert*. Após avaliação concetual a EVM foi submetida ao pré-teste, que confirmou a necessidade dos adjetivos quantitativos serem eliminados para não confundir as pessoas que a preenche. Após esta última alteração obteve-se a versão final da EVM.

8.3.1.2. *Análise Fatorial*

No âmbito do estudo da validade de constructo da EVM optamos pela Análise Fatorial (AF), uma vez que, é uma técnica bastante utilizada na identificação de constructos que têm como base os resultados. Segundo Marques (2010) a AF é uma técnica multivariada em que todas as variáveis são relacionadas entre si, procurando saber se existe alguma inter-relação entre elas a fim de serem explicadas através de um conjunto menor de fatores. O método de extração de fatores escolhido para o presente estudo foi a análise de componentes principais (que transforma variáveis correlacionadas entre si num conjunto de variáveis não correlacionadas designadas componentes) seguidas de rotação *varimax* (maximiza a soma das variâncias de cargas exigidas da matriz fatorial), obtendo-se uma estrutura mais simples (Vicini, 2005).

Como critério para a análise de componentes principais é necessário, *a priori*, realizar testes preliminares como o teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que indica a medida de adequação da amostra (Marques, 2010). Após a realização destes testes verificou-se que, o KMO apresenta um valor de 0,87, ou seja, a adequação é considerada Boa, estando o valor muito próximo do 0,90 em que a adequação é considerada Ótima, logo a AF pode realizar-se (Vicini, 2005).

Tabela 13 - Análise dos componentes principais da EVM

Itens da EVM	Componentes		
	1	2	3
19.	,77		
12.	,70		
20.	,69		
22.	,66		,37
15.	,64	,38	
13.	,62		,10
9.	,55		
3.		,70	
5.	,35	,63	
11.		,60	
8.		,58	
10.		,58	
2.		,58	
7.		,57	
14.	,37	,54	
6.		,50	
4.	,38	,46	
1.		,42	
18.			,83
21.			,74
16.			,60
17.			,34
Valor próprio (eigenvalues)	7,23	1,89	1,42
% Variância (Total = 47,91%)	32,85%	8,60%	6,45%

A AF forçada a três fatores apresentou uma variância explicada de 47,9%. O fator 1 (Sintomas Mentais) apresenta uma variância de 32,85%, sendo este fator comparativamente com os outros dois fatores o que tem maior percentagem, visto que o fator 2 (Sintomas Psicossomáticos) apresenta uma variância de 8,60% e o fator três (Problemas Interpessoais) apresenta uma variância de 6,45%, como se verifica na tabela 13.

Relativamente às cargas fatoriais verifica-se que, quase a totalidade dos itens apresentam valores superiores a $\pm 0,30$, valores considerados aceitáveis (Anderson et al., 2005).

Como se verifica, os fatores resultantes não apresentam na sua totalidade uma configuração semelhante à proposta por Eplov et al. (2010).

Desta forma, os itens 13 e 22 passaram do fator 3 para o fator 1, o item 15 passou do fator 2 para o fator 1 e os itens 4, 5 e 14 passaram do fator 1 para o fator 2. É importante referir que no instrumento original alguns itens não estão incluídos nas três dimensões referidas por Eplov et al. (2010), no entanto, estes mantiveram esses itens no instrumento.

8.3.1.2. Validade Convergente

Para avaliar a validade convergente foram efetuadas correlações entre o *score* total da EVM (quanto maior o *score* maior é a VM) e o *score* total da subescala do MHI-5 (-) relativa à dimensão *Distress* (quanto menor o *score* maior é o *Distress*). Assim, verifica-se a existência de uma correlação negativa forte entre EVM e o MHI-5 (-) ($r = -0,70$; $p < 0,001$), como apresenta a tabela 14.

Tabela 14 - Validade Convergente: Correlações de Pearson entre a EVM e o MHI -5 (-)

		MHI-5 (-)
EVM (total)	(r)	-,70**
	(p)	,0001

** Correlação de Pearson significativa ao nível de 0,01.

8.3.1.4. Validade Divergente

Relativamente à validade divergente foram efetuadas correlações entre a EVM (*score* total) e o QSMP (quanto maior é o *score* total maior é a SMP) e entre a EVM e o MHI-5 (quanto maior *score* maior é a SM). Como esperado verifica-se a existência de correlação negativa Moderada entre a EVM e o QSMP ($r = -0,58$; $p < 0,001$) e uma correlação negativa Forte ($r = -0,67$; $p < 0,001$) entre a EVM e o MHI-5.

Tabela 15 - Validade Divergente: Correlações de Pearson entre a EVM e QSMP e o MHI-5

		QSMP	MHI-5
EVM (total)	(r)	-,57**	-,67**
	(p)	,0001	,0001

** Correlação de Pearson significativa ao nível de 0,01.

8.3.2. ESTUDO DA FIDELIDADE DA EVM

Quanto ao estudo da fidelidade da EVM, esta foi avaliada através do *Alpha* de Cronbach. Na sua totalidade, a EVM apresenta uma consistência interna boa ($\alpha = 0,89$). Relativamente à consistência interna dos fatores 1 e 2, verifica-se uma boa consistência interna com valores superiores a 0,80, no entanto, o fator 3, comparativamente com os outros dois fatores, apresenta uma consistência interna menor ($\alpha = 0,61$).

Tabela 16 - Coeficientes de *Alpha* de Cronbach para cada um dos fatores da EVM

Fator	Itens	<i>Alpha</i> de Cronbach
1	9, 12, 13, 15, 19, 20, 22	0,85
2	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 14	0,84
3	16, 17, 18, 21	0,61

Pode-se constatar que, o *Alpha* de Cronbach da EVM (na totalidade dos seus fatores) obtido no presente estudo, é superior ao *Alpha* ($\alpha = 0,80$) referido Eplov et al. (2010) no artigo de tradução da escala de Dinamarquês para Português.

8.4. ANÁLISE DESCRITIVA RELACIONAL

Por forma a avaliar a relação entre algumas variáveis foram aplicados alguns testes. Os seus resultados serão apresentados neste subcapítulo através da estatística inferencial. Desta forma poderemos assim dar resposta às restantes questões de investigação mencionadas no capítulo 7.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO 2 - Qual é a relação entre a vulnerabilidade mental e as características sociodemográficas dos estudantes do ensino superior, no contexto de Portugal?

Considerando a amostra do presente estudo representativa e tendo em conta que a principal variável do estudo (EVM) apresenta uma distribuição normal, através do teste Kolmogorov-Sminov, recorreu-se a testes paramétricos como o teste *t* de *student* para amostras independentes e *One Way ANOVA* para analisar as diferenças dos resultados obtidos das variáveis referentes às características sociodemográficas da amostra com os resultados da EVM.

No que diz respeito ao sexo, verificaram-se diferenças significativas entre ter ou não ter VM e entre ser do sexo Feminino ou do sexo Masculino ($t(152) = -2,71$; $p = 0,012$), sendo que o sexo feminino apresenta maior VM.

Quanto ao estado civil, não se verificou diferenças significativas na relação entre os vários estados civis e a VM ($F(3, 150) = 0,832$; $p = 0,478$).

No que concerne às variáveis relativas ao número de inscrições e ao ano de frequência do curso, não foram aplicados testes uma vez que estas variáveis serviram apenas para descrição e identificação da amostra, não havendo um interesse na sua relação com a VM.

Quanto à variável usufruto de bolsa, não se verificaram diferenças significativas entre ter ou não ter VM e usufruir ou não de Bolsa.

Apesar da área de residência ser uma variável meramente descritiva da amostra, também se apuraram as diferenças estatísticas entre os sete distritos a que amostra pertence e a VM. Tendo em conta que são mais do que dois grupos utilizou-se o teste *One Way ANOVA*, verificando-se que não existem diferenças significativas.

Tabela 17 - Análise Estatística inferencial: relação entre a EVM e algumas variáveis sociodemográficas

	EVM			
	F	P	t	P
Sexo (Feminino e Masculino)	_____	_____	-2.71	0,007

Após a apresentação da análise estatística relativa aos resultados sociodemográficos da amostra podemos concluir que, o sexo foi a variável que demonstrou ser significativa e, por isso, relacionada com a Vulnerabilidade Mental. No entanto é importante ressaltar que dos 154 participantes da amostra, 139 são do sexo Feminino.

QUESTÃO 3 - Qual é a relação entre a vulnerabilidade mental e os fatores de risco (antecedentes patológicos, vigilância da saúde e medicação) nos estudantes do ensino superior, no contexto de Portugal?

Para dar resposta a esta questão, tal como na anterior, foi necessário a aplicação de testes, com o objetivo de procurar a relação entre a EVM e as características clínicas. Neste sentido foi aplicado o teste paramétrico *t* de *Student*. A associação entre algumas variáveis clínicas e o sexo também foi avaliado, pois o sexo é a variável que na questão anterior apresenta relações significativas com a EVM. Para a avaliação desta associação foi utilizado o Qui-quadrado.

Analisando a relação entre ter ou não ter VM e ter ou não ter problemas de saúde em geral, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. No entanto, na doença de Crohn,

verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre ter ou não ter VM e ter ou não ter doença de Crohn ($t(152) = 2,29$; $p = 0,02$).

Relativamente à variável relacionada com a medicação, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre ter e não ter VM e fazer ou não fazer psicofármacos (tabela 18).

Analisando as associações entre a variável sexo e as variáveis clínicas como a medicação, problemas de saúde mental, consumo de substâncias, *Bullying*, depressão, ataques de pânico, ansiedade e acontecimentos de vida negativos, verificou-se que estas não mostraram qualquer associação.

Tabela 18 - Análise Estatística inferencial: relação entre a EVM e variáveis clínicas

	EVM		
	T	Gl	P
Doença de Crohn	2,37	152	0,02
Psicofármacos	- 3,60	152	0,001

Quanto à variável “acontecimentos de vida negativas”, verificou-se que há diferenças significativas entre VM e ter ou não ter vivido um acontecimento negativo. Assim, dos dez acontecimentos verificados na amostra, cinco apresentaram relação com a VM (tabela 19).

Tabela 19 - Análise Estatística inferencial: relação entre a EVM e os acontecimentos de vida negativos

	EVM		
	T	Gl	P
Acontecimentos de vida negativas	-3,41	68,28	0,001
<i>Bullying</i>	-3,48	152	0,001
Violência Física	-2,72	152	0,007
Violência Verbal	-3,19	152	0,002
Violência Sexual	-2,31	152	0,022
Ambiente familiar disfuncional	-1,82	152	0,016

Os acontecimentos de vida negativos relacionados com “a morte de familiar e amigos”, “Negligência”, “separação de pessoas significativas” e “situação de doença pai e mãe” não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, entre ter vivido estes acontecimentos e ter VM.

Quanto ao consumo de substâncias não há diferenças significativas entre ter ou não ter VM e apresentar consumo de substâncias.

9. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo será realizada a reflexão dos dados analisados com intuito de perceber a importância das informações obtidas (o seu valor intrínseco). Verificar-se-á ainda se os resultados obtidos vão de encontro aqueles que eram esperados pelos conhecimentos teóricos prévios sobre o tema e ainda serão comparados os resultados entre estudos sobre o mesmo tema.

9.1. PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA EVM

Após a aplicação e colheita de dados através da Escala da Vulnerabilidade Mental, importa saber a sua validade e aplicabilidade no contexto de Portugal. Para isso é necessário avaliar as suas propriedades psicométricas.

Relativamente ao processo de tradução da EVM foram seguidas as etapas recomendadas por Fortin, Côté e Filion (2009), com o objetivo de manter a equivalência de medidas cultural e funcional.

Eplov et al. (2010) apresenta a EVM com três dimensões que são descritas desde a construção da mesma, no entanto, não há referência de como se obtiveram essas dimensões, se por AF, ou Análise de Conteúdo. No seu estudo Eplov et al. (2010), três dos seus autores dividiram o instrumento em três categorias que correspondem às três dimensões, com o objetivo de validarem como três novas escalas. No entanto não aferiram resultados significativos. Desta forma, por não haver uma informação concreta sobre a obtenção das dimensões, e com intuito de validar o constructo (Vulnerabilidade Mental), a abordagem estatística escolhida foi

a Análise Fatorial Exploratória forçando três fatores, respeitando assim as três dimensões da VM apresentadas por Eplov et al. (2010).

A Análise Fatorial Exploratória de um modo geral foi de encontro à estrutura da EVM versão traduzida para inglês (Eplov et al., 2010). No entanto, alguns itens apresentaram cargas fatoriais superiores em dimensões diferentes daquelas a que pertenciam na EVM traduzida para inglês. Apesar de se terem verificado alterações significativas mais evidentes no fator 1, manteve-se a estrutura da EVM quanto às dimensões e respetivos itens (respeitando os critérios previamente definidos no capítulo 7). Quanto ao item 13, optou-se por excluí-lo por apresentar uma carga fatorial inferior a 0,30 na dimensão Problemas Interpessoais à qual pertence. Assim, o fator 1 (Sintomas Mentais) engloba 8 itens (4, 5, 9, 12, 14, 19, 20).

Fator 1 - Sintomas Mentais

Item	Conteúdo do item
4	Tenho insónia?
5	Tenho crises de Ansiedade?
9	Sofro dos nervos?
12	Estou quase sempre de mau humor?
14	O meu coração bate mais rápido, sem motivo aparente?
19	Fico irritado com pequenas coisas?
20 ^a	Tenho pensamentos que preocupam ou perturbam?

^a novo item incluído na dimensão Sintomas Mentais

A pesquisa bibliográfica permitiu apurar que não existe consenso na definição do que são sintomas mentais e sintomas psicossomáticos. No caso da insónia (sintoma do item 4), esta é apresentada por Benevides-Pereira (2001 cit por Benevides-Pereira e Takahashi 2003) como um sintoma psicossomático do Síndrome de *Burnout*. Para Abranches, Murofuse e Napoleão (2005), a insónia é considerada um sintoma físico de *stress*. Já Martinez (2005) refere que insónia, para além das alterações físicas, pode provocar alterações mentais e, por fim, Lipp (1996 cit por Angerami e Camelo, 2004) refere a insónia como um sintoma psicológico do *stress*.

No que diz respeito às crises de ansiedade (item 5), estas são consideradas por Benevides-Pereira (2001 cit por Benevides-Pereira e Takahashi, 2003), Abranches, Murofuse e Napoleão (2005), Lipp (1996 cit por Angerami e Camelo, 2004) um sintoma mental.

Quanto ao item 9 (sofro dos nervos), no entendimento de Gomes e Rozemberg (2000), este conceito varia de cultura para cultura. Os nervos podem ser descritos ou direcionados como problemas orgânicos (Ibidem,2000), mas segundo um estudo de Nicacio (1996, cit por Gomes e Rozemberg, 2000) pode ser um dos sintomas de sofrimento mental.

Relativamente às palpitações (item 14), grande parte dos autores defendem tratar-se de um sintoma psicossomático. Contudo, Filho, et al. (1997), apresenta as palpitações como uma questão do Questionário da Morbidade Psiquiátrica de Adultos. Segundo este autor, o reconhecimento e verbalização dos sintomas psicológicos mentais diferem mediante a população e a sua cultura.

Através desta revisão bibliográfica podemos verificar que estes itens podem ser redirecionados para o fator 2, ficando a pertencer à dimensão dos Sintomas Mentais tal como na versão original da EVM.

O item 19 é um dos itens sem dimensão na versão original da EVM. Este item refere-se à irritabilidade que é vista como um sintoma emocional. Este sintoma em conjunto com outros sintomas pode conduzir a uma doença mental como por exemplo a depressão (Corazza et al., 2002).

O fator 2 (Sintomas Psicossomáticos) manteve a sua estrutura original, incluindo ainda quatro itens que não apresentavam dimensão.

Relativamente aos itens sem dimensão presentes no fator 2 (Sintomas Psicossomáticos), a análise bibliográfica permitiu demonstrar que são relativos a sintomas psicossomáticos. Por exemplo, o item 3, relativo às dores de cabeça, é confirmado por Benevides-Pereira (2001 cit por Benevides-Pereira e Takahashi 2003) como sendo um sintoma psicossomático do Síndrome de *Burnout*.

No que concerne aos itens 7 e 8, estes estão relacionados com a presença e o tratamento de sintomas psicossomáticos como as dores de cabeça, abdómen entre outras.

Fator 2 - Sintomas psicossomáticos

Item	Conteúdo do item
1	As minhas mãos tremem com facilidade?
2	Tenho falta de apetite?
3 ^a	Tenho fortes dores de cabeça?
6	Sinto-me muito cansado?
7 ^a	Tomo comprimidos, por exemplo, para dores de cabeça, para dormir, para os nervos, ou para problemas similares?
8 ^a	Tenho dores em várias partes do corpo, por exemplo no abdómen, no pescoço, nas costas ou no peito?
10	Tenho tonturas?
11 ^a	Considero que o ruído me incomoda mais do que à maioria das pessoas?
15	Sinto que não estou bem?

^a novo item incluído na dimensão Sintomas Psicossomáticos

A dimensão Problemas Interpessoais é dos 3 fatores (dimensões), aquele que apresenta maior coerência na junção dos itens, comparativamente com a estrutura da EVM apresentada por Eplov et al., (2010), uma vez que, dos cinco itens, três são relativos à dimensão problemas interpessoais (16, 18, 21).

O item 17, pertence ao conjunto de itens sem dimensão. Como apresenta uma carga fatorial superior a 0,30 manteve-se neste fator.

O fator 3 (Problemas Interpessoais) inclui assim cinco itens (16, 17, 18, 21, 22).

Fator 3 - Problemas Interpessoais

Item	Conteúdo do item
16	É-me difícil fazer amigos?
17 ^a	Tenho dificuldade em aceitar que os outros decidam por mim?
18	Prefiro ser reservado (a)?
21	Sou uma pessoa muito tímida ou sensível?
22	Sinto-me incompreendido pelas outras pessoas?

^a novo item incluído na dimensão Problemas Interpessoais

Após esta a análise e proposta de inclusão dos itens sem dimensões nas três dimensões da escala, é importante salientar a dificuldade em definir Vulnerabilidade Mental, uma vez que, não existe consenso entre os autores na definição de alguns conceitos. A tabela 20 apresenta a EVM com a proposta da inclusão dos itens sem dimensão e a diferença com a EVM original e a EVM com os resultados da AF.

Tabela 20 - EVM com proposta de inclusão dos itens

	EVM original	Resultados da análise fatorial	EVM com Inclusão dos itens sem dimensão (proposta)
Dimensão-Sintomas Mentais	Itens: 4, 5, 9, 12, 14, 20	Itens:9, 12, 13, 15, 19, 20, 22	Itens: 4, 5, 9, 12, 14, 19, 20
Dimensão Sintomas Psicossomáticos	Itens, 1, 2, 6, 10, 15	Itens: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 14,	Itens: 1, 2, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 15
Dimensão Problemas Interpessoais	Itens: 13, 16, 18, 20	Itens: 16, 17, 18, 21	Itens: 16, 17, 18, 21, 22

A validade do constructo foi ainda avaliada através da Correlação de Pearson entre os *scores* totais da EVM e os *scores* do MHI-5, do MHI-5 (-) e do QSMP, como referido no capítulo 9.

Eplov et al. (2010) no seu estudo de avaliação das propriedades psicométricas, avaliou correlação de Pearson entre a EVM e duas escalas de sintomas, o NEO-PI-R e o SCL-90-R. Desta forma, a escolha destas escalas parece apresentar a EVM como instrumento de identificação de sintomas psicopatológicos, tal como referia um dos peritos que participou na validade concetual.

As correlações da EVM com o NEO-PI-R apresentaram uma correlação pouco significativa. As correlações com o SCL-90-R mostraram ser mais significativas, uma vez que a VM pode ser considerada como um fator de risco da doença mental, como refere Bidstrup et al., (2011).

Esperando-se que a EVM avalie a VM, ou seja, a suscetibilidade da pessoa para desenvolver uma doença mental e não para avaliar um estado

pré-patológico, procurou-se orientar a EVM para o campo da Promoção da Saúde Mental e Prevenção da Doença, através das correlações com MHI-5 e o QSMP. Desta forma, a EVM pode ser vista como um instrumento de rastreio essencial na identificação de pessoas que possam necessitar de intervenção para melhorar a sua SM e, não a identificação de pessoas com doença.

Para a avaliação da validade convergente e divergente foram correlacionados com a EVM, o QSMP, o MHI-5 e o MHI-5 (-) itens negativos.

A correlação entre a EVM e o QSMP (quanto maior o *score* total, maior é a Saúde Mental Positiva) permitiu aferir a validade divergente verificando-se uma correlação negativa moderada ($r = - 0,57$; $p < 0,001$). A validade convergente também se verificou com a correlação entre a EVM e o MHI-5 (quanto maior o *score* maior é a SM), apresentando uma correlação negativa forte ($r = - 0,67$; $p < 0,001$). Relativamente à validade divergente, esta foi aferida através da correlação entre a EVM e o MHI-5 (-) (quanto menor o *score* maior é o *Distress*), apresentando uma correlação negativa forte ($r = - 0,70$; $p < 0,001$).

Relativamente à fidelidade, esta foi avaliada através da consistência interna, apresentando valores de *Alpha* de Cronbach superiores ao do instrumento traduzido para inglês ($\alpha = 0,89$ contra $\alpha = 0,80$).

Para verificar a consistência interna de cada dimensão, o *Alpha* de Cronbach foi avaliado, apresentando valores superiores comparativamente com o estudo de tradução e avaliação das propriedades psicométricas da EVM.

Com as alterações propostas para cada dimensão neste capítulo, aferiu-se novamente a consistência interna da EVM sem o item 13 ($\alpha = 0,81$), tendo diminuído ligeiramente a consistência interna. No entanto, este valor mantém-se superior ao da consistência interna do instrumento traduzido para inglês. Relativamente à consistência interna de cada dimensão da EVM com alterações, não se verificaram diferenças significativas comparativamente com a consistência interna das dimensões resultantes da Análise Fatorial Exploratória.

Tabela 21 - Alpha de Cronbach das dimensões com os itens propostos

Dimensão	Itens	Alpha de Cronbach
Sintomas Mentais	4, 5, 9, 12, 14, 19, 20	0,81
Sintomas Psicossomáticos	1, 2, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 15	0,81
Problemas Interpessoais	16, 17, 18, 21, 22	0,67

Podemos concluir que com os resultados obtidos na tabela 21, as dimensões apresentam uma consistência interna considerada boa. Desta forma, todos os itens da EVM ficam relacionados com uma dimensão, contrariamente ao que acontecia na EVM traduzida para inglês (Eplöv et al., 2010).

9.2. ANÁLISE DESCRITIVA- RELACIONAL

Relativamente aos resultados obtidos sobre as características sociodemográficas verificaram-se, no presente estudo, diferenças significativas no que diz respeito ao sexo. No entanto, 90,3% da amostra de 154 estudantes (sem doença mental) são do sexo feminino logo, a diferença entre as pessoas do sexo feminino e do sexo masculino não permite uma avaliação tão fidedigna na amostra que é do sexo masculino.

Segundo o artigo “Determinantes sociais e económicos da saúde Mental” (Alves e Rodrigues, 2010), estes determinantes estão relacionados com a VM. Tendo em conta a amostra utilizada no presente estudo (estudantes do ensino superior) e segundo o estudo “Acesso e Sucesso no Ensino Superior em Portugal: Questões de Género, Origem Sócio- Cultural e Percurso Académico dos Aluno” (Almeida et al., 2006), podemos dizer que, estes estudantes, à partida, pertencem a uma classe social mais favorecida, sendo menos provável encontrar no Ensino Superior alunos que vivam no limiar de pobreza e, que por isso, não tenham acesso à educação

e formação, levando posteriormente ao desemprego, sendo estes fatores de VM (Alves e Rodrigues, 2010). Aliás, apesar das taxas de frequência de Ensino terem aumentado, ainda se verifica uma grande desigualdade no acesso ao Ensino Superior (Almeida et al., 2006).

A frequência no Ensino Superior faz com que os estudantes tenham de reorganizar a sua vida em termos de relações interpessoais, a nível familiar e de amizades na gestão do tempo para o estudo e as aulas (Ibidem). A falta de capacidade para gerir estas situações conduz a um aumento dos níveis de stress (Almeida et al., 2006), que são responsáveis por um maior risco de doença mental, ou seja VM (Alves e Rodrigues, 2010).

A partir das variáveis “residência” e “usufruto de bolsa”, tentou-se aferir estes fatores, não se tendo verificado resultados estatisticamente significativos.

Relativamente à variável “acontecimentos de vida negativos”, verificaram-se diferenças estatísticas significativas entre ter VM e ter experienciado determinados acontecimentos de vida como, *Bullying*, violência física, violência sexual, violência verbal e ambiente familiar disfuncional. O *Bullying* foi o acontecimento de vida negativo que obteve maior frequência (22 estudantes da amostra de 154) na relação entre os acontecimentos de vida e a VM. Angold et al. (2013) referem no seu estudo “*Adult Psychiatric Outcomes of Bullying and Being Bullied by Peers in Childhood and Adolescence*”, que tanto as pessoas provocadoras, como as vítimas de *Bullying*, na fase jovem adulto, apresentaram elevadas taxas de transtornos mentais como: depressão, ansiedade, transtorno de personalidade (Anti-social), transtorno de uso de substâncias e tendências suicidas. Verifica-se desta forma a relação entre o *Bullying* e o risco de VM e, conseqüentemente a doença mental.

Relativamente à Violência Sexual a relação verificada pelo presente estudo é confirmada pelo estudo “*Consequências Psicológicas em longo prazo da violência sexual na infância*” (Oliveira e Silva, 2002). Segundo as autoras, a violência sexual além de uma agressão física é uma agressão psicológica que, segundo Williams (2002 cit por Oliveira e Silva, 2002), pode conduzir a doenças mentais como a depressão e o Stress pós-

traumático. Chen et al (2010) verificaram a associação entre a violência sexual e a depressão, distúrbio alimentares e Stress pós-traumático.

As experiências vividas pela criança e o modo como são vividas vão influenciar a sua SM. Os acontecimentos de vida violência familiar, conjugal ou até mesmo de guerra são fatores, relacionados com a VM (Alves e Rodrigues, 2010), tal como se verificou no presente estudo.

Relativamente às características clínicas, verifica-se a existência de relação entre a Doença de Crohn e a VM. Alves e Rodrigues (2010), referem as doenças crónicas ou lesões incapacitantes como fatores de VM.

Na avaliação das propriedades psicométricas da EVM, Eplöv et al. (2010) menciona vários estudos referentes à relação da VM com doenças crónicas como o síndrome do colon irritável.

Tendo em conta os resultados obtidos com o presente estudo e, fazendo a comparação com os estudos relativos às variáveis relacionadas com as características clínicas (Acontecimentos de vida negativos, antecedentes patológicos), pode-se concluir que a EVM pode ser um instrumento importante na prevenção da doença mental, uma vez que, verifica-se uma grande relação entre estas variáveis e o desenvolvimento de doença mental. Assim, o conhecimento prévio da VM da pessoa pode permitir a aplicação de intervenções que permitam prevenir a doença.

9.3. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Ao longo de cada etapa realizada para o presente estudo foram se encontrando algumas dificuldades.

A primeira limitação foi encontrar informação relativa ao constructo, Vulnerabilidade Mental. Há de facto informação sobre fatores de risco para determinadas doenças da Saúde Mental, nomeadamente a Depressão e a Ansiedade, no entanto, sobre a vulnerabilidade (suscetibilidade) mental há pouca informação. Verificaram-se alguns estudos relativos à Vulnerabilidade ao Stress e à Vulnerabilidade social, que são duas

vulnerabilidades presentes e que em conjunto fazem parte da Vulnerabilidade Mental. Sobre o constructo estudado encontraram-se apenas dois artigos, além do artigo que contém a tradução e a avaliação das propriedades psicométricas da EVM no qual este estudo se baseou. Esta escala já existe desde os anos 60, tendo sido usada em alguns estudos na Dinamarca. Além da Dinamarca não foram encontrados outros países onde a escala tenha sido aplicada ou estudada, o que dificultou ainda mais o acesso à informação.

A falta de informação sobre o estudo metodológico utilizado para a tradução, validação e avaliação das propriedades psicométricas da versão dinamarquesa da EVM para a versão inglesa (não sendo especificado a sua validação), não permitiu que o presente estudo tivesse na base um bom “alicerce”.

Quanto à validade, os resultados obtidos através da AF mostraram algumas diferenças com a EVM original no que concerne às dimensões, levando assim à necessidade de fazer uma análise bibliográfica e de conteúdo da escala com o objetivo de verificar a viabilidade das dimensões. A validade foi também verificada através da análise convergente e divergente. A limitação nesta avaliação consistiu na dificuldade em encontrar um instrumento psicométrico traduzido e validado na população portuguesa que permitisse a avaliação da Vulnerabilidade Mental. Foi também encontrada a Escala da Vulnerabilidade Psicológica, no entanto, ainda se encontra em processo de tradução e validação o que não permitiu efetuar uma avaliação mais correta da validade convergente. Contudo, não deixou de ser avaliada através do MHI-5 (-), mas devido à sua curta dimensão (3 itens) e ao facto do constructo não ser o mesmo, os resultados não foram mais expressivos.

Finalmente, a última dificuldade encontrada foi a identificação das pessoas com VM. Sabe-se que o *score* máximo da EVM é 110, mas não se sabe a partir de que momento se pode considerar que a pessoa tem VM, havendo por isso necessidade de estabelecer um *score* mínimo no qual se considere VM.

10. CONCLUSÕES

A VM está dependente de determinados fatores que podem ser biológicos ou psicológicos, resultantes de situações de stress, ou situações de violência, que perante um fator de risco pode levar a pessoa a desenvolver uma doença mental.

Neste contexto, foram realizados estudos sobre a VM. Porém, a aplicação da EVM e, conseqüentemente a avaliação da VM centraram esses mesmos estudos ao país de origem do instrumento, a Dinamarca, havendo por isso pouca divulgação sobre este instrumento.

Perante as alterações socioeconómicas em Portugal, e previsivelmente as suas conseqüências na Saúde Mental dos Portugueses, verifica-se a importância de estudar a EVM como um instrumento que permita o rastreio junto da comunidade de pessoas vulneráveis. Desta forma, foram estudadas as propriedades psicométricas da EVM, aplicando-a a uma amostra de estudantes do Ensino Superior.

Tendo em conta os resultados obtidos, verifica-se na amostra que há estudantes com níveis significativos de VM, sendo que alguns fatores de risco estavam presentes designadamente problemas de saúde e acontecimentos de vida negativos. Relativamente aos acontecimentos de vida negativos verificou-se que há diferenças estatisticamente significativas entre ter e não ter VM e ter ou não ter experienciado um dos seguintes acontecimentos negativos: *Bullying*, violência física, violência verbal e ambiente familiar disfuncional.

Relativamente à relação com a doença, verificou-se também a relação da VM com problemas de saúde num contexto geral como a doença de Crohn.

Analisando as propriedades psicométricas, verifica-se que os resultados obtidos com a avaliação da validade e da fidelidade do instrumento, são estatisticamente significativos. Esses resultados mantem-se no que diz

respeito à consistência na proposta das três dimensões com a inclusão dos itens sem dimensão na versão original.

Tendo em conta estes resultados, a EVM pode ser um bom instrumento para a avaliação da VM, no entanto, pelo facto de colocar muito a ênfase nos sintomas, pode ser entendida por alguns investigadores como uma escala que identifica estados pré-psicopatológicos. Assim, a escala poderá ser entendida como instrumento de avaliação de sintomas da VM.

Em qualquer dos casos, quer se trate de VM ou se sintomas de vulnerabilidade, este instrumento é de elevada utilidade quer na prática clínica, quer na investigação ao nível da prevenção da doença mental.

Os resultados das propriedades psicométricos sugerem uma utilização para a identificação das pessoas em risco de adoecer mental, ou seja, com maior VM.

A alteração da escala para respostas do tipo ordinal, permitiu aumentar a especificidade do constructo. Desta forma quem respondia às questões podia enquadrar melhor as suas respostas. Contudo, é necessário verificar se efetivamente as respostas tipo likert mantêm uma melhor avaliação do constructo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANCHES, S., MUROFUSE, N., NAPOLEÃO, A. - *Reflexões sobre Estresse Burnout e a relação com a Enfermagem*. Rev. Latino-am Enfermagem [Em linha]. Vol. 13, nº 12 (2005), p. 255-61. [Consult. Setembro de 2013]. Disponível na internet: <URL:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a19.pdf>

ADAMS, J.; CARTER, Z.; HANKIN, B. - *Are neuroticism, cognitive vulnerabilities and self - Esteem overlapping or distinct risks for depression? Evidence from exploratory and confirmatory factor analyses*. Journal of Social and Clinical Psychology [Em linha]. Vol. 26, nº 1 (2007), p. 29-63. [Consult. Fevereiro de 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=ed220c6e-7627-41af-abe8-327d5a47ede0%40sessionmgr104&hid=124>

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO - *Promoção da saúde Mental no local de trabalho, Resumo de um relatório de boas práticas*. FACTS [Em linha]. Vol. 11, (2012), p. 102. [Consult. Novembro de 2012]. Disponível na internet: <URL: <https://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/102>

ALARÇÓN, M.; BARRADAS, J.; IBAÑEZ, M., TRAPAGA, J. - *Factores de salud mental positiva en estudiantes de psicología universidad veracruzana*. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo [Em linha]. Vol. 60, (2007). [Consult. Novembro de 2012]. Disponível na internet: <URL: http://www.ride.org.mx/docs/publicaciones/09/psicologia_bienestar_lab0

[ral_y_calidad_de_vida/maria_esther_barradas_alarcon-josue_m_sanchez_b-lourdes_guzman_i-._jorge_a_balderrama_t..pdf](#)

ALMEIDA, L.; GUISANDE, M.; SAAVEDRA, L.; SOARES, A. - *Acesso e Sucesso no Ensino Superior em Portugal: Questões de Género, Origem Sócio-Cultural e Percurso Académico dos Alunos*. *Psicologia: Reflexão e Crítica* [Em linha]. Vol. 19, nº 3, (2006), p. 507-514. [Consult. Julho de 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v19n3/a20v19n3.pdf>

ALVES, A., E RODRIGUES, N. - *Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental*. *Revista Portuguesa de saúde pública* [Em linha]. Vol. 28, Nº2, Pág 127-131, (2010), [Consult. Maio de 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpsp/v28n2/v28n2a03.pdf>

ANDERSON, R.; BLACK, W.; HAIR, J.; TATHAM, R. - *Análise Multivariada de dados*. 5ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ANGERAMI, E. L.; CAMELO, S. - *Sintomas de Estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família*. *Rev. Latino-am* [Em linha]. Vol. 12, nº 1, (2004), p. 14-21. [Consult. Setembro de 2013]. Disponível na internet:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n1/v12n1a03.pdf>

ANGOLD, A.; COPELAND, W.; COSTELLO, E.; WOLKE, D. - *Adult Psychiatric Outcomes of Bullying and Being Bullied by Peers in Childhood and Adolescence*. *JAMA Psychiatry* . Vol. 70, nº 4, (Fevereiro, 2013), p. 419.426.

ANTONIAZZI, A.; BANDEIRA, D., DELLÁGLIO, D. - *O Conceito de Coping: Uma revisão teórica*. *Estudos de Psicologia* [Em linha]. Vol. 3, nº2, (1998), p. 273-294. [Consult. Julho de 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n2/a06v03n2.pdf>

AYRES, J.; CALAZANS, G.; FILHO, H.; JÚNIOR, I. - *O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: Novas perspectivas e desafios* In CZERESNIA, D., FREITAS, C. - *Promoção da saúde, conceitos, reflexões, tendências*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro. 2004. ISBN: 85-7541-024-5

BAHMAD, F.; CAL, R.: *Enxaqueca associada a disfunção auditivo-vestibular*. Ver Bras Otorrino laringol [Em linha]. Vol. 74, nº 4, (2008), p. 606-12. [Consult. julho de 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rboto/v74n4/a20v74n4.pdf>

BAKHSI, J. & TRANI, P. - Vulnerability and mental health in Afghanistan: Looking beyond war exposure. *Transcult Psychiatry*. Vol. 50, nº 1, (2013), p. 108-39.

BANDEIRA, D.; BORSA, J.; HUTZ, C.; ZANON, C. - *Relações entre o pensamento ruminativo e facetas do neuroticismo*. Estudos de Psicologia, Campinas. [Em linha]. Vol. 29, nº2, (2012). [Consult. Julho de 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29n2/a03v29n2.pdf>

BARNES, J. - *Promoção da Saúde Mental: perspectiva desenvolvimental*. Psychology, health & Medicine [Em linha]. Vol. 3, nº1 (1998). [Consult. Julho de 2013]. Disponível na internet: <URL: http://www.saude-mental.net/pdf/vol2_rev5_artigo2.pdf

BARRA, D.; LANZONI, G.; MALISKA, I.; SEBOLD, L.; MEIRELLESB. - *Processo de viver humano e a enfermagem sob a perspectiva da vulnerabilidade*. Acta Paul Enferm [Em linha]. Vol. 23, nº6 (2010). [Consult. Novembro de 2012]. Disponível na internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/18.pdf>

BARROS, M.; CHAGAS, M.; DIAS, M. - *Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental*. Ciências & Saúde colectiva [Em linha]. Vol. 14, nº1 (2009). [Consult. Novembro de 2012].

Disponível na internet: <URL:
<http://www.redalyc.org/pdf/630/63014124.pdf>

BENEVIDES- PEREIRA - *Investigando o Burnout em Professores Universitários*
in BENEVIDES- PEREIRA & TAKAHASHI: Revista Eletrônica INTERAÇÃO Psy
[Em linha]. Ano.1, nº1, (Agosto de 2003). [Consult. Setembro de 2013].
Disponível na internet: <URL:
http://tupi.fisica.ufmg.br/~michel/docs/Artigos_e_textos/Stress_qualidad_e_de_vida/007%20B%20-%20Burnout%20-%20Diversos%20artigos%20-%20REVISTA%20ELETR%20NICA.PDF#page=12

BERGER, R.; BLEICH, A.; GELKOPF, M.; SILVER, R. - *Protective factors and predictors of vulnerability to chronic stress: A comparative study of 4 communities after 7 years of continuous rocket fire*. Social Science & Medicine. [Em linha]. Vol. 74 (2012), [Consult. Novembro de 2012].
Disponível na internet: <URL:
<https://webfiles.uci.edu/rsilver/Gelkopf%20et%20al.%20Social%20Science%20&%20Medicine,%202012.pdf>

BIDSTRUP, P.; DALTON, S.; EPLOV, L.; FREDERIKSEN, K.; JOHANSEN, C.; MORTENSEN, E.; POULSEN, A.; ØSTERGAARD, D. - *Mental vulnerability as a risk factor for depression: A prospective cohort study in Denmark*. International Journal of Social Psychiatry [Em linha]. Vol. 58, nº 3, (25 de Março de 2011), p. 306-314. [Consult. Fevereiro de 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://isp.sagepub.com/content/58/3/306>

BLANCO, C.; MUÑOZ, M.; FUNDACIÓN IGUALDAD CIUDADANA - *Salud Mental Positiva, Programa de Promoción de La Salud Mental Positiva y Prevención de la Enfermedad Mental en el ámbito escolar de la comunidade Autónoma de Extremadura*. Dependentes: Junta de Extremadura Consejería de Sanidad y Dependencia; Junta da Extremadura, Consejería da Educação; Servicio Extremeño de Salud; Fundación Igualdad Ciudadana [Em linha]. (2010), [Consult. Fevereiro de 2013]. Disponível na internet: <URL:

http://www.saludmentalextramadura.com/fileadmin/documentos/Documentos_Tecnicos_SES/guia_saludmentalpositiva.pdf

BRAGA, G.; COIMBRA, V.; PORTO, A.; SILVEIRA, E. - *Promoção em Saúde Mental: a enfermagem criando e intervindo com histórias infantis*. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre [Em linha]. Vol. 32, nº 1, (Março de 2011). [Consult. Novembro de 2012]. Disponível na internet: < URL: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a16v32n1.pdf>

BROWN, S.; JOSEPH, S.; TENNANT, R. - *The Affectometer 2 : a measure of positive mental health in UK populations*. Qual life Res [Em linha]. Vol. 16 (Fevereiro de 2007). [Consult. Novembro de 2012]. Disponível na internet: <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=122abf54-5bb7-4390-b0f7-ca2fe3d24573%40sessionmgr112&vid=5&hid=125>

BUSS, P. - *Introdução ao Conceito de Promoção de Saúde* In CZERESNIA, D., FREITAS, C. - *Promoção da saúde, conceitos, reflexões, tendências*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro. 2004. ISBN: 85-7541-024-5

CÂMARA, F. - *Coluna Psiquiatria Contemporânea*. Psychiatry On Line Brasil [Em linha]. Vol. 16, nº 6, (Junho de 2011). [Consult. Julho de 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://www.polbr.med.br/ano11/cpc0611.php>

CAPONI, S. - *A saúde como abertura ao Risco* In CZERESNIA, D., FREITAS, C. - *Promoção da saúde, conceitos, reflexões, tendências*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro. 2004. ISBN: 85-7541-024-5

CARDOSO, P.; RODRIGUES, C; VILAR, A. - *Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes Portugueses*. Análise Psicológica [Em linha]. Vol. 4, (2004), p. 667-675. [Consult. Maio de 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v22n4/v22n4a02.pdf>

CECCONELLO, A. - *Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco*. Dependentes. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Curso de Pós-Graduação em psicologia do Desenvolvimento [Em linha]. (Janeiro de 2003). [Consult. Novembro de 2012]. Disponível na internet: <URL: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/2641/000373973.pdf?sequence=1>

CHEN, L.; COLBENSON, K.; ELAMIN, M.; GORANSON, E.; MURAD, M.; PARAS, M.; PROKOP, L.; SATTLER, A.; SEIMER, R.; SHINOZAKI, G.; ZIRAKZADEN, A. - *Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis*. Mayo Clinic Proceedings [Em linha]. Vol. 85, nº 7, (2010), p. 618-629. [Consult. Setembro de 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2894717/>

CORAZZA, D.; COSTA, J.; GOBBI, S.; STELLA, F. - *Depressão no Idoso: Diagnóstico Tratamento e Benefícios da Atividade Física*. Motriz, Rio Claro [Em linha]. Vol. 8, nº 3, (Agosto- Dezembro 2002), p. 91-98. [Consult. Setembro de 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/pdf12.pdf>

COSTA, E.; LEAL, I. - *Estratégias de coping em estudantes do ensino superior*. Análise Psicológica [Em linha]. Vol. 2, nº 29, (2006), p. 189-199. [Consult. Maio de 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v24n2/v24n2a06>

CUNHA, L. - *Modelos Rasch e Escalas de Likert e Thurstone na medição de atitudes*. Dependentes: Universidade de Lisboa, Faculdade de Ciências, Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Probabilidades e Estatística [Em linha]. (2007). [Consult. Setembro de 2013]. Disponível na internet:< URL: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1229/1/18914_ULFC072532_TM.pdf

ESTEVES, M. - *Saúde Mental Comunitária: rede de suporte social de pessoas com doença mental grave (estudo no concelho de Odivelas)*. Dependentes: Instituto Superior de Ciências sociais e Políticas, Universidade Técnica de Lisboa, Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Política Social [Em linha]. (2011). [Consult. Novembro de 2012]. Disponível na internet: < URL: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/4505/1/Disserta%20de%20Mestrado%20-%20Margarida%20Esteves.pdf>

EPLOV, L., BIRKET-SMITH, M., JOHANSEN, C., JØRGENSEN, T., LYNGBERG, A., MORTENSEN, E., PETERSON, J. - *Health and Disability: The Mental Vulnerability Questionnaire: A psychometric evaluation*. Scandinavian Journal of Psychology [Em linha]. Vol. 51, (2010), p. 558-554. [Consult. Novembro de 2012]. Disponível na internet: <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=971a3917-1cf2-46b6-8618-503f355abc9c%40sessionmgr15&hid=21>

EPLOV, L. F., JØRGENSEN, T., BIRKET-SMITH, M., SEGEL, S., JOHANSEN, C. & MORTENSEN, E. L. (2005). Mental vulnerability as a predictor of early mortality. *Epidemiology*. Vol. 16, nº 2 (Março de 2005), p. 226-232.

EPLOV, L.; JOHANSEN, C.; MORTENSEN, E.; SMITH, T. - *Mental vulnerability a risk factor for ischemic heart disease*. Journal of Psychosomatic [Em linha]. Vol. 60, (2006). [Consult. Novembro de 2012]. Disponível na internet: <URL: [http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999\(05\)00315-6/abstract](http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999(05)00315-6/abstract)

FILHO, N.; MATOS, A.; ROCHA, C.; SANTANA, V. - *Confiabilidade e viés do informante secundário na pesquisa epidemiológica: análise de questionário para triagem de transtornos mentais*. Rev. Saúde Pública [Em linha]. Vol. 31, nº6, (1997), p. 556- 65. [Consult. Setembro de 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n6/2435.pdf>

FORTIN, M. F.; CÔTÉ, J.; FILION, F. - *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.

GOMES, A.; ROZEMBERG, B. - *Condições de vida e Saúde Mental na zona rural de Nova Fribrugo- RJ*. *Psicol. Cienc. Prof.* [Em linha]. Vol. 20, nº 4 (Dezembro 2000). [Consult. Setembro de 2013]. Disponível na internet: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000400003

GOTLIB, I.; HAMMEN, L. - *Handbook of Depression*. New York, Guilford Press, in *Psychiatric Services* [Em linha]. Vol. 55, nº9 (Setembro de 2004). [Consult. Junho de 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://psychiatryonline.org/data/Journals/PSS/3623/1076.pdf>

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. - A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalista approach. *Quality of Life Research* [Em linha]. (1998), p. 323-335. [Consult. Maio de 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=980376c2-1eba-47ce-a1ce-a2cab6abb5fe%40sessionmgr113&vid=5&hid=123>

HONRADO, A.; LEAL, I. & RIBEIRO, J. - *Contribuição para o estudo da Adaptação Portuguesa das escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond*. *Psicologia, Saúde & Doenças* [Em linha]. Vol. 5, nº 2, (2004), p. 229-239. [Consult. Maio de 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v5n2/v5n2a07.pdf>

KAY, L. & JØRGENSEN, T. - Epidemiology of upper dyspepsia in a random population. *Scandinavian Journal of gastroenterology*. Vol. 29, nº1 (1994), p. 1-6.

KAY, L.; JØRGENSEN, T. & JENSEN, K. H. - The epidemiology of irritable bowel syndrome in a random population: Prevalence, incidence, natural history and risk factors. *Journal of Internal Medicine*. Vol. 236, nº1 (1994), p. 23 -30.

LIBERMAN, F.; TEDESCO, S. - *O que fazemos quando falamos de vulnerabilidade?*. O mundo da saúde São Paulo [Em linha]. Vol. 32, nº 2 (Abril/Junho de 2008). [Consult. Novembro de 2012]. Disponível na internet:

<URL:http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/59/254a260.pdf

LANCASTER, J.; STANHOPE, M.: *Enfermagem de saúde Pública, Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. Lusodidacta. Loures. 2008. ISBN: 978-989-8075-29-1

LIMA, R.; SANTOS, I.; SPARRENBERGER, F. - *Epidemiologia do Distress psicológico, estudo transversal de populacional, Epidemiology of psychological distress: a population based cross-sectional study*. Rev Saúde Pública [Em linha]. Vol. 37, nº 4, (2003), p. 434-9. [Consult. Maio de 2012]. Disponível na internet:

URL: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n4/16777.pdf>

LLUCH, M. - *Construcción de una Escala para Evaluar la Salud Mental Positiva*. Dependentes: Universidad de Barcelona, División de Ciencias de la salud, Facultad de Psicología, Departamento de Metodología de las Ciencias del comportamiento [Em linha]. (Setembro de 1999). [Consult. Novembro de 2012]. Disponível na internet:

<URL: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2366/E_TESIS.pdf;jsessionid=1D08E9A55BE3AC31A2C7D09771F77092.tdx2?sequence=1

MACÊDO, V.; MONTEIRO, A. - *Enfermagem e a Promoção da Saúde Mental na família: uma reflexão teórica*. Texto & Contexto Enfermagem. [Em linha]. Vol. 13, Nº004, (2004), p. 585-92. [Consult. Maio de 2013].

Disponível na internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a11.pdf>

MARQUES, A. F. - *Aplicação da Análise Multivariada na infraestrutura e no desempenho das Escolas Públicas e do Ensino Fundamental e Médio*

pertencentes ao Núcleo Regional de Educação de Paravaná. Acta Scientiarum Technology [Em linha]. Maringá, Vol. 32, nº1, (2010), p. 75-81. [Consult. Setembro de 2013]. Disponível na internet: < URL: <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=4&ved=0CEwQFjAD&url=http%3A%2F%2Fperiodicos.uem.br%2Fojs%2Findex.php%2FActaSciTechnol%2Farticle%2Fdownload%2F1188%2F1188&ei=JLxJUqq-L-yw7Aax4oG4BA&usq=AFQjCNF62VNIPkGZidpBl7PH7B5r1Fzslg&sig2=1C3WheuaRzxQPdpKuOvqpQ>

MASSUIA, D.; MENEZES, E.; PESSALACIA, J. - *A vulnerabilidade do adolescente numa perspetiva das políticas de saúde pública. Revista Bioethikos - Centro Universitário São Camilo* [Em linha]. Vol. 4, nº4, (2010). [Consult. Novembro de 2012]. Disponível na internet: < URL: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/80/Bioethikos_423-430_.pdf

MARTINEZ, D. - *Insónia na pratica clinica*, Porto alegre: Editora Artmed, 2005.

MENTAL ILLNESS FELLOWSHIP OF AUSTRALIA INC - *The stress-vulnerability-coping model of mental illness. Mental Illness Fellowship Victoria*. [Em linha]. (2005). [Consult. Novembro de 2012]. Disponível na internet: <URL: <http://www.mifact.org.au/media/mif/images/factsheets/models/Stressvulnerabilitycopingmodel.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE - *As Cartas da Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção de Saúde* [Em linha]. (2002). [Consult. Março de 2012]. Disponível na internet: <URL: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf

OLIVEIRA, R.; SILVA, J. - *Consequências Psicológicas em longo prazo da violência sexual na infância. Dependentes: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UNAMA, Trabalho de Graduação para obtenção do Grau de*

bacharel em Psicologia [Em linha]. (2002) [Consult. Setembro de 2013]. Disponível na internet: <URL: http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/monografias/consequencias_psicologicas_longo_prazo_violenca_sexual_infancia.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - *Relatório Mundial da Saúde, Saúde Mental nova concepção, nova esperança* [Em linha]. OMS 2001. [Consult. Novembro de 2012]. Disponível na internet: <URL: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - *Risks to Mental Health: Na overview of vulnerabilities and risk factors* [Em linha]. OMS 27 de Agosto de 2012. [Consult. Julho de 2013]. Disponível na internet: URL: http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf

POLIT,D.F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PREBIANCHI, H. E FALLEIROS, G. - *Doença Mental: representações de usuários e de profissionais de saúde*. Psicologia em Estudo [Em linha]. Vol. 16, nº1 (Março de 2011). [Consult. Novembro de 2012]. Disponível na internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n1/a05v16n1.pdf>

RIBEIRO, José Luís Pais - *Metodologias de Investigação em Psicologia e Saúde*. 3ª Ed. Porto: Legis Editora, 2010.

RIBEIRO, J. - *Mental Health Inventory: Um estudo de Adaptação à população Portuguesa*. PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS [Em linha]. Vol. 2, Nº1, (2001), p. 77-99. [Consult. Dezembro de 2012]. Disponível na internet: <URL: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v2n1/v2n1a06.pdf>

RIBEIRO, J.& RODRIGUES, A. - *Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope*. PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS [Em linha]. Vol. 5, Nº1, Pág 3-15, (2004), [Consult. Maio de 2013]. Disponível na internet: <URL:

<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v5n1/v5n1a01.pdf>

SANTOS, A. - *A saúde Mental em Cuidados de Saúde Primários*. Dependentes: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Artigo de Revisão [Em linha]. (Outubro de 2009). [Consult. Maio de 2013]. Disponível na internet: <URL:

<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18537/2/A%20Sa%c3%bade%20Mental%20em%20Cuidados%20de%20Sa%c3%bade%20Prim%c3%a1rios%20-%20artigo%20de%20re.pdf>

SÁ, L. - *Saúde Mental versus doença mental in Sequeira & SÁ. - Do Diagnóstico à intervenção em Saúde Mental: II Congresso Internacional da SPESM Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. [Em linha]. Vol. 12, nº1, (Outubro de 2010). ISBN: 978-989-96144-2-0. [Consult. Novembro de 2012]. Disponível na internet: <URL:

<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4143/3/ATT155030.dat.pdf>

SEBASTIAN, J. - *Populações Vulneráveis perspectiva geral*. In LANCASTER, J., STANHOPE, M. - *Enfermagem de saúde Pública, Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. Loures: Lusodidacta. 2008. p. ISBN: 978-989-8075-29-1

SCHESTATSKY, S. - *Características Demográficas e Clínicas de uma amostra Brasileira de pacientes mulheres com Transtorno de Personalidade Borderline*. Dependentes: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Dissertação para obtenção de do título Doutor em Psiquiatria no âmbito da Pós - Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria [Em linha]. (2005) [Consult. Julho de 2013]. Disponível na internet: <URL:

<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/8461/000576352.pdf?sequence=1>

SEQUEIRA, C. - *Introdução à Prática Clínica: Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. 1ª. s.l. : Quarteto, 2006.

SINCLAIR, V. WALLSTON, K. - *The Development and Validation of the Psychological Vulnerability Scale*. *Cognitive Therapy and Research* [Em linha]. Vol. 13, nº2, (1999), p. 119-129. [Consult. Novembro de 2012]. Disponível na internet: URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=b60d09c5-7b38-4c3c-b5c2-feed268663a0%40sessionmgr198&hid=112>

VICINI, L.: *Análise Multivariada da teoria à prática*. Dependentes: Universidade Federal de Santa Maria, Monografia para Especialização [Em linha]. (2005). [Consult. Setembro de 2013]. Disponível na internet: URL: <http://w3.ufsm.br/adriano/livro/Caderno%20dedatico%20multivariada%20-%20LIVRO%20FINAL%201.pdf>

YUNES, M. - *Psicologia Positiva e Resiliência: O foco no indivíduo e na família*. *Psicologia em Estudo, Maringá* [Em linha]. Vol. 8, (2003), p. 75-84. [Consult. Maio de 2013]. Disponível na internet:< URL: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa10.pdf>

ANEXOS

**ANEXO I- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA EVM À AUTORA
PRINCIPAL RESPONSÁVEL PELA TRADUÇÃO DA EVM DE DINAMARQUÊS PARA
INGLÊS**

Fra: Maria Nogueira [mailto:mjnogueira@esel.pt]
Sendt: 31. januar 2011 19:12
Til: Lene Falgaard Eplov
Cc: carlossequeira@esenf.pt
Emne: RE: Rrequest

Dear Professor Lene Falgaard Eplov

I'm writing to you again because I need to ask your permission to translate and then apply the instrument "The Mental Vulnerability Questionnaire" to subjects of an investigation that I'm conducting on college students in Lisbon. I would also appreciate if you could point me some literature references on how to score /evaluate the questions in the referred instrument.

Thank you in advance
Best regards

Maria José Nogueira

De: Lene Falgaard Eplov [mailto:Lene.Falgaard.Eplov@regionh.dk]
Enviada: quarta-feira, 2 de Fevereiro de 2011 12:38
Para: Maria Nogueira
Assunto: SV: Rrequest

Dear Maria José Nogueira
Fell free to translate The Mental Vulnerability Questionnaire and use it. I attach a fil with scoring instructions and our newly published article.
Good luck with your work.
Best regards

Lene Falgaard Eplov
Head, MD., PhD.
Research Unit for Psychiatric Rehabilitation
Mental Health Centre Ballerup
Ballerup Boulevard 2
DK- 2750 Ballerup
Denmark
E-mail: Lene.Falgaard.Eplov@regionh.dk
Phone.: +45 38645113/+45 20184687

ANEXO II- MENTAL VULNERABILITY QUESTIONNAIRE

Mental Vulnerability Questionnaire

We would like to ask you some questions regarding your personal well-being. Please do not think too much about the answers - just answer as you find most suitable.

	Yes/No
1. Do your hands easily shake?	
2. Do you often suffer from loss of appetite?	
3. Do you often suffer from severe headache?	
4. Do you often suffer from sleeplessness?	
5. Do you often have anxiety attacks?	
6. Do you often feel very tired?	
7. Do you often take medicine, such as headache tablets, sleeping pills, tranquillisers or the like?	
8. Do you often have pain in different parts of your body E.G. your stomach, neck, back or chest?	
9. Do you suffer from bad nerves?	
10. Do you often suffer from fits of dizziness?	
11. Do you believe that noise bothers you more than it does most other people?	
12. Are you nearly always in a bad mood?	
13. Is it difficult for you to concentrate on your work when someone is watching you?	
14. Does your heart often beat very fast for no particular reason?	
15. Do you often feel unwell?	
16. Is it difficult for you to make friends?	
17. Is it difficult for you to accept that other people decide over you?	
18. Do you prefer to keep to yourself?	
19. Do small things get on your nerves?	
20. Do you constantly have thoughts, which trouble and worry you?	
21. Are you very shy or sensitive?	
22. Do you usually feel misunderstood by other people?	

Scoring

22 question version

Count numbers of yes- answers = the score

**ANEXO III - TRADUÇÃO DA EVM DO INGLÊS PARA O PORTUGUÊS PELO
TRADUTOR PRINCIPAL**

Questionário de Vulnerabilidade Mental

F.C

Gostaríamos de lhe fazer algumas perguntas a respeito de seu bem-estar pessoal. Por favor, não pense muito sobre as respostas - assinale apenas a resposta que considera mais adequada

	Sim / não
1. As mãos tremem-lhe facilmente?	
2. Habitualmente tem falta de apetite?	
3. Habitualmente tem enxaqueca?	
4. Habitualmente tem insónia?	
5. Tem habitualmente crises de ansiedade?	
6. Sentes-e frequentemente muito cansado (A)?	
7. Toma habitualmente medicamentos para enxaqueca, insónia, tranquilizantes ou algo parecido?	
8. Tem dores no corpo (estômago, pescoço, costas ou peito)?	
9. Sofro dos nervos?	
10. Tem habitualmente tonturas?	
11. Acredita que o barulho o incomoda mais que à maioria das pessoas?	
12. Está quase sempre de mau humor?	
13. É-lhe difícil concentrar-se no seu trabalho quando está a ser observado?	
14. Habitualmente o seu coração bate muito rápido, sem nenhuma razão em particular?	
15. Habitualmente sente-se mal?	
16. É-lhe difícil fazer amigos?	
17. É-lhe difícil aceitar que outras pessoas decidam por você?	
18. Você prefere guardar para si mesmo?	
19. Irrita-se por pequenas coisas?	
20. Tem constantemente pensamentos, que o preocupam ou perturbam?	
21. É muito tímido e sensível?	
22. Sente-se habitualmente incompreendido pelos outros?	

**ANEXO IV - TRADUÇÃO DA EVM DO INGLÊS PARA O PORTUGUÊS REALIZADA
POR UM TRADUTOR**

Questionário de Vulnerabilidade Mental

L. N.

Gostaríamos de lhe fazer algumas perguntas a respeito de seu bem-estar pessoal. Por favor, não pense muito sobre as respostas - assinale apenas a resposta que considera mais adequada

	Sim / não
1. As suas mãos tremem facilmente?	
2. Habitualmente Tem falta de apetite?	
3. Habitualmente Tem enxaqueca?	
4. Habitualmente Tem insónia?	
5. Tem habitualmente crises de ansiedade?	
6. Sente-se frequentemente muito cansado?	
7. Toma habitualmente medicamentos para enxaqueca, insónia, tranquilizantes ou algo parecido?	
8. Tem dores no corpo (Estômago, pescoço, costas ou peito)?	
9. Sofre dos nervos?	
10. Tem habitualmente tonturas?	
11. Acredita que o barulho o incomoda mais que à maioria das pessoas?	
12. Está quase sempre de mau humor?	
13. É difícil concentrar-se no seu trabalho quando está a ser observado?	
14. Habitualmente o seu coração bate muito rápido, muitas vezes sem nenhuma razão aparente?	
15. Habitualmente sente-se mal?	
16. É-lhe difícil fazer amigos?	
17. É-lhe difícil aceitar que outras pessoas decidam por você?	
18. Você prefere guardar para si mesmo?	
19. Irrita-se por pequenas coisas?	
20. Tem constantemente pensamentos, que o preocupam ou perturbam?	
21. É muito tímido e sensível?	
22. Sente-se habitualmente incompreendido por outras pessoas?	

**ANEXO V - TESTEN FOR PSYKISK SÅRBARHED (EVM- VERSÃO
DINAMARQUESA)**

Testen for psykisk sårbarhed

De følgende spørgsmål omhandler deres personlige velbefindende. De skal ikke tænke for meget over svarene, men blot svare det, De umiddelbart finder passer bedst.

1. Kommer De let til at ryste på hænderne?
2. Lider De ofte af dårlig appetit?
3. Lider De ofte af stærk hovedpine?
4. Lider De ofte af søvnløshed?
5. Lider De ofte af angstanfald?
6. Lider De ofte af stærk træthed?
7. Tager De ofte tabletter, fx hovedpine -, sove, nervetabletter eller lignende?
8. Har De ofte ondt forskellige steder, fx mave, nakke, ryg eller bryst?
9. Lider De af dårlige nerver?
10. Har De tit svimmelhedsanfald?
11. Tror De støj generer Dem mere end det generer de fleste andre?
12. Er De næsten altid i dårligt humør?
13. Har De svært ved at samle Dem om arbejdet, når nogen ser på Dem?
14. Slår Deres hjerte ofte meget hurtigt uden særlig grund?
15. Føler De Dem tit sløj?
16. Har De svært ved at få venner?
17. Har De svært ved at tage, at andre bestemmer over Dem?
18. Kan De bedst lide at holde Dem for Dem selv?
19. Går småting Dem meget på nerverne?
20. Har De til stadighed tanker, der plager og ængster dem?
21. Er De meget genert eller følsom?
22. Føler De Dem sædvanligvis misforstået af andre?

**ANEXO VI-TRADUÇÃO DA EVM DO DINAMARQUÊS PARA O PORTUGUÊS
REALIZADA PELA 1ª TRADUTORA**

Teste à vulnerabilidade psíquica

M.

As perguntas abaixo dizem respeito ao seu bem-estar pessoal. Não deverá pensar demasiado sobre as respostas, mas apenas responder o que, espontaneamente, lhe parece mais adequado.

1. As suas mãos tremem com facilidade?
2. Sofre frequentemente de falta de apetite?
3. Sofre frequentemente de dores de cabeça fortes?
4. Sofre frequentemente de insónia?
5. Sofre frequentemente de ataques de ansiedade?
6. Sofre frequentemente de fadiga acentuada?
7. Toma frequentemente comprimidos, por exemplo, para as dores de cabeça, para dormir, para os nervos ou outros?
8. Sofre frequentemente de dores em várias partes do corpo, por exemplo no abdómen, na nuca, nas costas ou no peito?
9. Sofre dos nervos?
10. Sofre frequentemente de vertigens?
11. Sente que o ruído o(a) incomoda mais do que à maioria das pessoas?
12. Está quase sempre de mau humor?
13. Tem dificuldade em concentrar-se no trabalho quando alguém o(a) está a observar?
14. É frequente o seu coração começar a bater mais rápido sem motivo aparente?
15. Sente-se frequentemente indisposto?
16. Tem dificuldade em criar amizades?
17. Tem dificuldade em aceitar que outros mandem em si?
18. Prefere estar só?
19. Fica muito enervado(a) com questões insignificantes?
20. Tem constantemente ideias que o(a) incomodam e causam ansiedade?
21. É uma pessoa muito tímida ou sensível?
22. Sente que é habitualmente mal-interpretado(a) pelas outras pessoas?

**ANEXO VII-TRADUÇÃO DA EVM DO DINAMARQUÊS PARA O PORTUGUÊS
REALIZADA PELA 2ª TRADUTORA**

O teste de vulnerabilidade mental

A.

As seguintes perguntas lidam com o seu bem-estar pessoal. Não deve pensar muito sobre as respostas, mas apenas responder o que imediatamente achar mais adequado.

1. As suas mãos tremem facilmente?
2. Sofre frequentemente de falta de apetite?
3. Sofre frequentemente de fortes dores de cabeça?
4. Sofre frequentemente de insónia?
5. Sofre frequentemente de ataques de ansiedade?
6. Sofre frequentemente de fadiga forte?
7. Toma frequentemente comprimidos, por exemplo contra dores de cabeça, comprimidos para dormir ou para os nervos?
8. Costuma de ter dores em vários sítios, como dores de barriga, pescoço, costas ou peito?
9. Sofre de ansiedade?
10. Sofre frequentemente de tonturas?
11. Acha que barulho o incomoda mais do que incomoda à maioria das pessoas?
12. Está quase sempre de mau humor?
13. Tem dificuldade em efectuar o seu trabalho, quando alguém está a olhar em si?
14. O seu coração bate frequentemente muito rápido, sem qualquer razão particular?
15. Sente-se frequentemente doente?
16. Tem dificuldade em fazer amigos?
17. Tem dificuldade em aceitar, que outras pessoas mandem em si?
18. Prefere manter-se a só?
19. Fica irritado devido a problemas pequenos?
20. Tem constantemente pensamentos que o assola e assusta?
21. Está muito tímido ou sensível?
22. Senta-se geralmente incompreendido pelos outros?

**ANEXO VIII - COMPARAÇÃO ENTRE AS TRADUÇÕES DA EVM DO
DINAMARQUÊS PARA O PORTUGUÊS**

Teste de vulnerabilidade mental A.	Teste à vulnerabilidade psíquica M.
1 - As suas mãos tremem facilmente?	1. As suas mãos tremem com facilidade?
2 - Sofre frequentemente de falta de apetite?	2. Sofre frequentemente de falta de apetite?
3 - Sofre frequentemente de fortes dores de cabeça?	3. Sofre frequentemente de dores de cabeça fortes?
4 - Sofre frequentemente de insónia?	4. Sofre frequentemente de insónia?
5 - Sofre frequentemente de ataques de ansiedade?	5. Sofre frequentemente de ataques de ansiedade?
6 - Sofre frequentemente de fadiga forte ?	6. Sofre frequentemente de fadiga acentuada ?
7 - Toma frequentemente comprimidos, por exemplo contra dores de cabeça, comprimidos para dormir ou para os nervos?	7. Toma frequentemente comprimidos, por exemplo, para as dores de cabeça, para dormir, para os nervos ou outros ?
8 - Costuma de ter dores em vários sítios, como dores de barriga, pescoço, costas ou peito?	8. Sofre frequentemente de dores em várias partes do corpo, por exemplo no abdómen, na nuca , nas costas ou no peito?
9 - Sofre de ansiedade ?	9. Sofre dos nervos ?
10 - Sofre frequentemente de tonturas?	10. Sofre frequentemente de vertigens?
11 - Acha que barulho o incomoda mais do que incomoda à maioria das pessoas?	11. Sente que o ruído o(a) incomoda mais do que à maioria das pessoas?
12 - Está quase sempre de mau humor?	12. Está quase sempre de mau humor?
13 - Tem dificuldade em efectuar o seu trabalho, quando alguém está a olhar em si ?	13. Tem dificuldade em concentrar-se no trabalho quando alguém o(a) está a observar?
14 - O seu coração bate frequentemente muito rápido, sem qualquer razão particular ?	14. É frequente o seu coração começar a bater mais rápido sem motivo aparente?
15 - Sente-se frequentemente doente ?	15. Sente-se frequentemente indisposto?
16 - Tem dificuldade em fazer amigos?	16. Tem dificuldade em criar amizades?
17 - Tem dificuldade em aceitar, que outras pessoas mandem em si?	17. Tem dificuldade em aceitar que outros mandem em si?
18 - Prefere manter-se a só ?	18. Prefere estar só?
19 - Fica irritado devido a problemas pequenos ?	19. Fica muito enervado(a) com questões insignificantes?
20 - Tem constantemente pensamentos que o assola e assusta?	20. Tem constantemente ideias que o(a) incomodam e causam ansiedade?
21- Está muito tímido ou sensível?	21. É uma pessoa muito tímida ou sensível?
22 - Senta-se geralmente incompreendido pelos outros?	22. Sente que habitualmente é mal-interpretado(a) pelas outras pessoas?

ANEXO IX- ANÁLISE DE CONSENSOS

Tradução Inglês /Português		Tradução Dinamarquês/ Português		Análise de Consensos Peritos				
Versão Inglesa (Eplov, et al 2010)	T1 F.C./T2 L.N.	T3 M	T4 A	F. M.	J. A.	R. N.	L. B.	EVM Provisória
1. Do your hands easily shake?	1. As suas mãos tremem facilmente?	1. As suas mãos tremem <u>com</u> facilidade?	1. As suas mãos tremem facilmente?	1. As suas mãos tremem com facilidade?	S1. As suas mãos tremem com facilidade?	1. As suas mãos tremem com facilidade?	1. As suas mãos tremem com facilidade?	1. As suas mãos tremem com facilidade?
2. Do you often suffer from loss of appetite?	2. Habitualmente tem falta de apetite?	2. Sofre frequentemente de falta de apetite?	2. Sofre frequentemente de falta de apetite?	3. Sofre frequentemente de falta de apetite?	3. Sofre frequentemente de falta de apetite?	3. Sofre frequentemente e de falta de apetite?	2. Sofre frequentemente de falta de apetite?	2. Sofre frequentemente e de falta de apetite?
3. Do you often suffer from severe headache?	3. Habitualmente tem <u>enxaqueca</u> ?	3. Sofre frequentemente de dores de cabeça <u>fortes</u> ?	3. Sofre frequentemente de <u>fortes</u> dores de cabeça?	3. Sofre frequentemente de fortes dores de cabeça ?	3. Sofre frequentemente de fortes dores de cabeça ?	3. Sofre frequentemente e de fortes dores de cabeça ?	3. Sofre frequentemente de fortes_dores de cabeça?	3. Sofre frequentemente e de fortes dores de cabeça?
4. Do you often suffer from sleeplessness?	4. Habitualmente tem insónia?	4. Sofre frequentemente de insónia?	4. Sofre frequentemente de insónia?	4. Sofre frequentemente de insónias?	4. Sofre frequentemente de insónia?	4. Sofre frequentemente e de insónias?	4. Sofre frequentemente de insónia?	4. Sofre frequentemente e de insónias?

5. Do you often have anxiety attacks	5. Tem Habitualmente crises de ansiedade?	5. Sofre frequentemente de ataques de ansiedade?	5. Sofre frequentemente de ataques de ansiedade?	5. Tem com frequência crises de ansiedade?	5. Sofre de ansiedade? (ataque está mais associado a situações de agudização extrema, como pânico)	5. Tem com frequência crises de ansiedade?	5. Sofre frequentemente de ataques de ansiedade?	5. Sofre frequentemente e de crises de ansiedade?
6. Do you often feel very tired?	6. Sente-se frequentemente muito cansado?	6. Sofre frequentemente de fadiga <u>acentuada</u>	6. Sofre frequentemente de fadiga <u>forte</u>	6. Sente-se frequentemente muito cansado(a)?	6. <u>Sofre frequentemente de fadiga</u> , pois se é frequente, os termos 'forte' ou 'acentuada' são uma redundância	6. Sente-se frequentemente e muito cansado(a)?	6. Sofre frequentemente de fadiga <u>acentuada</u>	6. Sente-se frequentemente e muito cansado(a)?
7. Do you often take medicine, such as headache tablets, sleeping pills, tranquillisers or the like?	6. Toma habitualmente medicamentos para enxaqueca, insónia, tranquilizantes ou algo parecido?	7. Toma frequentemente comprimidos, por exemplo, <u>para</u> as dores de cabeça, para dormir, para os nervos ou outros?	7. Toma frequentemente comprimidos, por exemplo, <u>contra</u> as dores de cabeça, para dormir, para os nervos ou outros?	7. Toma frequentemente comprimidos, por exemplo, <u>para</u> as dores de cabeça, para dormir, para os nervos ou para problemas similares?	7. Toma frequentemente algum tipo de comprimidos? (sem os ex parece-me suficiente, talvez reformulasse assim evitaria usar termos incorrectos e vagos como 'nervos'. Se queres dar ex, diz: analgésicos e calmantes... creio que qualquer jovem universitário conhece	7. Toma frequentemente e comprimidos, por exemplo, <u>para</u> as dores de cabeça, para dormir, para os nervos ou para problemas similares?	7. Toma frequentemente comprimidos por exemplo, <u>para</u> as dores de cabeça, para dormir, para os nervos ou outros?	7. Toma frequentemente e comprimidos, por exemplo, <u>para</u> as dores de cabeça, para dormir, para os nervos ou para problemas similares?
8. <i>DO YOU OFTEN HAVE PAIN IN DIFFERENT PARTS OF YOUR BODY E.G.</i>	8. Tem dores no corpo (estômago, pescoço, costas ou	8. Sofre frequentemente de dores em várias partes do	8. Sofre frequentemente de dores em várias partes do	8. <u>Sente</u> frequentemente de dores em várias partes do	8. Sofre frequentemente de dores em várias partes do corpo, por	8. <u>Sente</u> frequentemente e de dores em várias partes do	8. Sofre frequentemente de dores em várias partes do	8. <u>Sente</u> frequentemente e de dores em várias partes

YOUR STOMACH, NECK, BACK OR CHEST?	peito)?	corpo, por exemplo no abdómen, na <u>nuca</u> nas costas ou no peito?	corpo, por exemplo no abdómen, <u>pescoço</u> . nas costas ou no peito?	corpo, por exemplo no abdómen, no <u>pescoço</u> . nas costas ou no peito?	exemplo no abdómen, no <u>pescoço</u> , nas costas ou no peito? porque é mais abrangente... a nuca faz parte do todo que é o pescoço.	corpo, por exemplo no abdómen, no <u>pescoço</u> , nas costas ou no peito?	corpo, por exemplo no abdómen, <u>pescoço</u> . nas costas ou no peito?	do corpo, por exemplo no abdómen, no <u>pescoço</u> , nas costas ou no peito?
9. Do you SUFFER FROM BAD NERVES?	9. Sofre dos nervos?	9. Sofre dos <u>nervos</u> ?	9. Sofre de <u>ansiedade</u> ?	9. Sofre dos <u>nervos</u> ?	9. Sofre dos nervos? Sugiro a pergunta feita directamente. 'tem crises de ansiedade', poderia juntar-se a ' ou sentimentos de depressão e tristeza'? e ficarias a saber se 'sofre dos nervos'	9. Sofre dos <u>nervos</u> ?	9. Sofre dos <u>nervos</u> ?	9. Sofre dos <u>nervos</u> ?
10. Do you often suffer from fits of dizziness?	10. Tem habitualmente tonturas?	10. Sofre frequentemente de <u>tonturas</u> ?	10. Sofre frequentemente de <u>vertigens</u> ?	10. Sofre frequentemente de <u>tonturas</u> ?	10. Sofre frequentemente de <u>tonturas</u> ? Escolho tonturas por ser um termo mais comum, não deixando de ser tecnicamente correcta	10. Sofre frequentemente e de <u>tonturas</u> ?	10. Sofre frequentemente de <u>tonturas</u> ?	10. Sofre frequentemente e de <u>tonturas</u> ?
11. Do you believe that noise bothers you more than it does most other people?	11. Acredita que o barulho o incomoda mais que à maioria das pessoas?	11. <u>Sente</u> que o ruído o(a) incomoda mais do que à maioria das	11. <u>Acha</u> que o barulho o(a) incomoda mais do que incomoda à	11. <u>Considera</u> que o ruído o(a) incomoda mais do que à maioria das pessoas?	11. Considera que o ruído o(a) incomoda mais do que à maioria das pessoas? ('acha' está fora de	11. <u>Considera</u> que o ruído o(a) incomoda mais do que à maioria das	11. <u>Sente</u> que o ruído o(a) incomoda mais do que à maioria das pessoas?	11. <u>Considera</u> que o ruído o(a) incomoda mais do que à maioria das pessoas?

		pessoas?	maioria das pessoas?	(É cognitivo e não emocional e por isso não pode ser sente, nem acredita, pq não é uma questão de fé)	questão 'sente' é demasiado invasivo escolheria 'considera' ou 'pensa')	pessoas?		
12. Are you nearly always in a bad mood?	12. Está quase sempre de mau humor?	12. Está quase sempre de mau humor?	12. Está quase sempre de mau humor?	12. Normalmente está de mau humor?	12. Está quase sempre de mau humor?	12. Normalmente está de mau humor?	12. Está quase sempre de mau humor?	12. Está quase sempre de mau humor?
13. <i>IS IT DIFFICULT FOR YOU TO CONCENTRATE ON YOUR WORK WHEN SOMEONE IS WATCHING YOU?</i>	13. É difícil concentrar-se no seu trabalho quando está a ser observando?	13. Tem dificuldade em <u>concentrar-se</u> no trabalho quando alguém o(a) <u>está a observar?</u>	13. Tem dificuldade em <u>efectuar</u> o seu trabalho, quando alguém está a <u>olhar para si?</u>	13. Tem dificuldade em concentrar-se no trabalho se alguém o(a) está a observar?	13. Tem dificuldade em <u>concentrar-se</u> no trabalho quando alguém o(a) <u>está a observar?</u>	13. Tem dificuldade em concentrar-se no trabalho se alguém o(a) está a observar?	13. Tem dificuldade em <u>concentrar-se</u> no trabalho quando alguém o(a) <u>está a observar?</u>	13. Tem dificuldade em concentrar-se no trabalho se alguém está a observa-lo(a)?
14. Does your heart often beat very fast for no particular reason?	14. Habitualmente o seu coração bate muito rápido, muitas vezes sem nenhuma razão em particular?	14. É frequente o seu coração começar a bater mais rápido sem motivo aparente?	14. <u>O seu coração bate frequentemente muito rápido, sem qualquer razão particular?</u>	14. É frequente o seu coração bater mais rápido sem que haja um motivo para isso?	14. É frequente o seu coração começar a bater mais rápido sem motivo aparente?	14. É frequente o seu coração bater mais rápido sem que haja um motivo para isso?	14. É frequente o seu coração começar a bater mais rápido sem motivo aparente?	14. É frequente o seu coração começar a bater mais rápido sem motivo aparente?

15. Do you often feel unwell?	15. Habitualmente sente-se mal?	15. Sente-se frequentemente indisposto (maldisposto)?	15. Sente-se frequentemente doente?	15. Frequentement e sente que não está bem?	15. Sente-se frequentemente indisposto (maldisposto)? Indisposto é maldisposto e toda a gente sabe....	15. Frequentemen te sente que não está bem?	15. Indisposto tem sobretudo uma conotação de mal-estar físico. Maldisposto pode ser mais psicológico. é difícil saber a que corresponde o original..A tradução inglesa não ajuda muito....	15. Sente frequentemente que não está bem?
16. Is IT DIFFICULT FOR YOU TO MAKE FRIENDS?	16. É-lhe difícil fazer amigos?	16. Tem dificuldade em <u>criar</u> amizades?	16. Tem dificuldade em fazer amigos?	16. É-lhe difícil fazer amigos?	16. Tem dificuldade em fazer amigos?	16. É-lhe difícil fazer amigos?	16. Tem dificuldade em fazer amigos?	16. É-lhe difícil fazer amigos?
17. Is it difficult for you to accept that other people decide over you?	17. É-lhe difícil aceitar que outras pessoas decidam por você?	17. Tem dificuldade em aceitar que outros <u>mandem em</u> si?	17. Tem dificuldade em aceitar que outras pessoas <u>mandem</u> em si?	17. Tem dificuldade em aceitar que outros decidam por si?	17. Tem dificuldade em aceitar que outros decidam por si? 'mandem' é a maneira agressiva de dizer 'decidam' por isso escolheria 'decidam'	17. Tem dificuldade em aceitar que outros decidam por si?	17. Tem dificuldade em aceitar que outros decidam por si? (A fazer fé na tradução inglesa a é claramente "decidam por si". Tb me parece fazer mais sentido)	17. Tem dificuldade em aceitar que outros decidam por si?

18. Do you prefer to keep to yourself?	18. Você prefere guardar para si mesmo?	18. Prefere estar só?	18. Prefere <u>manter-se sozinho</u>	18. Prefere ser reservado(a) relativamente aos outros?	18. Tem tendência a preferir estar sozinho?'	18. Prefere ser reservado(a) relativamente aos outros?	18. Prefere estar sozinho?	18. Prefere ser reservado(a) relativamente aos outros?
19. Do small things get on your nerves?	19. Irrita-se por pequenas coisas?	19. Fica muito enervado(a) com questões insignificantes	19. <u>Fica irritado devido a problemas pequenos?</u>	19. Fica irritado com pequenas coisas?	19. É habitual sentir-se irritado com pequenos problemas?'	19. Fica irritado com pequenas coisas?	19. Fica irritado com pequenas coisas?	19. Fica irritado com pequenas coisas?
20. Do you constantly have thoughts, which trouble and worry you?	20. Tem constantemente pensamentos, que o preocupam ou perturbam?	20. <u>Tem constantemente ideias que o(a) incomodam e causam ansiedade?</u>	20. Tem constantemente pensamentos que o assolam e assusta?	20. Tem pensamentos que o(a) preocupam ou perturbam constantemente e/incessantemente?	20. Tem frequentemente ideias que o/a preocupam e assustam?'	20. Tem pensamentos que o(a) preocupam ou perturbam constantemente e/incessantemente?	20. Tem frequentemente e pensamentos que o(a) preocupam ou perturbam constantemente e?	20. Tem constantemente pensamentos que o(a) perturbam e preocupam?
21. Are you very shy or sensitive?	21. É muito tímido e sensível?	21. É uma pessoa muito tímida ou sensível?	21. É uma pessoa muito tímida ou sensível?	21. É uma pessoa muito tímida ou sensível?	21. É uma pessoa muito tímida ou sensível?	21. É uma pessoa muito tímida ou sensível?	21. É uma pessoa muito tímida ou sensível?	21. É uma pessoa muito tímida ou sensível?
22. Do you usually feel misunderstood by	22. Sente-se habitualmente incompreendido por outras	22. Sente que habitualmente é	22. Sente-se <u>geralmente</u>	22. Sente-se habitualmente	22. Sente-se habitualmente	22. Sente-se habitualmente	22. Sente-se habitualmente incompreendido (a) pelas outras	22. Sente-se habitualmente

other people?	peessoas?	<u>mal-interpretado</u> (a) pelas outras peessoas?	<u>incompreendido</u> pelos outros?	incompreendido (a) pelas outras peessoas?	incompreendido(a) pelas outras peessoas?	incompreendido (a) pelas outras peessoas?	peessoas?	incompreendid o(a) pelos outros?
---------------	-----------	--	--	---	---	---	-----------	--

**ANEXO X - RETROTRADUÇÃO DA EVM DO PORTUGUÊS PARA O
DINAMARQUÊS**

Spørgeskema angående mental sårbarhed

1. Ryster dine hænder let?
2. Har du tit ingen appetit?
3. Har du tit hovedpine?
4. Líder du ofte af søvnløshed?
5. Líder du tit af frygt?
6. Er du ofte meget træt?
7. Tager du tit piller for f.eks. hovedpine, søvnløshed, nervøsitet eller andre lignende problemer?
8. Har du tit ondt i forskellige dele af kroppen som f.eks. maven, nakken, ryggen eller brystet?
9. Er du nervøs?
10. Líder du af svimmelhed?
11. Genere støj dig mere end normalt?
12. Er du næsten altid i dårligt humør?
13. Har du besvær med at koncentrere dig, hvis der er nogen, der kigger på dig?
14. Banker dit hjerte ofte hurtigere uden nogen speciel grund?
15. Føler du dig tit utilpas?
16. Har du svært ved at få venner?
17. Har du svært ved at acceptere at andre tager beslutninger for dig?
18. Foretrækker du at være reserveret overfor andre mennesker?
19. Bliver du irriteret over småting?
20. Tænker du ofte på ting, som irriterer eller bekymrer dig?
21. Er du genert eller følsom?
22. Synes du tit, at andre ikke forstår dig?

ANEXO XI - VERSÃO PROVISÓRIA DA EVM NA VERSÃO PORTUGUESA

Questionário de Vulnerabilidade Mental (Eplov, et al, 2010)

Pedimos-lhe que responda a algumas perguntas relativamente ao seu bem-estar pessoal. Por favor, leia cada uma das questões e, do modo mais espontâneo possível, assinale a resposta que lhe parecer mais adequada.

nº	Itens	1 Nunca	2 Rara mente	3 Algumas vezes	4 Muitas vezes	5 Constan temente
1	As minhas mãos tremem com facilidade?					
2	Tenho frequentemente falta de apetite?					
3	Tenho frequentemente fortes dores de cabeça?					
4	Tenho frequentemente insónia?					
5	Tenho frequentemente crises de ansiedade?					
6	Sinto-me frequentemente muito cansado(a)?					
7	Tomo frequentemente comprimidos, por exemplo, para dores de cabeça, para dormir, para os nervos ou para problemas similares?					
8	Tenho frequentemente dores em várias partes do corpo, por exemplo no abdómen, no pescoço, nas costas ou no peito?					
9	Sofro dos nervos?					
10	Tenho frequentemente tonturas?					
11	Considero que o ruído me incomoda mais do que à maioria das pessoas?					
12	Estou quase sempre de mau humor?					
13	Tenho dificuldade em concentrar-me no trabalho se alguém me está a observar?					
14	Frequentemente o meu coração bate mais rápido, sem motivo aparente?					
15	Frequentemente sinto que não estou bem?					
16	É-me difícil fazer amigos?					
17	Tenho dificuldade em aceitar que outros decidam por mim?					
18	Prefiro ser reservado(a)?					
19	Fico irritado com pequenas coisas?					
20	Tenho constantemente pensamentos que me preocupam ou perturbam?					
21	Sou uma pessoa muito tímida ou sensível?					
22	Sinto-me habitualmente incompreendido(a) pelas outras pessoas?					

ANEXO XII - VERSÃO FINAL DA EVM NA VERSÃO PORTUGUESA

Questionário de Vulnerabilidade Mental (Eplov, et al, 2010)

Pedimos-lhe que responda a algumas perguntas relativamente ao seu bem-estar pessoal. Por favor, leia cada uma das questões e, do modo mais espontâneo possível, assinale a resposta que lhe parecer mais adequada.

nº	Itens	1 Nunca	2 Rara mente	3 Algumas vezes	4 Muitas vezes	5 Constan temente
1	As minhas mãos tremem com facilidade?					
2	Tenho falta de apetite?					
3	Tenho fortes dores de cabeça?					
4	Tenho insónia?					
5	Tenho crises de ansiedade?					
6	Sinto-me muito cansado(a)?					
7	Tomo comprimidos, por exemplo, para dores de cabeça, para dormir, para os nervos ou para problemas similares?					
8	Tenho dores em várias partes do corpo, por exemplo no abdómen, no pescoço, nas costas ou no peito?					
9	Sofro dos nervos?					
10	Tenho tonturas?					
11	Considero que o ruído me incomoda mais do que à maioria das pessoas?					
12	Estou de mau humor?					
13	Tenho dificuldade em concentrar-me no trabalho se alguém me está a observar?					
14	O meu coração bate mais rápido, sem motivo aparente?					
15	Sinto que não estou bem?					
16	É-me difícil fazer amigos?					
17	Tenho dificuldade em aceitar que outros decidam por mim?					
18	Prefiro ser reservado(a)?					
19	Fico irritado com pequenas coisas?					
20	Tenho pensamentos que me preocupam ou perturbam?					
21	Sou uma pessoa muito tímida ou sensível?					
22	Sinto-me incompreendido(a) pelas outras pessoas?					

ANEXO XIII- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Exº mo Senhor Presidente do Conselho Diretivo da
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Assunto: pedido de autorização para realização de um estudo de validação da Escala da Vulnerabilidade Mental nos alunos da licenciatura de Enfermagem da ESEP.

Elsa Natalina Mendes Barbosa, enfermeira encontra-se a frequentar o Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria. No âmbito desta formação propus-me realizar um estudo intitulado “Contributos para a validade da escala de vulnerabilidade mental, na população portuguesa”.

Com a realização deste estudo pretende-se validar este instrumento para a população portuguesa.

Sendo o percurso académico um processo bastante stressante na vida de um estudante e um dos possíveis fatores de risco para o desenvolvimento de doença mental, é importante a identificação das pessoas mais vulneráveis para se possibilitar a implementação de intervenções de enfermagem que permitam promover a saúde e prevenir a doença.

Nesse sentido solicito autorização para aplicar este instrumento nos estudantes da Licenciatura do curso de Enfermagem da ESEP, assumindo o compromisso de respeitar as normas éticas inerentes ao processo de investigação. Os estudantes serão informados dos objetivos do estudo e o seu preenchimento será voluntário e de forma anónima. O preenchimento do questionário será efetuado em suporte em papel, no âmbito das Unidades Curriculares de IPC. Será solicitada autorização aos professores das referidas unidades, de modo a possibilitarem que os estudantes possam utilizar 15 a 20 minutos para responderem aos questionários.

Sem mais assunto e com os melhores cumprimentos agradeço a disponibilidade dispensada.

Peço deferimento.

Lousada, Maio de 2013

ANEXO XIV - AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Exma. Senhora

Enfermeira Elsa Barbosa,

Relativamente ao pedido efetuado, encarrega-me o Presidente da ESEP, Prof. Paulo Parente de informar que o mesmo se encontra autorizado.

Mais se informa que os aspetos logísticos e a disponibilização da informação solicitada deverão ser articulados com o Coordenador do CLE.

Cumprimentos,

Maria João Gavina

(Técnica Superior)
Serviço de Secretariado

Email secretariado@esenf.pt

Telef +351 22 507 35 00

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 Porto

Email esep@esenf.pt

Telef +351 22 507 35 00

Fax +351 22 509 63 37

ANEXO XIV - QUESTIONÁRIO DA VULNERABILIDADE MENTAL

VULNERABILIDADE MENTAL

Elsa Barbosa & Carlos Sequeira - 2013

Questionário para a validação da escala da vulnerabilidade Mental para a população Portuguesa

No âmbito do mestrado em saúde Mental e Psiquiatria da Escola de Enfermagem do Porto, estamos a desenvolver um trabalho científico sobre vulnerabilidade mental dos estudantes.

Este estudo, tem como objetivo a validação da escala da vulnerabilidade mental para a população portuguesa.

A população alvo são os estudantes dos diferentes anos da licenciatura em enfermagem da ESEP.

O questionário é de carácter anónimo e confidencial.

As informações prestadas servirão para análise estatística do estudo.

Contacto: elsanatalinamendes@hotmail.com

Por favor seja sincero nas suas respostas.

Agradecemos a sua participação e disponibilidade no preenchimento do questionário

Nota : Em caso de dúvida, ou se pretender

ter acesso aos resultados solicite-o através

de: elsanatalinamendes@hotmail.com

I PARTE – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

As seguintes questões procuram obter dados que permitam caracterizar a amostra em estudo.

1. Idade _____

2. Sexo:

Feminino Masculino

3. Estado civil

Solteiro Casado União de facto Divorciado Outro _____

4. Local de residência (concelho)

5. Co- habitação?

(Vive na mesma casa que outra pessoa)

Sim Não

5.1. Se respondeu sim à questão anterior especifique.

Vive com o agregado familiar vive com amigos (apartamento/casa)

Vive em residência de estudantes vive sozinho Outro _____

6. Qual o ano do curso que frequenta?

1 2 3 4 5 6

7. Qual o ano da licenciatura em que se encontra?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Usou alguma bolsa?

Sim Não

8.1. Se respondeu sim à questão anterior especifique.

Escolar Social

9. Tem diagnosticado algum destes problemas de saúde?

Sim Não

9.1. Se respondeu sim à questão anterior especifique.

<input type="checkbox"/> Dislexia	<input type="checkbox"/> Ataques de pânico	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Hiperatividade	<input type="checkbox"/> Esgotamento	<input type="checkbox"/> Hipertensão
<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Colesterol
<input type="checkbox"/> Fobias	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia	<input type="checkbox"/> Triglicérides
<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Artrite reumatóide	<input type="checkbox"/> Outro _____
<input type="checkbox"/> Esclerose múltipla	<input type="checkbox"/> Arritmia	

10. Faz alguma vigilância a nível da saúde?

Sim Não

10.1. Se respondeu sim à questão anterior especifique.

<input type="checkbox"/> Consulta no centro de saúde/USF	<input type="checkbox"/> Terapia em grupo
<input type="checkbox"/> Consulta privada	<input type="checkbox"/> Internamento em psiquiatria
<input type="checkbox"/> Consultas de saúde mental (centro de saúde/psicólogo privado)	
<input type="checkbox"/> Outro _____	

11. Faz alguma medicação?

Sim Não

11.1. Se respondeu sim à questão anterior especifique.

<input type="checkbox"/> Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	<input type="checkbox"/>
Anti depressivos	
<input type="checkbox"/> Analgésico	<input type="checkbox"/> Anti psicóticos
<input type="checkbox"/> Outro _____	

12. Já vivenciou algum dos seguintes acontecimentos negativos?

Sim Não

12.1. Se respondeu sim à questão anterior especifique.

<input type="checkbox"/> Bullying	<input type="checkbox"/> Violência verbal
<input type="checkbox"/> Violência Física	<input type="checkbox"/> Negligência
<input type="checkbox"/> Violência sexual	<input type="checkbox"/> Separação de pessoas significativas
<input type="checkbox"/> Violência psicológica	<input type="checkbox"/> Ambiente familiar disfuncional
<input type="checkbox"/> Morte de familiar, amigo	<input type="checkbox"/> Outro _____

13. Faz consumo de alguma substância psicoativa?

Sim Não

13.1. Se respondeu sim à questão anterior especifique.

Lícitas: <input type="checkbox"/> Álcool	Ilícitas: <input type="checkbox"/> Canábis
<input type="checkbox"/> Tabaco	<input type="checkbox"/> Cocaína
	<input type="checkbox"/> Anfetaminas
	<input type="checkbox"/> Alucinogéneos

II PARTE - ESCALAS

Questionário de Vulnerabilidade Mental (Eplov, et al, 2010)

Pedimos-lhe que responda a algumas perguntas relativamente ao seu bem-estar pessoal. Por favor, leia cada uma das questões e, do modo mais espontâneo possível, assinale a resposta que lhe parecer mais adequada.

nº	Itens	1 Nunca	2 Rara mente	3 Algumas vezes	4 Muitas vezes	5 Constan temente
1	As minhas mãos tremem com facilidade?					
2	Tenho falta de apetite?					
3	Tenho fortes dores de cabeça?					
4	Tenho insónia?					
5	Tenho crises de ansiedade?					
6	Sinto-me muito cansado(a)?					
7	Tomo comprimidos, por exemplo, para dores de cabeça, para dormir, para os nervos ou para problemas similares?					
8	Tenho dores em várias partes do corpo, por exemplo no abdómen, no pescoço, nas costas ou no peito?					
9	Sofro dos nervos?					
10	Tenho tonturas?					
11	Considero que o ruído me incomoda mais do que à maioria das pessoas?					
12	Estou de mau humor?					
13	Tenho dificuldade em concentrar-me no trabalho se alguém me está a observar?					
14	O meu coração bate mais rápido, sem motivo aparente?					
15	Sinto que não estou bem?					
16	É-me difícil fazer amigos?					
17	Tenho dificuldade em aceitar que outros decidam por mim?					
18	Prefiro ser reservado(a)?					
19	Fico irritado com pequenas coisas?					
20	Tenho pensamentos que me preocupam ou perturbam?					
21	Sou uma pessoa muito tímida ou sensível?					
22	Sinto-me habitualmente incompreendido(a) pelas outras pessoas?					

INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL MHI-5 (Pais Ribeiro, 2001)

Abaixo vai encontrar um conjunto de questões acerca do modo como se sente no dia-a-dia. Responda a cada uma delas assinalando num dos quadrados por baixo a resposta que melhor se aplica a si.

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

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

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

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

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

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

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

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

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

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

Questionário de Saúde Mental Positiva (Sequeira, 2009)

Abaixo vai encontrar um conjunto de questões sobre seis dimensões da sua vida Satisfação pessoal, atitude pro social, auto controlo, autonomia, resolução de problemas/auto realização e habilidades e relação interpessoal. Responda a cada uma delas assinalando num dos quadrados por baixo a resposta mais adequada.

N.º	Questões	Sempre ou quase sempre	Na maioria das vezes	Algumas vezes	Raramente ou nunca
1	Para mim, é difícil aceitar os outros quando tem atitudes diferentes das minhas				
2	Os problemas boqueiam-me facilmente				
3	Para mim é difícil escutar os problemas das pessoas				
4	Gosto de mim como sou				
5	Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas				
6	Sinto-me capaz de explodir				
7	Para mim a vida é aborrecida e monótona				
8	Para mim é difícil dar apoio emocional				
9	Tenho dificuldades em estabelece relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas				
10	Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim				
11	Acredito que tenho muita capacidade para colocar-me no lugar dos outros e compreender as suas respostas				
12	Vejo o meu futuro com pessimismo				
13	As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar as minhas decisões				
14	Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam				
15	Sou capaz de tomar as decisões por mim mesmo				
16	Procuro retirar os aspetos positivos das coisas “más” que me acontecem				
17	Procuro melhorar como pessoa				
18	Considero-me um (a) bom/boa conselheiro(a)				
19	Preocupa-me que as pessoas me critiquem				
20	Considero-me uma pessoa sociável				
21	Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamento negativos				
22	Sou capaz de manter um bom auto-controlo nas situações de conflito que surgem na minha vida				
23	Penso que sou uma pessoa digna de confiança				
24	Para mim é difícil entender os sentimentos dos outros				
25	Penso nas necessidades dos outros				
26	Na presença de pressões desfavoráveis do exterior sou capaz de manter o meu equilíbrio pessoal,				
27	Quando surgem alterações na minha vida procura adaptar-me				
28	Perante um problema sou capaz de solicitar informação				

N.º	Questões	Sempre ou quase sempre	Na maioria das vezes	Algumas vezes	Raramente ou nunca
29	As alterações que ocorrem habitualmente no meu quotidiano são estimulam-me				
30	Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores/chefes				
31	Penso que sou um(a) inútil e que não sirvo para nada				
32	Procuro desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes				
33	Tenho dificuldades em ter opiniões pessoais				
34	Quando tenho que tomar decisões importantes sinto-me muito inseguro(a)				
35	Sou capaz de dizer não quando o quero dizer				
36	Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis				
37	Gosto de ajudar os outros				
38	Sinto-me insatisfeito(a) comigo mesmo(a)				
39	Sinto-me insatisfeito(a) com o meu aspecto físico				

**ANEXO XVI - AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DO
INVENTÁRIO DA SAÚDE MENTAL**

De: **elsa barbosa** (elsanatalinamendes@hotmail.com)
Enviada: domingo, 19 de Maio de 2013 17:55:03
Para: jlpr@fpce.up.pt (jlpr@fpce.up.pt)
Exmo. Professor Doutor José Luis Pais Ribeiro

Boa tarde

Chamo-me Elsa Natalina Mendes Barbosa, e sou enfermeira .

Neste momento sou aluna do mestrado de saúde mental e psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem do Porto, a realizar dissertação subordinado ao tema “ Contributos para a validade da escala de vulnerabilidade mental,

na população portuguesa” sob a orientação do Professor Doutor Carlos Sequeira - Professor Coordenador da Escola Superior de enfermagem do Porto. □ E nesse âmbito solicito autorização para usar a **o Inventario de Saúde Mental** (Pais Ribeiro, 2001).

Agradeço desde já a atenção dispensada, e coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento

Os melhores cumprimentos

Elsa Barbosa

De: **José Luis Pais Ribeiro** (jlpr@fpce.up.pt)
Enviada: segunda-feira, 20 de Maio de 2013 07:29:59
Para: elsa barbosa (elsanatalinamendes@hotmail.com)
Autorizo o uso da versão do questionário solicitado cuja versão portuguesa estudei para a população portuguesa
Informo que existe um manual com a informação mais organizada que é editado e vendido em formato digital pela editora placebo. Uma vez pago faz imediatamente o download para o seu computador

cordialmente

José Luís Pais Ribeiro
jlpr@fpce.up.pt
mobile phone: (351) 965045590
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

**ANEXO XVII - AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DO
QUESTIONÁRIO DA SAÚDE MENTAL POSITIVA**

De: elsa barbosa [mailto:elsanatalinamendes@hotmail.com]
Enviada: segunda-feira, 20 de Maio de 2013 11:21
Para: carlos sequeira
Assunto: Pedido de utilização do Questionário de saúde Mental Positiva

Exmo. Professor Doutor Carlos Sequeira

Bom dia

No âmbito do mestrado de saúde mental e psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem do Porto, a realizar dissertação subordinado ao tema “Contributos para a validade da escala de vulnerabilidade mental, na população portuguesa” e sob o qual o Professor é orientador, gostaria de realizar um trabalho de validação divergente com o Questionário de Saúde Mental Positiva.

Nesse âmbito solicito autorização para usar **Questionário de saúde Mental Positiva (QSM+)** (Carlos Sequeira, 2009).

Agradeço desde já a atenção dispensada

Os melhores cumprimentos

Elsa Barbosa

De: Carlos Sequeira (carlosequeira@esenf.pt)
Enviada: segunda-feira, 20 de Maio de 2013 12:03:00
Para: 'elsa barbosa' (elsanatalinamendes@hotmail.com)

Exma. Enf. Elsa,
Informa-se que se encontra autorizada a utilizar o **Questionário de saúde Mental Positiva (QSM+)** (Carlos Sequeira, 2009).
O instrumento deve ser utilizado na íntegra e de acordo com as regras de cotação pré-estabelecidas.
Qualquer dúvida, estarei ao dispor,
Com os melhores cumprimentos.

Carlos Sequeira

Carlos Sequeira, PhD, MSc, RN
Prof. Coordenador - Escola Superior de Enfermagem do Porto
Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental
carlosequeira@esenf.pt // dir.spesm@gmail.com

ANEXO XVIII - DECLARAÇÃO DO CONSENTIMENTO

EXPLICAÇÃO DO ESTUDO

Título:

Mental Vulnerability Questionnaire (EVM): Tradução e Validação para a População Portuguesa

Investigador:

Enf^a. Elsa Barbosa (Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria)

Objeto de estudo:

O objeto de estudo desta investigação são as pessoas mais vulneráveis ao desenvolvimento de doença mental, e sabendo através dos conhecimentos atuais sobre tema que o percurso académico é um fator bastante stressante na vida de um estudante. Consideramos que o investimento nesta área vai permitir a promoção da saúde mental e assim a manutenção da qualidade de vida através da implementação de intervenções de enfermagem, sendo para isso necessário uma correta e fidedigna colheita de dados.

Objetivos:

Os objetivos deste estudo são:

- Traduzir e validar na população portuguesa um instrumento psicométrico que permita avaliar a vulnerabilidade de uma pessoa para o desenvolvimento de uma doença mental, tendo como contexto para a sua aplicação jovens estudantes do curso de enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Verificar a relação entre antecedentes familiares de doença mental e a vulnerabilidade para o desenvolvimento da mesma.
- Verificar a relação entre os fatores de risco (fatores stressantes) e o desenvolvimento da doença mental.

Justificação:

Muitos são os estudos que indicam que algumas pessoas quando expostas a um fator stressante e devido à sua incapacidade para lidar/ contornar esse fator,

tem maior risco de serem vulneráveis ao desenvolvimento de uma doença mental.

Tendo em conta o percurso académico dos estudantes do ensino superior verifica-se que existem vários momentos considerados stressantes e com os quais têm que lidar, enquanto alguns estudantes conseguem ultrapassar esses momentos outros não o conseguem fazer podendo apresentar sintomas psicossomáticos, mentais e problemas interpessoais o que os podem tornar mais vulneráveis.

A validação deste instrumento permitirá a identificação das pessoas mais vulneráveis ao desenvolvimento da doença mental de forma a possibilitar o planeamento de intervenções de enfermagem que permitam promover a saúde e prevenir a doença melhorando a qualidade de vida.

Metodologia:

Para a concretização deste trabalho necessitamos de colher dados que caracterizem a população a que vai ser aplicado o instrumento, dados esses considerados mais pessoais, mas para isso precisamos da sua autorização.

Participação:

A participação neste estudo é estritamente voluntária.

Aspetos Éticos:

A investigadora assegura a confidencialidade de todos os dados observados e colhidos mantendo o anonimato dos participantes.

Caso tenha alguma dúvida ou necessite de alguma informação adicional sobre o estudo pode contactar a investigadora Enf^a Elsa Barbosa através do contacto eletrónico elsanatalinamendes@hotmail.com.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Título: “Contributos para a validade da escala de vulnerabilidade mental, na população portuguesa”

Investigador:

Eu _____

—

Autorizo a colheita de dados para a participação no trabalho de investigação Mental Vulnerability Questionnaire (EVM): Tradução e Validação para a População Portuguesa no âmbito da dissertação do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Declaro que me considero informado (a) acerca dos objetivos de estudo através da carta explicativa em anexo e que as minhas questões foram respondidas de forma satisfatória. Compreendo as vantagens de autorização para este estudo e sei que posso colocar agora ou mais tarde questões sobre o estudo ou o processo de investigação. Asseguraram-me que os dados serão guardados de forma confidencial e o anonimato mantido.

Eu compreendo que sou livre de, a qualquer momento, sair do estudo bem como de desautorizar o uso de dados na investigação em curso.

Investigador: _____

—

Assinatura: _____

—

Data: __/__/__

Investigador (Elsa Barbosa)

