



# Ispá

Instituto Universitário  
de Ciências Psicológicas,  
Sociais e da Vida

*Sussurros de Terras e Almas: (Des)esperança, Depressão, Suporte Social e Identidade  
Ambiental*

INÊS ALEXANDRA ROCHA AUGUSTO

Orientador de Dissertação:

PROF. DOUTOR NUNO TORRES

Professor de Seminário de Dissertação:

PROF. DOUTOR NUNO TORRES

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica.

2025

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutor Nuno Torres, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

*"I'm not afraid to take a stand / Everybody come take my hand / We'll walk this road together, through the storm / Whatever the weather, cold or warm / Just let me know that, you're not alone / Holla, if you feel like you've been down the same road"*

Eminem, 2010

*"Eu acho o tema bastante relevante para a sociedade em que vivemos hoje, especialmente dentro da comunidade PALOP, que ainda vê o tema como tabu e não deveria ser. Eu como membro da comunidade fico muito feliz por ver o tema a ser tratado com tanto interesse e precisão. Ter acesso a estes dados será uma mais-valia para a minha comunidade, algo que contribuirá para o combate a este estigma que prevalece durante tanto tempo.*

*O meu sincero obrigado e parabéns à Inês por tratar este tema!"*

Diogo Sanches, natural de Cabo-Verde

## **Agradecimentos**

Primeiramente, quero agradecer ao professor Nuno, que desde o início se mostrou disponível para me dar uma chance.

Um OBRIGADA do tamanho do Universo a todas as Mulheres ancestrais “Rocha” ... Isto é um símbolo da vossa resiliência e genialidade. Se o vosso esplendor não me corresse nas veias, eu não estaria aqui. Isto é apenas o começo do nosso legado e o ciclo está prestes a quebrar-se.

À minha mãe Dulce, que mesmo não diretamente, me ajudou a seguir em frente.

À tia Xana por acreditar em mim e por me ensinar que a autenticidade e a rebeldia, em porções suficientes, mudam o mundo.

Ao Ricardo, que acreditou sempre no meu brilho nos momentos em que eu não consegui acreditar em mim mesma. Por ter visto potencial, onde eu não sabia que havia.

Aos “Augusto”, que me dotaram de inteligência e perspicácia; de força e teimosia.

Aos PALOP.

A todos aqueles que tiraram tempo para responder ao meu questionário e que partilharam arduamente pelos vossos conhecidos.

Aos meus amigos e conhecidos e todos aqueles que direta ou indiretamente, me ajudaram mesmo quando não sabiam que o estavam a fazer.

Por fim, e não menos importante, a mim. Não desisti e cheguei ao fim. Nunca pensei que fosse possível, nunca pensei que fosse capaz ou suficiente para esta conquista.

Eternamente grata por esta jornada e por tudo aquilo que aprendi.

Obrigada.

## **Resumo**

Este estudo teve como objetivo analisar a Desesperança, enquanto indicador de saúde mental e fator de risco para o suicídio, em articulação com outras variáveis relevantes, nomeadamente os Sintomas Depressivos, o Suporte Social Percebido e a Identidade Ambiental. Foi também analisada a influência de determinantes sociodemográficos e psicossociais. A amostra foi constituída por 356 participantes, naturais de Portugal e dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), que responderam a quatro instrumentos psicométricos validados.

Foram realizadas análises de variância (ANOVA One-Way) e regressões lineares múltiplas. Os resultados indicaram diferenças significativas associadas a fatores contextuais: participantes portugueses apresentaram mais Suporte Social Percebido, enquanto indivíduos dos PALOP, residentes fora do país de origem, revelaram mais Desesperança. Solteiros e participantes de níveis socioeconómicos mais baixos evidenciaram mais Sintomas Depressivos e Desesperança. O modelo de regressão principal explicou 34,5% da variância da Desesperança, identificando os Sintomas Depressivos como preditor positivo forte, e o Suporte Social Percebido e a Identidade Ambiental como preditores negativos significativos.

Conclui-se que a saúde mental deve ser observada segundo uma perspetiva multidimensional, integrando fatores individuais, sociais e ambientais. Estes resultados reforçam a necessidade de criar intervenções, bem como programas que promovam redes de suporte, que combatam desigualdades socioeconómicas e incentivem a ligação à natureza como estratégia de promoção do bem-estar psicológico.

**Palavras-chave:** sintomas depressivos; desesperança; suporte social; identidade ambiental; fatores sociodemográficos.

## **Abstract**

This study aimed to analyze hopelessness as an indicator of mental health and a risk factor for suicide, in conjunction with other relevant variables, namely depressive symptoms, perceived social support, and environmental identity. The influence of sociodemographic and psychosocial determinants was also examined. The sample consisted of 356 participants, natives of Portugal and Portuguese-speaking African Countries (PALOP), who completed four validated psychometric instruments.

One-way ANOVAs and multiple linear regressions were conducted. The results indicated significant differences associated with contextual factors: Portuguese participants reported higher levels of perceived social support, while individuals from PALOP countries residing outside their country of origin exhibited greater hopelessness.

Single participants and those from lower socioeconomic strata showed more depressive symptoms and hopelessness. The main regression model explained 34.5% of the variance in hopelessness, identifying depressive symptoms as the strongest positive predictor, and perceived social support and environmental identity as significant negative predictors.

It is concluded that mental health should be understood from a multidimensional perspective, integrating individual, social, and environmental factors. These findings underscore the need for interventions and programs that promote support networks, combat socioeconomic inequalities, and encourage connection with nature as a strategy for promoting psychological well-being.

**Keywords:** depressive symptoms; hopelessness; social support; environmental identity; sociodemographic factors.

## **Lista de abreviaturas**

**PALOP** - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

**PT** - Portugal

**TCC** - Terapia Cognitivo-Comportamental

**TMC** - Terapia Metacognitiva

**DBT** - Terapia Dialética Comportamental

**BHS** - Escala de Desesperança de Beck/ Beck's Hopelessness Scale

**BHS-T** - Escala de Desesperança de Beck Total

**PHQ-9** - Patient Health Questionnaire-9

**MSPSS** - Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido

**MSPSS-T** - Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido Total

**EID**- Escala de Identidade Ambiental

**EID- T** – Escala de Identidade Ambiental Total

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>ESTADO DE ARTE</b> .....	<b>3</b>
Desesperança e Depressão .....	3
Suporte Social .....	5
Alterações Climáticas .....	8
Identidade Ambiental .....	9
Saúde Mental, Suicídio e Depressão em África .....	10
Imigrantes dos PALOP .....	14
Objetivos do estudo .....	15
<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>17</b>
Tipo de estudo .....	17
Hipóteses .....	17
Participantes .....	18
Instrumentos .....	20
Escala de Desesperança de Beck .....	20
Patient Health Questionnaire-9/ Sintomatologia Depressiva .....	21
Escala de Suporte Social Percebido .....	22
Escala de Identidade Ambiental .....	22
Procedimento .....	23
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>24</b>
<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>41</b>
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>47</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>49</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>58</b>
Anexo I: Escala de Desesperança de Beck .....	58
Anexo II: Patient Health Questionnaire-9/ Sintomatologia Depressiva .....	59
Anexo III: Escala de Suporte Social Percebido .....	60
Anexo IV: Escala de Identidade Ambiental .....	61

Anexo V: Questionário realizado pelos participantes portugueses .....	62
Anexo VI: Questionário realizado pelos participantes PALOP .....	80

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização da Amostra do Estudo .....	18
Tabela 2: Correlações entre BHS, PHQ-9, MSPSS E EID .....	26
Tabela 3: Correlações entre as Subescalas .....	27
Tabela 4: ANOVA One-Way com a variável Naturalidade .....	28
Tabela 5: ANOVA One-Way com a variável Residência da População PALOP .....	29
Tabela 6: ANOVA One-Way com a variável Relacionamento .....	30
Tabela 7: ANOVA One-Way com a variável Nível Socioeconómico .....	31
Tabela 8: ANOVA One-Way com a variável Grau Académico .....	32
Tabela 9: ANOVA One-Way com a variável Género .....	33
Tabelas 10 e 11: Análise de Regressão Múltipla Preditiva da Desesperança .....	35
Tabelas 12 e 13: Análise de Regressão Múltipla Preditiva dos Sintomas Depressivos ..	36

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Níveis médios de Desesperança entre portugueses, participantes dos PALOP no país de origem e participantes dos PALOP, fora do país de origem .....	37
Figura 2: Níveis médios de Sintomas Depressivos entre portugueses, participantes dos PALOP no país de origem e participantes dos PALOP, fora do país de origem .....	38
Figura 3: Níveis médios de Suporte Social Percebido entre portugueses, participantes dos PALOP no país de origem e participantes dos PALOP, fora do país de origem .....	39
Figura 4: Níveis médios de Identidade Ambiental entre portugueses, participantes dos PALOP no país de origem e participantes dos PALOP, fora do país de origem .....	39





## INTRODUÇÃO

A Desesperança e a Depressão são caracterizadas como perturbações, a nível emocional, cruciais no risco de suicídio, sendo, portanto, fundamental compreendê-las em populações especialmente vulneráveis (World Health Organization [WHO], 2024). Deste modo, a presente investigação centra-se no estudo dos construtos acima mencionados, na população nativa dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), bem como nos indivíduos que imigram, privilegiando também, a análise de fatores, como o Suporte Social Percebido, simultaneamente, introduzindo como novidade o constructo da Identidade Ambiental como elemento protetor (Clayton, 2003).

### **Prevalência da Desesperança**

Apesar da taxa de suicídio se demonstrar abaixo da média europeia, assiste-se a uma evolução preocupante nas Terras Lusas, como indicado no relatório *State of Health in the EU – Portugal 2023* (OCDE & Comissão Europeia, 2023), sendo que o género masculino, as populações idosas e de zonas rurais apresentam taxas mais elevadas (Magalhães & Santos, 2020). Apesar de existirem poucas estimativas e evidências rigorosas publicadas acerca dos PALOP e imigrantes oriundos dos PALOP em Portugal, pensa-se que o risco é mais elevado, especialmente, quando confrontados com experiências de exclusão e discriminação (NOVA SBE, 2025).

### **Prevalência da depressão**

Durante e após a pandemia do COVID-19, observou-se uma evolução no aumento de casos de Depressão entre a população portuguesa (Santos & Rachadell, 2022). No caso das populações migrantes, a prevalência da Depressão ascende praticamente a 40% (Hasan et al., 2021), sendo que a perceção de discriminação aumenta o risco, enquanto o Suporte Social Percebido é um fator protetor. Estes resultados sublinham a relevância particular da Depressão como antecedente ou coincidente com a Ideação Suicida, sobretudo em contextos migratórios (Alarcão et al., 2023).

### **Fatores protetores: Suporte Social Percebido**

O Suporte Social Percebido emerge consistentemente como fator de proteção contra a Ideação Suicida e Depressão na literatura. Em 2022, Ana Henriques e

colaboradores, publicaram um estudo com adultos idosos em Portugal, em que 27,4% apresentavam Depressão, sendo que a falta de Suporte Social Percebido e de atividades de lazer, aumentavam o risco.

### **Identidade Ambiental como novo fator da Desesperança**

Atualmente, a Identidade Ambiental, comumente definida como a identificação com a natureza e a sua influência no nosso bem-estar psicológico, tem surgido como foco teórico em diversas investigações. De um modo geral, quando esta identidade é fraca ou comprometida/afetada, devido, por exemplo, à mudança de contexto, pode contribuir para maiores níveis de Desesperança. No caso dos PALOP e dos migrantes oriundos dos PALOP, que frequentemente enfrentam ruturas com o local de origem, vivenciam contextos de marginalização e ambientes urbanos desfavoráveis, a Identidade Ambiental emerge como um fator relevante a investigar, pois poderá funcionar como fator de risco ou de proteção (Balundê et al., 2019). É importante referir que em ambos os contextos, português e PALOP, há lacunas experimentais e teóricas, pelo que este constructo revela-se promissor como um mecanismo de prevenção e intervenção.

Deste modo, este trabalho propõe explorar a Ideação Suicida na população-alvo, bem como, a interação entre Desesperança, Depressão, Suporte Social Percebido e a Identidade Ambiental.

## ESTADO DE ARTE

### Desesperança e Depressão

O fenómeno do suicídio continua a representar um desafio significativo para os profissionais de saúde mental, dada a sua complexidade e a dificuldade em compreender o que leva um indivíduo a contrariar um instinto tão natural como o de preservar a sua própria vida. Neste contexto, os estudos conduzidos por Aaron Beck e colaboradores (1974) ofereceram uma contribuição fundamental ao demonstrar empiricamente que o sentimento de **Desesperança** (*Hopelessness*) exerce uma influência mais significativa sobre a ideação e comportamento suicidas do que a própria **Depressão**, o que não quer dizer que a mesma seja ignorada, porque também pode ser um sinal de alerta. As implicações destas conceptualizações e descobertas demonstram-se imensas, principalmente, no que toca à terapia com estes indivíduos, permitindo aos profissionais clínicos focarem-se na situação e no desespero específicos do paciente (Joiner, & Rudd, 1996).

#### Estudo Longitudinal com Pacientes Depressivos

Aaron Beck e colaboradores (1985) acompanharam longitudinalmente 50 pacientes com sintomatologia depressiva, observando que os pensamentos e comportamentos suicidas estavam fortemente associados à forma como os indivíduos conceptualizam a sua situação de vida. Foi possível observar que aqueles pacientes que interpretavam a sua realidade como inalcançável e sem saída desenvolviam um padrão de funcionamento psicológico marcado pela ausência de esperança, e conseqüentemente, crenças rígidas e autodepreciativas, o que por sua vez, dificultava a visualização de soluções para os seus problemas. Por este motivo, o estado psicológico destes pacientes mostrava agravamentos significativos.

Posto isto, os resultados do estudo corroboraram a hipótese inicial de que o comportamento suicida está intrinsecamente ligado às distorções cognitivas, comumente definidas como interpretações sistematicamente negativas das experiências pessoais, levando os indivíduos a antecipar consistentemente desfechos negativos. A reestruturação destas crenças, observada em pacientes ao longo do processo terapêutico, permitiu que muitos reconhecessem a natureza irrealista dos seus pensamentos iniciais (Beck et al., 1985).

A relevância da Desesperança como preditor da Ideação Suicida foi também reforçada por Ganzler (1967, citado por Taylor, 1982), que, ao observar três grupos distintos de pacientes, identificou que apenas os indivíduos com Ideação Suicida atribuíam uma visão negativa, não só ao presente, como também ao futuro. Estudos subsequentes, como o de Abramson, Metalsky e Alloy (1988), encontraram uma correlação positiva entre Desesperança e intenção suicida, superior à observada entre Depressão e intenção suicida. Posto isto, os dados indicam que, embora a depressão seja um fator de risco relevante, o seu impacto na Ideação Suicida é significativamente amplificado pela presença de Desesperança.

### **Implicações Clínicas**

Os resultados obtidos têm importantes implicações para a prática clínica. A abordagem terapêutica centrada na identificação e modificação das crenças dos pacientes, permite intervir diretamente sobre o fator mais preditivo da Ideação Suicida. Intervenções focadas nesse domínio demonstram potencial para reduzir eficazmente o sentimento de Desesperança, prevenindo crises suicidas de forma mais eficiente do que abordagens terapêuticas tradicionais que consideram apenas os Sintomas Depressivos (Beck et al., 1985; Nekanda-Trepka et al., 1983). Neste sentido, existem várias abordagens e modelos terapêuticos que fornecem instrumentos úteis nestas problemáticas como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a Terapia Metacognitiva (TMC), a Terapia Dialética Comportamental (DBT), a Logoterapia, entre outros.

A TCC, desenvolvida por Aaron Beck (1967, 1979, 1991), mostra-se extremamente eficaz em casos de Depressão e Desesperança, em que surgem pensamentos automáticos negativos sobre si, o mundo e o futuro (denominada como tríade cognitiva), através da utilização de técnicas como a reestruturação cognitiva e a ativação comportamental. A TMC, abordagem psicoterapêutica desenvolvida por Adrian Wells (2009), cujo principal objetivo é modificar crenças metacognitivas disfuncionais que perpetuam padrões de pensamento prejudiciais, como a preocupação excessiva e a ruminação. Por sua vez, a DBT, criada por Marsha Linehan (2014), com o foco principal em pacientes com sofrimento emocional intenso, impulsividade e pensamentos suicidas crônicos, apoiando-os a tolerar emoções difíceis sem perder a esperança. Já a Logoterapia, desenvolvida pelo psiquiatra Viktor Frankl (2006), baseia-se na ideia de que a principal

motivação do ser humano é a busca do sentido, o que, por sua vez, pode restaurar a esperança existencial.

### **Suporte Social**

Os estudos acerca da influência do Suporte Social nos mecanismos de *coping* aumentaram nos anos 70. A partir destes, foi possível estabelecer uma ligação e correlação entre a ausência de Suporte Social adequado e a gravidade dos sintomas a nível físico e psicológico (Zimet et al., 1988). Contudo, deparamo-nos com algumas questões, nomeadamente, na definição do próprio conceito de Suporte Social e, também, a dificuldade da sua mensuração (Carvalho et al., 2011).

O Suporte Social envolve tanto a oferta quanto a receção de cuidados, o que está associado a uma necessidade evolutiva inerente à nossa espécie. Assim, essa forma de interação social é essencial para a vida em grupo e para o desenvolvimento individual, pois possibilita a criação de papéis sociais que facilitam a resolução de desafios sociais, tais como a obtenção e oferta de cuidados, a formação de alianças, a estruturação de hierarquias de dominância e submissão, além da definição dos papéis sexuais. Esses processos dinâmicos contribuem para a formação de estilos de apego, os quais são regulados pela oxitocina – uma hormona que inibe a liberação do cortisol, responsável por influenciar os níveis de *stress*. Por outro lado, estilos de apego inseguros podem prejudicar as respostas ao *stress* (Hagen, 1999).

### **Efeitos do Suporte Social na Ideação Suicida e Depressão**

A literatura contemporânea destaca o Suporte Social como um dos fatores protetores mais consistentes no domínio da saúde mental, com impacto significativo na prevenção da Ideação e Comportamento Suicida, bem como na sua diminuição (Cohen & Wills, 1985). Importa salientar estudos recentes que demonstram que indivíduos com níveis mais elevados de Suporte Social tendem a apresentar menor prevalência de Sintomatologia Depressiva, bem como maior capacidade de resiliência face a adversidades psicológicas (Ozbay et al., 2007; Santini et al., 2015), atuando como um amortecedor emocional que mitiga os efeitos do *stress* crónico, da solidão e da perceção de ineficácia pessoal, fatores estes frequentemente presentes na Depressão.

No que diz respeito à Ideação Suicida, uma meta-análise recente que agregou dados de mais de 690.000 participantes, demonstrou que níveis mais elevados de Suporte Social estão significativamente associados a menor risco de Ideação Suicida. Este efeito protetor pode ser observado em diferentes populações e faixas etárias, reforçando a relevância transversal do Suporte Social como um pilar da saúde mental (Darvishi et al., 2024).

Deste modo, a presença de redes de apoio emocional, familiar ou até comunitário, não só contribuem para a redução da Depressão como também constitui uma estratégia protetora face à Ideação Suicida, sendo fundamental incluí-la tanto na avaliação clínica como nas estratégias de intervenção (Carvalho et al., 2011).

### **Efeitos do Suporte Social na saúde e bem-estar**

Existem diferentes hipóteses sobre os seus efeitos, entre elas alívio do *stress* e restabelecimento emocional, fortalecendo a capacidade das pessoas em enfrentar adversidades, ajudando a modificar a situação stressante, o significado e a resposta emocional da mesma; e promoção da saúde. Ademais, poderá também influenciar a promoção da autoestima e da sensação de controlo, criando experiências emocionais positivas e reduzindo o impacto negativo do *stress* (Carvalho et al., 2011).

Cohen e Syme (1985) destacam que o Suporte Social tem um efeito terapêutico e preventivo, ajudando tanto a manter a saúde quanto a recuperar de doenças. O Suporte Social pode fortalecer o sistema imunitário ao promover sentimentos positivos e autoestima, acelerando a recuperação e diminuindo a probabilidade de adoecer. Além disso, certas qualidades da rede de apoio social incentivam comportamentos saudáveis (e.g.: manter tratamentos médicos ou deixar de fumar). A investigação concorda que o Suporte Social é importante para a saúde e a sua perda (ou ausência) poderá ser uma fonte de *stress* por si só.

Sabe-se que, através da investigação, diversos aspetos do Suporte Social têm diferentes impactos como, por exemplo, o grupo etário. No caso da população adolescente e idosa, esta recorre maioritariamente à família para o obter. No caso da população com idades compreendidas entre os 30 e os 49 anos, o cônjuge exerce maior impacto no que toca ao Suporte Social. Segundo Pais-Ribeiro (1999), no caso da população portuguesa, verifica-se uma tendência para procurar o Suporte Social na família.

## **Migração, Saúde Mental e Suporte Social**

Os movimentos migratórios, sejam eles voluntários, forçados ou reagrupamentos familiares, incluem vários tipos de desafio, nomeadamente, a nível psicológico, podendo afetar a saúde mental dos indivíduos. Segundo a World Health Organization (n.d.), as pessoas em situação de migração estão expostas a níveis elevados de Depressão, Ansiedade, Perturbação de stress pós-traumático e risco de Suicídio, nomeadamente, devido a adversidades pré-migração, durante a viagem ou no acolhimento no país de destino.

No contexto de migração, o Suporte Social constitui um fator ainda mais crítico, dado que as redes sociais tradicionais, como a família, a comunidade e o contexto anterior, podem tornar-se enfraquecidas ou mesmo ausentes no país de destino. Para além disso, muitos imigrantes enfrentam barreiras como idioma, cultura, contexto laboral instável e residência precária. Nestes casos, a falta de um Suporte Social eficaz amplifica o impacto de fatores de vulnerabilidade migratória, contribuindo para uma saúde mental fragilizada. Relativamente à Ideação Suicida, evidências demonstram a existência de maior vulnerabilidade em função de contextos de discriminação, integração social deficiente ou sentimento de pertença fragilizado (Snoubar & Zengin, 2022).

Para além dos fatores psicológicos tradicionalmente associados à saúde mental, como Desesperança, Sintomas Depressivos e Suporte Social Percebido, reconhecesse a influência crescente de fatores contextuais constituírem uma ameaça significativa ao meio ambiente e à economia, mas também à saúde mental das populações (Berry et al., 2010; Clayton et al., 2017). O aumento da frequência de fenómenos meteorológicos extremos, a degradação dos ecossistemas e a incerteza face ao futuro contribuem para respostas emocionais negativas como ansiedade ecológica, luto ambiental e sensação de impotência (Pihkala, 2020). Posto isto, torna-se importante compreender a forma como os fenómenos ambientais influenciam o bem-estar psicológico e emocional dos indivíduos. Exemplo disto é a Identidade Ambiental, definida como o grau de ligação afetiva, cognitiva e comportamental, estabelecida com o ambiente natural, que por sua vez influencia a perceção das ameaças ecológicas. Esta ligação pode atuar como um fator de vulnerabilidade ou proteção, dependendo da intensidade da ameaça ambiental percebida

e do apoio social disponível (Clayton, 2003; Olivos & Clayton, 2017). Neste contexto, será desenvolvido o tópico das alterações climáticas e da Identidade Ambiental.

### **Alterações Climáticas**

As alterações climáticas são comumente definidas como as variações e mudanças nos padrões meteorológicos habituais na Terra (e.g.: temperatura, chuva, nível do mar), causadas pelo aquecimento global. Sabe-se que, aquando da formação do planeta Terra, há aproximadamente 4,5 milhões de anos, o clima alterou-se radicalmente diversas vezes, oscilando entre longos períodos quentes e glaciares. Além disso, na era industrial em que nos inserimos há mais de 150 anos, as temperaturas mostram-se em ascensão a um ritmo nunca visto. Estas alterações apresentam-se como uma grande ameaça para a nossa saúde, afetando o meio ambiente em que nos inserimos e os sistemas naturais e biológicos que completam a nossa constituição como seres vivos. São também observados fenómenos meteorológicos mais intensos como o calor extremo, inundações, secas e incêndios florestais. Por conseguinte, a saúde da humanidade é afetada, tanto a nível direto como indireto, devido ao aumento do risco de mortes, de doenças não transmissíveis e de doenças infecciosas, tal como o surgimento de emergências sanitárias. Posto isto, como consequência destas alterações, observam-se falhas e incapacidades nas infraestruturas e de resposta às necessidades da população quanto à saúde, o que viola o direito humano à saúde (WHO, 2023).

Sabe-se que 3,6 mil milhões de pessoas já vivem em zonas altamente suscetíveis às alterações climáticas. Posto isto, os países em desenvolvimento e com rendimentos mais baixos, são aqueles que sofrem mais impactos a nível de saúde. Nestas regiões, aparentemente mais vulneráveis, a taxa de mortalidade causada por eventos e fenómenos meteorológicos é superior em 15 vezes à taxa observada nas regiões menos vulneráveis, incluindo as mulheres, as crianças, as minorias étnicas, as comunidades pobres, os migrantes ou as pessoas deslocadas, as populações mais idosas e as pessoas com problemas de saúde subjacentes. Para além das consequências a nível ambiental e de saúde física, ocorrem um conjunto de consequências a nível de saúde mental dos seres humanos, nomeadamente, a ansiedade, o stress pós-traumático, depressão, luto, abuso de substâncias, Ideação Suicida e perturbações a longo prazo, devido a fatores como a deslocação e a rutura da coesão social (WHO, 2023).

Em suma, é do conhecimento geral que a saúde humanitária está ameaçada pelos impactos produzidos pelas alterações climáticas. No entanto, existem algumas consequências, que aparecem, muitas vezes, negligenciadas como os riscos e os impactos na saúde mental, cuja definição não se refere apenas a perturbações mentais, mas inclui também estados de bem-estar mental, resiliência emocional e bem-estar psicossocial. O bem-estar psicossocial é a interação entre as condições sociais e psicológicas que moldam o bem-estar humano (Berry et al., 2014).

### **Identidade Ambiental**

A Identidade Ambiental (EID) é comumente definida como uma componente do autoconceito que se constrói com base nas experiências individuais, vivências emocionais e percepções de afinidade com o mundo natural, refletindo o grau em que o indivíduo se sente ligado à natureza e a reconhece como parte integrante de si mesmo. Posto isto, indivíduos com uma Identidade Ambiental desenvolvida tendem a experienciar uma ligação mais profunda e interdependente com o ambiente natural, o que influencia tanto os seus pensamentos sobre a natureza como os comportamentos associados à sua proteção (Clayton, 2003).

Geralmente, a Identidade Ambiental manifesta-se através de sentimentos de pertença, valorização da sua importância e comportamentos pró-ambientais, como o uso consciente de recursos ou a redução da pegada ecológica. Neste sentido, a Identidade Ambiental constitui um dos principais preditores de atitudes ecológicas e da adoção de práticas sustentáveis (Clayton, 2003; Chawla, 1998, citado por Ferrajão et al., 2024). Além disso, tem sido reconhecida como um fator relevante na construção do bem-estar psicológico e do sentido de significado na vida, estando associada a níveis mais elevados de satisfação e ligação existencial ao mundo (Hinds & Sparks, 2009). Por outro lado, esta ligação emocional pode tornar os indivíduos mais vulneráveis aos impactos psicológicos decorrentes da crise ecológica, podendo alterar o funcionamento emocional e cognitivo (e.g.: ansiedade, impotência, tristeza), especialmente quando confrontadas com ameaças ambientais, como as alterações climáticas (Balundè et al., 2019). A literatura mais recente, sugere que os indivíduos com uma Identidade Ambiental mais forte tendem a apresentar níveis mais elevados de sofrimento emocional quando expostos à degradação ambiental (Pihkala, 2020; Yang et al., 2025). Em contrapartida, os indivíduos com uma ligação fraca

com a natureza e, portanto, uma Identidade Ambiental menos desenvolvida, estão associados a um menor aproveitamento dos benefícios psicológicos do contacto com ambiente e a natureza no que toca à redução do *stress* e à melhoria do humor (Chang et al., 2024). Concluindo, a Identidade Ambiental emerge, cada vez mais, como uma variável crítica na compreensão da relação entre saúde mental e ambiente, tanto no sentido protetor como na sua função de sensibilização e potencial vulnerabilidade face às ameaças ecológicas (Clayton, 2003; Balundè et al., 2019).

### **Saúde Mental, suicídio e depressão em África**

No final do século XIX, diversos missionários e médicos militares foram mobilizados no âmbito de missões de exploração e de conquista colonial. Durante estas expedições, relataram manifestações interpretadas como perturbações psíquicas, bem como práticas terapêuticas próprias das sociedades africanas. No entanto, tais observações foram interpretadas através de viés e preconceitos ideológicos, categorias morais eurocêntricas e uma postura paternalista, que tendiam a reduzir a alteridade cultural ao exótico. A religiosidade local foi, por vezes, equiparada a formas de esquizofrenia organizada; as práticas mágicas, interpretadas como expressões de “doença de cultura”; e os curandeiros africanos, descritos em termos patologizantes, como epiléticos, histéricos ou portadores de distúrbios nervosos (Coppo, 1988).

#### **A Noção de Saúde Mental nas sociedades africanas**

A conceção da saúde mental nas culturas africanas é estreitamente ligada à noção de comunidade e ao princípio vital, como o conceito de *igicucu* no pensamento bantu (grupo etnolinguístico localizado na África Subariana), que descreve a harmonia essencial para a saúde mental do indivíduo. A loucura, dentro dessa perspetiva, pode ser entendida como uma quebra nesse equilíbrio vital, provocada por fatores como a bruxaria ou o envenenamento. A ideia de que os conflitos dentro da família ou da comunidade podem desencadear doenças psicossomáticas e distúrbios mentais é central para as explicações africanas sobre a loucura (Barros, 2004).

Entre os povos *Yorùbá*, habitantes da Nigéria e do Benim, a doença mental é frequentemente interpretada como um desequilíbrio espiritual ou cósmico. Acredita-se que forças malignas ou espíritos possam afetar a mente humana, levando a estados de

perturbação mental. Eventos adversos, como doenças, são vistos como resultado da malevolência de inimigos que utilizam meios metafísicos. Neste caso, a intervenção terapêutica não se limita a práticas biomédicas, envolvendo também rituais e intervenções espirituais para restaurar o equilíbrio e curar as doenças mentais (Olugbile et al., 2009).

Entre os *Dogon*, população da República do Mali, a doença mental é igualmente vista como resultado de desequilíbrios cósmicos ou desarmonia com os espíritos dos seus ancestrais. O tratamento inclui rituais complexos realizados por xamãs ou curandeiros tradicionais, que utilizam máscaras, danças e cânticos para restaurar a harmonia espiritual. Estes rituais são profundamente simbólicos e visam reconectar o indivíduo com os ciclos cósmicos e espirituais da comunidade. Estudos etnobotânicos identificaram o uso de plantas medicinais na região de Bandiagara para o tratamento de distúrbios psicóticos, refletindo a integração entre práticas espirituais e terapêuticas (Mounkoro, et al., 2020).

No caso dos *Balanta*, nativos da Guiné-Bissau, os transtornos mentais são interpretados como possessões espirituais ou castigos por violações morais ou sociais. O tratamento envolve o papel do *Djambak* (curandeiro tradicional), que realiza rituais com música, dança e ervas para apaziguar os espíritos e restaurar o equilíbrio espiritual do indivíduo (Mabaleha et al., 2019).

Estudos realizados noutras regiões africanas reforçam de forma consistente a abordagem holística predominante na compreensão e tratamento das perturbações mentais descritas anteriormente. Em Burkina Faso, por exemplo, uma investigação etnobotânica identificou a utilização de mais de 60 espécies de plantas medicinais por curandeiros tradicionais no tratamento de distúrbios neuropsiquiátricos. Essas plantas são preparadas de formas diversas, incluindo fumigações, banhos e infusões, administradas não apenas com objetivos farmacológicos, mas também dentro de rituais. Este processo terapêutico é fortemente simbólico e comunitário, o que destaca a importância das relações sociais, do meio ambiente e das crenças espirituais no processo de cura (Kinda et al., 2017).

Em Cabo Verde, apesar de apresentar a maior proporção de católicos entre os países africanos, persistem crenças relativas a bruxas, feiticeiros e a práticas maléficas associadas a males e mortes prematuras. Tais superstições frequentemente encontram as

suas raízes nas concepções e práticas europeias introduzidas ao longo do período colonial (Pereira, 2003).

### **A Herança Cultural dos PALOP e a sua Ambivalência**

A ambivalência cultural nos PALOP pode ser compreendida como uma integração parcial dos africanos aos padrões da cultura ocidental, enquanto preservam elementos da cultura africana. Esse processo de ambivalência é uma resposta à dinâmica colonial, que ao dividir arbitrariamente os territórios africanos, gerou profundas desigualdades e influenciou a construção das identidades nacionais (Costuma-se dizer que “a união faz a força” ... Neste caso, a desunião gerou fraqueza, pois África como um todo, encontrava-se numa situação vulnerável e separada). As transformações ocorridas no período colonial, e a imposição de uma cultura ocidental, resultaram num processo de “destribalização”, o que gerou tensões entre a tradição africana e os novos modelos sociais e religiosos impostos pelos colonizadores. Sendo assim, a herança africana apoia-se em três pilares principais: a complexidade sociocultural, a resistência anticolonial e o sentimento de africanidade (Moreira, 1960).

### **A Saúde Mental e a Interação entre Tradições e Modernidade**

Em suma, o estudo das representações da saúde mental ao longo da história revela um panorama multifacetado, em que os conceitos de saúde mental estão intimamente ligados às estruturas culturais, religiosas e sociais de cada época e sociedade. No caso dos PALOP, a interação entre as tradições africanas e as influências do cristianismo e islamismo resultou numa reinterpretação da saúde mental, moldada por uma convivência entre práticas terapêuticas ancestrais e modelos psiquiátricos importados. A complexidade da interação cultural e religiosa reflete a necessidade de uma abordagem mais profunda e sensível às realidades locais ao tratarmos questões de saúde mental nos países africanos. O respeito pelas práticas tradicionais, bem como a compreensão das transformações culturais e sociais, são essenciais para a construção de um sistema de saúde mental que leve em consideração tanto os saberes locais como os avanços da psiquiatria moderna (Barros, 2004).

### **Pensamento e Religião Africanos**

O pensamento Africano Ocidental – Cabo Verde, São Tomé e Príncipe, Guiné-Bissau e Angola – é caracterizado pelas coisas boas da vida e por experiências

satisfatórias. Por outras palavras, trata-se de um modo de pensar orientado para o presente, focado nas trocas simbólicas que visam alcançar sucesso e prosperidade. Sendo assim, não deve ser interpretado à luz da visão cristã, como apego excessivo aos bens terrenos, mas sim como expressão da generosidade dos deuses e dos ancestrais (Hallgren, 1991; Dias, 2011). Para além disso, é importante destacar que, em alguns contextos culturais, onde predominam cosmovisões animistas, a relação com o ambiente natural está intrinsecamente ligada às dimensões identitárias, sociais e espirituais. Tendo em conta este sistema de crença, a natureza não é apenas um recurso, é também uma entidade viva, dotada de espírito e valor moral, o que, por sua vez, vem reforçar o sentimento de pertença ao mundo natural e o dever de o proteger (Ingold, 2000; Harvey, 2006; Kimmerle, 2020), promovendo formas de identidade ambiental coletiva, enraizadas em práticas culturais e religiosas, funcionando simultaneamente como suporte social simbólico e fonte de significado existencial (Schroll, 2010).

Tendo isto em conta, a perda de ligação com o ambiente, devido ao deslocamento, migração forçada ou degradação ambiental, pode resultar numa dupla rutura na identidade pessoal e comunitária; e no sistema de crenças, o que acabará por afetar o bem-estar psicológico, gerando sofrimento. Deste modo, deve-se compreender a Identidade Ambiental a partir de uma perspetiva cultural, permitindo integrar dimensões espirituais e ecológicas na análise da saúde mental (Harvey, 2006).

No caso dos contextos africanos, as cosmovisões animistas e as religiões tradicionais, conferem à natureza um estatuto sagrado, nomeadamente, no que toca às plantas, animais, rochas, rios e florestas, como sendo habitados por espíritos, deuses ou ancestrais, contribuindo para uma relação profunda e interdependente entre os seres humanos e o ambiente (Kimmerle, 2006). Posto isto, a união entre o *self* individual e o ambiente natural potencia sentimentos de pertença, de dever e proteção da natureza, como no caso dos Agĩkũyũ, oriundos do Quênia, em que dirigem orações às montanhas (sagradas) e à veneração de algumas árvores, moldando não só o *self* e o comportamento ambiental, como a relação utilitária e espiritual para com a natureza (AfricaFiles, s.d.; Githuku, 2022).

As religiões africanas são dinâmicas e sofreram alterações em resposta a fatores externos, através do encontro com o Islão e com o Cristianismo, observando-se mudanças significativas nas conceções religiosas não apenas a ideia do Ser Supremo, mas também

a relação deste com as divindades tradicionais. A expansão do Império *Oyo*, por exemplo, promoveu o intercâmbio entre povos *Yorùbá*, iniciando redes de inter-relação entre diferentes divindades (Peel, 2000). Sendo assim, no pensamento tradicional africano, Deus não é diretamente alvo de oferendas e sacrifícios, o que sugere que o conceito de Deus como Ser Supremo, onnipresente e celestial, à semelhança do modelo judaico-cristão-islâmico, não é originalmente africano, mas sim resultado dos encontros religiosos com essas religiões (Ikenga-Metuh, 1982).

### **Prevalência de Depressão e Suicídio nos Países Africanos**

A saúde mental emerge como um tema prioritário em contextos africanos, devido aos desafios sociais, económicos e políticos que contribuem para o aumento de perturbações mentais, como a Depressão e a Ideação Suicida. Apesar das limitações dos dados sistemáticos, várias revisões e estudos indicam que a prevalência de Depressão em África, varia entre 3% e 5%, com algumas estimativas a apontarem para valores superiores (Baxter et al., 2013).

No caso dos PALOP, os dados disponíveis são muito escassos e desatualizados. Em Angola, desde o primeiro semestre deste ano, já foram registados mais de 3.000 casos de depressão e 124 tentativas de suicídio (O País, 2025). No caso de Cabo Verde, estima-se uma média anual de 47 a 50 casos de suicídio, sendo os jovens e adolescentes os grupos mais afetados (Expresso das Ilhas, 2024). Já em Moçambique, um relatório da Organização Mundial da Saúde referiu, em 2012, uma das mais elevadas taxas de suicídio do continente, estimada em 27,4 por 100.000 habitantes (Atlas da Saúde, 2012).

Pensa-se que os fatores associados a estes fenómenos no contexto africano, se devem ao desemprego, a situações de pobreza extrema, doença crónica e escassez de recursos de saúde mental. Para além disso, é possível observar o estigma social e cultural relacionado com a doença mental, que dificulta o diagnóstico precoce e o acesso ao tratamento (WHO, 2017).

### **Imigrantes dos PALOP**

Neste contexto migratório, o risco de sofrer de Depressão e Ideação Suicida são mais intensificados, devido a vários confrontos como a adaptação cultural e linguística, precariedade laboral, marginalização social e discriminação racial, experienciados no país de acolhimento (Pussetti, 2010). Estudos recentes sugerem que os imigrantes apresentam

taxas significativamente superiores de Depressão e Ideação Suicida, quando comparadas com as populações nativas (Forte et al., 2018).

No caso dos PALOP, embora sejam poucos os estudos específicos publicados, as investigações existentes sobre imigrantes africanos em Portugal, apontam para o facto da saúde mental ser uma dimensão negligenciada. As comunidades africanas, especialmente os jovens descendentes de imigrantes, enfrentam situações de vulnerabilidade psicossocial agravadas por condições de vida precárias, exclusão educacional e experiências de microagressões no seu quotidiano (Sacramento et al., 2020). Juntam-se a ausência de políticas públicas direcionadas para a saúde mental de imigrantes e a falta de formação intercultural dos profissionais de saúde, o que contribuí para a invisibilidade clínica e académica. Esta lacuna na literatura evidencia a urgência de pensar e criar uma abordagem integrada, tendo em conta os fatores psicossociais e culturais na conceção de estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento das perturbações mentais na população imigrante oriunda dos PALOP (Forte et al., 2018).

### **Objetivos do estudo**

O objetivo inicial desta investigação consistia na análise da Ideação Suicida na população oriunda dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. Contudo, após uma reflexão aprofundada sobre os aspetos éticos envolvidos, considerou-se que a abordagem direta de temáticas altamente sensíveis, como o Suicídio, sem um acompanhamento psicológico adequado, poderia representar um risco significativo para o bem-estar dos participantes, não sendo possível monitorizar o estado emocional e a integridade psicológica dos mesmos (Barnard et al., 2021). Face a esta realidade, optou-se por redirecionar o foco do estudo para a análise de variáveis associadas à Ideação Suicida, nomeadamente, a Desesperança e a Depressão, amplamente documentados como preditores robustos (Beck et al., 1985; Ribeiro et al., 2018).

Para além disso, foram explorados outros fatores a nível psicossocial que influenciam estes estados emocionais, nomeadamente o Suporte Social Percebido (Carvalho et al., 2011) e a Identidade Ambiental (Clayton, 2003), que aparecem associados à saúde mental, especialmente em populações vulneráveis, como imigrantes (Taylor, 2010).

Adicionalmente, foram considerados alguns fatores sociodemográficos, como o estatuto migratório, o país de residência, o gênero, a idade, o nível de escolaridade, o nível socioeconômico e o estado civil, permitindo uma análise mais abrangente e contextualizada das diferenças intergrupais na experiência de Desesperança e Depressão.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

O presente estudo é **quantitativo**, porque envolve a colheita e análise de dados exclusivamente numéricos, permitindo medir as variáveis, de forma objetiva, com o auxílio e utilização de ferramentas e recursos como questionários e escalas de avaliação (foram utilizados 4 questionários: MSPSS, PHQ9, BHS e Escala de EID); **transversal**, devido à recolha de dados ter sido feita num único momento; e **exploratório**, porque o fenómeno que está a ser estudado não foi suficientemente explorado nem compreendido, pelo que se pretende encontrar padrões e hipóteses, sem necessariamente existir teoria pré-existente.

### Hipóteses

De seguida, serão apresentadas as hipóteses exploratórias em estudo:

**H1:** Existe uma associação significativa entre Desesperança e Sintomas Depressivos.

**H2:** Existe uma associação significativa entre Desesperança e Suporte Social Percebido.

**H3:** Existe uma associação significativa entre Desesperança e Identidade Ambiental.

**H4:** Existe uma associação significativa entre Naturalidade e Desesperança.

**H5:** Existe uma associação significativa entre a Naturalidade PALOP, residentes fora do país de origem, e Desesperança.

**H6:** Existe uma associação significativa entre o Estado Civil – Numa relação e Casado/ União de Facto e Desesperança.

**H7:** Existe uma associação significativa entre o Nível Socioeconómico e Desesperança.

**H8:** Existe uma associação significativa entre o Grau Académico e Desesperança.

**H9:** Existe uma associação significativa entre o Género e Desesperança.

Para além disso, serão também exploradas várias associações entre as variáveis sociodemográficas e culturais, bem como as variáveis psicológicas em estudo – Depressão, Suporte Social Percebido e Identidade Ambiental.

## Participantes

Para a realização deste estudo, foram selecionados 356 participantes adultos, com idades entre 18 e 79 anos, nascidos em Portugal (55.3%) e nos PALOP (44.7%), com média e desvio-padrão iguais a 33.79 e 14.027, respetivamente. A amostra é composta por 213 mulheres (59.8%) e 140 homens (39.3%),

A seleção dos participantes foi realizada por meio de amostragem não aleatória e não probabilística por bola de neve, a partir da partilha do questionário em várias redes sociais e também por conhecidos e colegas da investigadora. A maioria dos participantes vive no seu país de origem (68.5%) e identificam-se como sendo crentes numa religião (64.9%). Quanto ao estado civil, 50.8% dos participantes encontram-se solteiros e 44.1% têm o ensino superior completo.

Na Tabela 1 encontra-se a descrição e caracterização mais detalhada da amostra, o que permite compreender o perfil dos participantes e avaliar a representatividade dos resultados, além de facilitar a análise de possíveis influências de variáveis sociodemográficas nos resultados do estudo.

**Tabela 1**

Caracterização da Amostra do Estudo

Caracterização da Amostra	N	%
Género		
Feminino	213	59.8%
Masculino	140	39.3%
Outro	3	0.8%
Idade (M, DP)	33.79	14.027
Naturalidade		
Portuguesa	197	55.3%
PALOP	159	44.7%
Angola	50	14%
Cabo-Verde	29	8.1%
Guiné-Bissau	38	10.7%
Moçambique	27	7.6%
São Tomé e Príncipe	15	4.2%

Caracterização da Amostra	N	%
<b>Residência</b>		
País de Origem	244	68.5%
Noutro País	112	31.5%
<b>Situação Habitacional</b>		
“Vivo sozinho”	64	18%
“Vivo com familiares”	164	46.1%
“Vivo com amigos”	11	3.1%
“Vivo com o meu parceiro”	87	24.4%
Outro	30	8.4%
<b>Crença Religiosa</b>		
Crente	231	64.9%
Cristianismo	182	51.1%
Islamismo	8	2.2%
Hinduísmo	1	0.3%
Espiritismo	5	1.4%
Outra Religião	35	9.8%
Não Crente	96	60.4%
Agnóstico/ Ateu	125	35.1%
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	181	50.8%
Casado/União de Facto	81	22.8%
Numa relação	77	21.6%
Divorciado	15	4.2%
Viúvo	2	0.6%
<b>Zona/ Meio Habitacional</b>		
Metropolitano	170	47.8%
Suburbano	152	42.7%
Rural	28	7.9%
Outro	6	1.7%
<b>Grau Académico</b>		

Caracterização da Amostra	N	%
Ensino Básico	10	2.8%
Ensino Secundário	61	17.1%
Ensino Técnico-profissional	27	7.6%
Ensino Superior	157	44.1%
Ensino Pós-Graduado (pós-graduação, mestrado, doutoramento)	101	28.4%
Nível Socioeconómico		
Baixo	23	6.5%
Médio-baixo	79	22.2%
Médio	193	54.2%
Médio-alto	57	16%
Alto	4	1.1%

### **Critérios de inclusão e exclusão**

Os critérios de inclusão foram: ter idade superior a 18 anos e nacionalidade portuguesa ou de um país africano de língua oficial portuguesa e consentir de forma voluntária com a participação no estudo. Como critérios de exclusão, foram considerados indivíduos que não possuíssem as características acima referidas.

### **Instrumentos**

#### **Escala de Desesperança de Beck**

A BHS é uma escala de autoavaliação e é composta por um total de 20 itens, de tipo dicotómico (*verdadeiro/ falso*), que permitem averiguar as atitudes negativas acerca do futuro em participantes adolescentes e adultos. É maioritariamente utilizada em contextos clínicos que exigem avaliação do risco de suicídio. Destes 20 itens, 11 são classificados como falsos e os restantes 9 como verdadeiros e atribui-se 1 ponto para respostas que indicam Desesperança, o que significa que podem ser obtidas pontuações entre 0 e 20. Deste modo, se o valor obtido estiver entre 0 e 3, considera-se o mesmo

como baixo nível de Desesperança; se se encontrar entre 4 e 8 é considerado moderado; e por fim, se o valor for igual ou superior a 10, então o nível de Desesperança é severo e pode-se estar perante potencial risco de suicídio. Salienta-se que esta escala é constituída por 3 fatores, entre eles: Sentimentos Sobre o Futuro, Perda de Motivação e Expectativas Futuras.

A BHS demonstra uma excelente consistência interna ( $\alpha = .93$ ) (Beck., et al 1974). A tradução e adaptação para a população portuguesa foi elaborada por Ribeiro (2016). Os valores do alfa de Cronbach variam entre .70 e .90, quando estudado em diferentes adaptações culturais (Borsa et al., 2012).

### **Patient Health Questionnaire-9 (Sintomatologia Depressiva)**

O PHQ-9 é um instrumento desenvolvido por Kroenke e colaboradores (2001), com o objetivo de se avaliar a presença e a gravidade da sintomatologia depressiva, tendo em conta os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-5). Este é composto por um total de 9 itens organizados numa escala de tipo Likert de 4 pontos, variando de 0 “*Nunca*” a 3 “*Quase todos os dias*”. Cada um dos itens foca-se nas dimensões seguintes: anedonia, humor deprimido, problemas de sono, fadiga, mudanças no apetite, autodesvalorização, dificuldade de concentração, retardação ou agitação motora e Ideação Suicida. A pontuação total poderá variar entre 0 e 27 pontos, em que a partir do valor 15 já se considera existir Depressão moderadamente grave. Deste modo, quando o valor se situa entre os valores 20 e 27, a depressão já é considerada grave. De um modo geral, o PHQ-9 pode ser usado em contextos clínicos, comunitários e de investigação, auxiliando na triagem, monitorização e diagnóstico da Depressão. Está amplamente validado para as populações de adolescentes e adultos, tendo a vantagem de ser de execução rápida (cerca de 5 minutos).

No estudo original, o PHQ-9 apresentou excelente consistência interna ( $\alpha = .89$ ), o que indica a alta coerência entre os 9 itens. As propriedades psicométricas deste instrumento foram avaliadas por Ferreira e colaboradores (2019) para ser utilizado no contexto da população portuguesa, tendo sido observado um Alfa de Cronbach igual a .86.

## **Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido**

A MSPSS foi desenvolvida por Zimet e colaboradores (1988), com o objetivo de avaliar a percepção de Suporte Social Percebido pelo indivíduo, proveniente de três fontes distintas: família, amigos e outros significativos. Esta escala é composta por 12 itens, distribuídos por 3 dimensões: Suporte da Família (4 itens), Suporte dos Amigos (4 itens) e Suporte de Outros Significativos (4 itens), avaliados numa escala de tipo Likert, de 7 pontos, variando de 1 “*Discordo Totalmente*” a 7 “*Concordo Totalmente*”. A pontuação total varia de 12 a 84, sendo que *scores* mais altos indicam maior percepção de suporte social. Estas pontuações podem também ser analisadas por subescala, com *scores* de 4 a 28 para cada uma. A MSPSS apresenta uma excelente consistência interna, com  $\alpha$  global = .88, e alfas por subescala entre .87 e .93, indicando também uma excelente consistência interna.

A versão portuguesa da MSPSS foi adaptada e validada por Carvalho et al. (2011), tendo revelado propriedades psicométricas adequadas. A análise fatorial confirmatória confirmou a estrutura tridimensional da escala (Família, Amigos e Outros Significativos), mantendo-se estável em diferentes amostras, incluindo população geral, estudantes universitários e indivíduos com diagnóstico de Depressão. Os coeficientes de consistência interna variaram entre .85 e .95, indicando elevada fiabilidade.

## **Escala de Identidade Ambiental**

A EID foi desenvolvida por Clayton (2003) com o objetivo de avaliar o grau em que o meio ambiente é parte integrante do autoconceito de uma pessoa. Posteriormente, em 2021, Clayton e colaboradores desenvolveram uma versão atualizada e reformulada, composta por 14 itens, organizados numa escala de tipo Likert de 5 pontos, que variam entre 1 “*Discordo Totalmente*” e 5 “*Concordo Totalmente*”, que verificam a intensidade da identificação com o meio ambiente, baseada em sentimentos de pertença, dever ético e responsabilidade ambiental. A pontuação total varia de 11 a 55, em que *scores* mais elevados indicam maior identidade ambiental, ou seja, uma maior conexão percebida entre o *self* e a natureza. Posto isto, os itens estão organizados em 2 fatores: Conexão com a Natureza e Proteção da Natureza. A EID apresenta uma consistência interna adequada, com alfa de Cronbach igual a .86.

No que diz respeito, à versão portuguesa da EID, esta foi adaptada e validada por Ferrajão e colaboradores (2024), revelando propriedades psicométricas adequadas: na

escala global foi observado um alfa de Cronbach de .94; nos fatores Conexão com a Natureza e Proteção da Natureza observaram-se alfas de Cronbach iguais a .94 e .80, respetivamente.

### **Procedimento**

Este estudo exploratório foi conduzido com o objetivo de compreender os determinantes de indicadores graves de saúde mental, nomeadamente a Desesperança e a Depressão enquanto indicador de risco de suicídio, entre participantes portugueses e dos PALOP. A inclusão de participantes de diferentes contextos culturais permitiu explorar, comparativamente, as suas experiências, opiniões e vivências relacionadas ao tema em estudo.

Os participantes foram recrutados através de um tipo de amostragem não aleatória e não probabilística por bola de neve, utilizando estratégias como a divulgação em redes sociais: *Facebook* (nos grupos “Inquéritos e Questionários”, “Inquéritos e Questionários Online”, “Questionários Online”), por mensagens privadas e publicações no *LinkedIn* e partilha no *Instagram*, como também a partilha de vários participantes pelas suas redes sociais.

Para a colheita dos dados, foi realizado um inquérito composto por 4 questionários: BHS, PHQ-9, MSPSS e Escala de EID, permitindo medir as variáveis em estudo, num único momento. Para além de serem recolhidos dados demográficos, o questionário continha uma secção sobre os objetivos da pesquisa, a garantia de anonimato, de confidencialidade dos dados e o direito de desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

A colheita de dados decorreu entre o fevereiro e abril do presente ano, por meio de um questionário online através da plataforma *Qualtrics*.

Durante todo o processo, foram adotadas medidas rigorosas de proteção de dados e o armazenamento seguro das informações em pastas, acessíveis apenas à investigadora. Nenhuma informação pessoal identificável foi incluída nos resultados apresentados.

## RESULTADOS

### Análise psicométrica

Antes da realização das análises estatísticas principais, procedeu-se à verificação das propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados, de forma a garantir a sua adequação ao contexto e à amostra do presente estudo.

No que toca à normalidade dos dados, esta foi analisada a partir de estatísticas descritivas como a média, desvio-padrão e complementada pelo teste Kolmogorov-Smirnov.

A consistência interna dos instrumentos foi avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach, que mede a correlação média entre os itens de uma mesma escala. Posto isto, valores de  $\alpha \geq .70$  foram considerados indicativos de boa confiabilidade (DeVellis, 2017). A análise foi realizada para a escala total e, quando aplicável, para as subescalas e fatores, individualmente.

### Escala de Desesperança de Beck

No que diz respeito à BHS total, observa-se um alfa de Cronbach igual a .862, pelo que se considera ter uma confiabilidade indicada. Para além disso, o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov, indica que os dados não seguem uma distribuição normal [ $KS(356) = .207, p < .001$ ]. No que toca aos Fatores 1, 2 e 3, foram obtidos os alfas de Cronbach: .660, .820 e .650, respetivamente, o que por sua vez, significam bons resultados a nível da confiabilidade interna. Adicionalmente, nenhuma das distribuições destas subescalas seguiu distribuição normal [ $KS(356) = .345, p < .001$ ;  $KS(356) = .316, p < .001$ ;  $KS(356) = .194, p < .001$ ].

### Patient Health Questionnaire-9

Relativamente ao PHQ-9, obteve-se um alfa de Cronbach igual a .867, considerando-se um valor indicativo de consistência interna. Outrossim, o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov, indica que os dados não seguem uma distribuição normal [ $KS(356) = .142, p < .001$ ].

### Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido

No caso da MSPSS total, observa-se um alfa de Cronbach igual a .897, pelo que se considera ter uma excelente confiabilidade. Ademais, o teste de normalidade

Kolmogorov-Smirnov, indica que os dados não seguem uma distribuição normal [ $KS(356) = .130, p < .001$ ]. No que toca às subescalas Família, Amigos e Outros Significativos, foram obtidos os Alfas de Cronbach: .924, .906 e .876, respetivamente, o que por sua vez, significam excelentes resultados a nível da confiabilidade interna. Para além disso, nenhuma das distribuições destas subescalas seguiu distribuição normal [ $KS(356) = .151, p < .001$ ;  $KS(356) = .159, p < .001$ ;  $KS(356) = .196, p < .001$ ].

### **Escala de Identidade Ambiental**

Relativamente à escala EID total, verificou-se um alfa de Cronbach igual a .913, pelo que se considera ter uma excelente consistência interna. Para além disso, o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov, indica que os dados não seguem uma distribuição normal [ $KS(356) = .053, p = .026$ ]. Quanto às subescalas Conexão com a Natureza e Proteção da Natureza, foram obtidos os alfas de Cronbach: .913 e .796, respetivamente, o que demonstra uma excelente consistência interna. Acrescenta-se que, nenhuma das distribuições destas subescalas seguiu distribuição normal [ $KS(356) = .345, p < .001$ ;  $KS(356) = .093, p < .001$ ;  $KS(356) = .071, p < .001$ ].

### **Análise Estatística**

Os testes não paramétricos são particularmente úteis como alternativa aos testes  $t$ , em situações em que a amostra é pequena e os dados não seguem uma distribuição normal. No entanto, à medida que o tamanho da amostra aumenta, os testes  $t$  tornam-se mais robustos a desvios da normalidade (Fagerland, 2012). Dado que a amostra deste estudo é grande ( $N > 100$ ), considerou-se apropriado utilizar testes paramétricos, mesmo na ausência de distribuições normais.

Neste processo de Inferência Estatística foram realizadas Correlações de Pearson e ANOVAS One-Way, para comparar as médias dos grupos (PALOP vs. PT), uma vez que foram estudadas quatro variáveis distintas. Importa referir que a ANOVA foi escolhida, ao invés de vários testes  $t$ , para controlar o erro tipo I (Neyman & Pearson, 1933).

**Tabela 2***Tabela de Correlações entre BHS-T, PHQ-9, MSPSS-T e EID-T*

		BHS-T	PHQ-9	MSPSS-T	EID-T
BHS - T	Pearson Correlation	1	.555**	-.367**	-.219**
	Sig. (2-tailed)		<.001	<.001	<.001
	N	343	338	343	324
PHQ-9	Pearson Correlation		1	-.470**	-.158**
	Sig. (2-tailed)			<.001	.004
	N			338	324
MSPSS - T	Pearson Correlation			1	.219**
	Sig. (2-tailed)				<.001
	N				324
EID - T	Pearson Correlation				1
	Sig. (2-tailed)				

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Hipótese 1:** Existe uma correlação positiva forte e estatisticamente significativa entre Desesperança e Sintomas Depressivos [ $r(343) = .555, p < .001$ ].

**Hipótese 2:** Existe uma correlação negativa, moderada e estatisticamente significativa entre Desesperança e Suporte Social Percebido [ $r(343) = -.367, p < .001$ ].

**Hipótese 3:** Existe uma correlação negativa, fraca, mas estatisticamente significativa, entre Desesperança e Identidade Ambiental [ $r(324) = -.219, p < .001$ ].

**Tabela 3***Tabela de Correlações entre as Subescalas*

		1	2	3	4	5	6	7	8
1.Sentimentos Sobre o Futuro	Pearson	1	.532**	.516**	-.218**	-.060	-.207**	-.107	-.183
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)		<.001	<.001	<.001	.272	<.001	.055	<.001
	N	342	342	342	342	342	342	324	324
2.Perda de Motivação	Pearson		1	.534**	-.272**	-.092	-.269**	-.217	-.156**
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)			<.001	<.001	.089	<.001	<.001	.005
	N			342	343	343	343	324	324
3.Expectativas Futuras	Pearson			1	-.383**	-.161**	-.324**	-.148**	-.213**
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)				<.001	.003	<.001	.008	<.001
	N				342	342	342	324	324
4.Família	Pearson				1	.297**	.448**	.140*	.202**
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)					<.001	<.001	.012	<.001
	N					349	349	324	324
5.Amigos	Pearson					1	.506**	.186**	.127*
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)						<.001	<.001	.022
	N						349	324	324
6.Outros Significativos	Pearson						1	.170**	.195**
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)							.002	<.001
	N							324	324
7.Conexão com a Natureza	Pearson							1	.728**
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)								<.001
	N							324	324
8.Proteção da Natureza	Pearson								1
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)								
	N								324

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Tabela 4***Tabela da ANOVA One-Way com a variável Naturalidade*

	PT	PALOP	<i>F</i>	<i>p</i>
BHS - T	.208 (.204)	.163 (.181)	4.597	.033
Sentimentos Sobre o Futuro	.172 (.244)	.105 (.190)	7.949	.005
Perda de Motivação	.126 (.212)	.093 (.200)	2.216	.138
Expectativas Futuras	.373 (.301)	.333 (.298)	1.535	.216
PHQ-9	1.841 (.555)	1.840 (.573)	.000	.985
MSPSS - T	5.827 (.942)	5.437 (1.084)	12.888	<.001
Família	5.492 (1.415)	5.196 (1.533)	3.467	.063
Amigos	5.853 (1.177)	5.348 (1.224)	15.288	<.001
Outros Significativos	6.173 (1.080)	5.801 (1.228)	9.064	.003
EID - T	3.577 (.807)	3.529 (.765)	.302	.583
Conexão com a Natureza	3.844 (.817)	3.758 (.780)	.929	.336
Proteção da Natureza	2.911 (.960)	2.960 (.901)	.197	.658

O valor apresentado entre parênteses corresponde ao desvio-padrão.

**Hipótese 4:** Existem diferenças estatisticamente significativas entre Naturalidade e Desesperança [ $F(1, 341) = 4.597, p = .033$ ], mais concretamente no que toca aos resultados obtidos no Fator *Sentimentos Sobre o Futuro*, que foram superiores no grupo de Naturalidade Portuguesa [ $F(1, 340) = 7.949, p = .005$ ].

Ressalta-se também a existência de diferenças estatisticamente significativas entre Naturalidade e Suporte Social Percebido [ $F(1, 347) = 12.888, p < .001$ ], nomeadamente, nas subescalas *Amigos* e *Outros Significativos*, em que os valores de Suporte Social Percebido foram superiores no grupo de Naturalidade Portuguesa [ $F(1, 347) = 15.288, p < .001$ ;  $F(1, 347) = 9.064, p = .003$ ].

**Tabela 5***Tabela da ANOVA One-Way com a variável Residência da população PALOP*

	PALOP expatriado	PALOP	F	p
BHS - T	.189 (.189)	.106 (.149)	7.347	.007
Sentimentos Sobre o Futuro	.136 (.209)	.037 (.113)	9.653	.002
Perda de Motivação	.110 (.216)	.056 (.157)	2.439	.120
Expectativas Futuras	.376 (.301)	.241 (.274)	7.099	.009
PHQ-9	1.889 (.590)	1.734 (.526)	2.427	.121
MSPSS- T	5.483 (1.096)	5.338 (1.062)	.610	.436
Família	5.248 (1.560)	5.085 (1.550)	.372	.543
Amigos	5.453 (1.147)	5.125 (1.359)	2.476	.118
Outros Significativos	5.778 (1.292)	5.850 (1.089)	.116	.734
EID - T	3.511 (.797)	3.568 (.696)	.177	.675
Conexão com a Natureza	3.742 (.810)	3.791 (.716)	.123	.727
Proteção da Natureza	2.932 (.953)	3.011 (.783)	.241	.624

O valor apresentado entre parênteses corresponde ao desvio-padrão.

**Hipótese 5:** Existem diferenças estatisticamente significativas entre Naturalidade PALOP, residentes fora do país de origem e Desesperança [ $F(1, 154) = 7.347, p = .007$ ]. Nos *Fatores Sentimentos Sobre o Futuro* e *Expectativas Futuras*, os participantes PALOP, residentes fora do país de origem, apresentam valores superiores de Desesperança em relação àqueles que permanecem [ $F(1, 154) = 9.653, p = .002$ ;  $F(1, 154) = 7.099, p = .009$ ].

**Tabela 6***Tabela da ANOVA One-Way com a variável Relacionamento*

	Solteiro	Numa Relação	<i>F</i>	<i>p</i>
BHS - T	.210 (.222)	.162 (.154)	5.151	.024
Sentimentos Sobre o Futuro	.160 (.246)	.121 (.192)	2.459	.118
Perda de Motivação	.135 (.239)	.083 (.158)	5.450	.020
Expectativas Futuras	.385 (.319)	.319 (.273)	4.336	.038
PHQ-9	1.896 (.610)	1.774 (.494)	3.973	.047
MSPSS - T	5.502 (1.108)	5.826 (.892)	8.861	.003
Família	5.188 (1.593)	5.559 (1.323)	5.503	.020
Amigos	5.684 (1.232)	5.559 (1.211)	.899	.344
Outros Significativos	5.734 (1.320)	6.323 (.845)	23.722	<.001
EID - T	3.478 (.793)	3.647 (.773)	3.710	.055
Conexão com a Natureza	3.729 (.815)	3.895 (.776)	3.494	.063
Proteção da Natureza	2.851 (.930)	3.025 (.930)	2.809	.095

O valor apresentado entre parênteses corresponde ao desvio-padrão.

**Hipótese 6:** Existem diferenças significativas entre Estado Civil – Numa relação e Casado/ União de Facto e Desesperança [ $F(1, 341) = 5.151, p = .024$ ]. Nomeadamente, nos fatores *Perda de Motivação e Expectativas Futuras*, em que os participantes solteiros apresentam valores superiores de Desesperança [ $F(1, 341) = 5.450, p = .020$ ;  $F(1, 340) = 4.336, p = .038$ ]. Ademais, observam-se diferenças significativas entre Estado Civil – Numa relação e Casado/ União de Facto e Sintomas Depressivos [ $F(1, 336) = 3.973, p = .047$ ], sendo os mesmos superiores nos participantes solteiros. Além disso, existem diferenças significativas entre Estado Civil – Numa relação e Casado/ União de Facto e Suporte Social Percebido [ $F(1, 347) = 8.861, p = .003$ ], nomeadamente, nas subescalas *Família e Outros Significativos*, nas quais, os participantes que se encontram numa

relação, mostraram Suporte Social Percebido superior [ $F(1, 347) = 5.503, p = .020$ ;  $F(1, 347) = 23.722, p < .001$ ].

**Tabela 7**

*Tabela da ANOVA One-Way com a variável Nível Socioeconómico*

	Baixo	Médio-Baixo	Médio	Médio-Alto	<i>F</i>	<i>p</i>
BHS - T	.209 (.177)	.275 (.242)	.163 (.175)	.150 (.171)	5.440	<.001
Sentimentos sobre o Futuro	.113 (.269)	.216 (.277)	.120 (.193)	.125 (.207)	2.760	.028
Perda de Motivação	.082 (.144)	.175 (.281)	.095 (.188)	.098 (.161)	2.558	.039
Expectativas Futuras	.487 (.294)	.509 (.323)	.307 (.268)	.264 (.293)	9.720	<.001
PHQ-9	1.884 (.376)	2.065 (.668)	1.760 (.492)	1.825 (.622)	4.939	<.001
MSPSS - T	5.273 (1.172)	5.152 (.983)	5.831 (.987)	5.879 (.920)	8.269	<.001
Família	4.804 (1.424)	4.487 (1.743)	5.691 (1.246)	5.632 (1.364)	11.955	<.001
Amigos	5.228 (1.448)	5.404 (1.301)	5.731 (1.147)	5.746 (1.250)	1.750	.138
Outros Significativos	5.804 (1.222)	5.660 (1.246)	6.088 (1.169)	6.281 (.908)	3.007	.018
EID - T	3.442 (.930)	3.346 (.781)	3.618 (.781)	3.682 (.742)	2.028	.090
Conexão com a Natureza	3.719 (.945)	3.631 (.836)	3.854 (.783)	3.913 (.747)	1.319	.263
Proteção da Natureza	2.750 (1.010)	2.634 (.846)	3.026 (.946)	3.105 (.911)	3.070	.017

O valor apresentado entre parênteses corresponde ao desvio-padrão.

**Hipótese 7:** Existem diferenças estatisticamente significativas entre Nível Socioeconómico e Desesperança [ $F(4, 338) = 5.440, p < .001$ ], sendo que os participantes de Nível Socioeconómico médio-baixo apresentaram Desesperança mais elevada em todos os fatores [ $F(4, 337) = 2.760, p = .028$ ;  $F(4, 338) = 2.558, p = .039$ ;  $F(4, 337) = 9.720, p < .001$ ]. Para além disso, foram encontradas diferenças significativas entre o

Nível Socioeconómico e Sintomas Depressivos [ $F(4, 333) = 4.939, p < .001$ ], sendo que os participantes de Níveis Socioeconómicos baixo e médio-baixo apresentaram Sintomas Depressivos mais elevados. Também se apuraram diferenças significativas entre a variável em estudo e Suporte Social Percebido [ $F(4, 344) = 8.269, p < .001$ ], sendo que nas subescalas *Família* e *Outros Significativos*, os participantes de Níveis Socioeconómicos alto e médio-alto, mostraram Suporte Social Percebido superior [ $F(4, 344) = 11.955, p < .001$ ;  $F(4, 344) = 3.007, p = .018$ ]. Podem-se observar diferenças significativas entre Nível Socioeconómico e Identidade Ambiental, nomeadamente, na subescala *Proteção da Natureza* [ $F(4, 319) = 3.070, p = .017$ ], em que os participantes de Nível Socioeconómico médio-alto apresentaram *Proteção da Natureza* mais elevada.

**Tabela 8**

*Tabela da ANOVA One-Way com a variável Grau Académico*

	Secundário	Técnico	Superior	Pós-Graduado	<i>F</i>	<i>p</i>
BHS - T	.183 (.135)	.294 (.280)	.163 (.177)	.200 (.224)	2.790	.026
Sentimentos sobre o Futuro	.125 (.189)	.231 (.313)	.113 (.187)	.172 (.255)	2.222	.066
Perda de Motivação	.1000 (.175)	.213 (.321)	.090 (.180)	.122 (.228)	2.196	.069
Expectativas Futuras	.380 (.277)	.531 (.304)	.320 (.289)	.347 (.324)	2.936	.021
PHQ-9	1.836 (.500)	2 (.604)	1.844 (.587)	1.802 (.564)	1.060	.376
MSPSS - T	5.623 (1.016)	4.980 (1.200)	5.687 (1.017)	5.776 (.967)	3.538	.008
Família	5.361 (1.393)	4.611 (1.697)	5.437 (1.529)	5.402 (1.388)	2.037	.089
Amigos	5.594 (1.281)	5.093 (1.390)	5.575 (1.194)	5.869 (1.164)	2.363	.053
Outros Significativos	5.939 (1.147)	5.315 (1.435)	6.063 (1.080)	6.134 (1.194)	2.928	.021
EID - T	3.414 (.751)	3.306 (.752)	3.582 (.777)	3.692 (.800)	1.904	.109
Conexão com a Natureza	3.672 (.754)	3.560 (.797)	3.838 (.812)	3.932 (.786)	1.791	.130
Proteção da Natureza	2.768 (.967)	2.670 (.856)	2.943 (.839)	3.100 (1.029)	1.592	.176

O valor apresentado entre parenteses corresponde ao desvio-padrão.

**Hipótese 8:** Existem diferenças significativas entre Grau Académico e Desesperança [ $F(3, 329) = 3.642, p = .013$ ], nomeadamente, no que toca aos participantes com grau académico de Ensino Técnico Superior apresentaram níveis mais elevados de Desesperança [ $F(3, 328) = 3.000, p = .031$ ;  $F(3, 329) = 2.848, p = .038$ ;  $F(3, 328) = 3.869, p = .010$ ]. Para além disso, também se verificam diferenças significativas entre Grau Académico e Suporte Social Percebido [ $F(3, 335) = 4.473, p = .004$ ], nomeadamente, nas subescalas *Amigos* e *Outros Significativos*, em que os participantes cujo Grau Académico corresponde ao Ensino Pós-Graduado, mostraram níveis de Suporte Social Percebido superiores [ $F(3, 335) = 3.114, p = .026$ ;  $F(3, 335) = 3.809, p = .010$ ].

**Tabela 9**

*Tabela da ANOVA One-Way com a variável Género*

	Feminino	Masculino	F	p
BHS - T	.186 (.195)	.188 (.197)	.251	.778
Sentimentos Sobre o Futuro	.139 (.218)	.142 (.226)	1.126	.326
Perda de Motivação	.112 (.207)	.112 (.210)	.170	.844
Expectativas Futuras	.357 (.297)	.349 (.303)	.241	.786
PHQ-9	1.916 (.604)	1.716 (.462)	7.053	<.001
MSPSS - T	5.726 (1.064)	5.537 (.962)	1.428	.241
Família	5.429 (1.502)	5.270 (1.466)	.889	.412
Amigos	5.733 (1.274)	5.457 (1.118)	2.282	.104
Outros Significativos	6.065 (1.220)	5.900 (1.072)	1.456	.235
EID - T	3.571 (.780)	3.523 (.805)	.628	.534
Conexão com a Natureza	3.840 (.789)	3.745 (.820)	1.118	.328
Proteção da Natureza	2.901 (.921)	2.970 (.960)	.371	.690

O valor apresentado entre parenteses corresponde ao desvio-padrão.

**Hipótese 9:** Não existem diferenças estatisticamente significativas entre Género e Desesperança [ $F(1, 338) = -.010; p = .922$ ]. No entanto, existem diferenças estatisticamente significativas entre Género e Sintomas Depressivos [ $F(1, 333) = 10.558; p = .001$ ], sendo que os participantes do Género Feminino apresentam níveis mais elevados de Sintomas Depressivos. Ademais, observam-se diferenças estatisticamente significativas entre Género e Suporte Social Percebido, nomeadamente, na subescala Amigos [ $F(1, 344) = 4.304; p = .039$ ], sendo o Género feminino a demonstrar resultados superiores.

### **Modelos de Regressão da Desesperança e Depressão**

De seguida, foram conduzidas duas análises de regressão linear múltipla para avaliar a capacidade das variáveis *Sintomas Depressivos* (PHQ-9), *Suporte Social Percebido* (MSPSS) e *Identidade Ambiental* (EID), bem como variáveis sociodemográficas, em prever a *Desesperança* (BHS). Adicionalmente, a mesma análise foi feita para prever os Sintomas Depressivos.

Conforme detalhado na Tabela 10, verificou-se que os *Sintomas Depressivos* foram um preditor positivo e significativo da *Desesperança* ( $\beta = .482, p < .001$ ). Por outro lado, tanto o *Suporte Social Percebido* ( $\beta = -.128, p = .014$ ) como a *Identidade Ambiental* ( $\beta = -.115, p = .014$ ) foram preditores negativos e significativos. Isto sugere que níveis superiores de *Sintomas Depressivos*, estão associados a um aumento da *Desesperança*; e níveis superiores de *Suporte Social Percebido* e *Identidade Ambiental* estão associados a uma diminuição de *Desesperança*. Esta análise indicou que o modelo de regressão foi estatisticamente significativo, explicando 34.5% da variância da *Desesperança* [ $F(3, 320) = 56.174, p < .001$ ].

**Tabela 10***Análise de Regressão Múltipla Preditiva da Desesperança*

Variável	B	SE	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
(Constante)	.123	.086		1.437	.152
PHQ-9	-.169	.018	.482	9.332	<.001
MSPSS	-.025	.010	-.128	-2.460	.014
EID	-.029	.012	-.115	-2.476	.014

Nota.  $R^2 = -.345$ ;  $SE = .162$

Conforme detalhado na Tabela 11, verificou-se que o *Grupo da Amostra* foi um preditor positivo e, estatisticamente, significativo da *Desesperança* ( $\beta = .052$ ,  $p = .014$ ). Por outro lado, estar num *Relacionamento* ( $\beta = -.055$ ,  $p = .009$ ) foi um preditor negativo e, estatisticamente, significativo. Isto sugere que fazer parte de um dos *Grupos da Amostra*, está associado a um aumento de *Desesperança*; e estar num *Relacionamento* está associado a uma diminuição de *Desesperança*. Esta análise indicou que o modelo de regressão foi estatisticamente significativo, explicando 3,3% da variância da *Desesperança* [ $F(3, 320) = 3.891$ ,  $p = .009$ ].

**Tabela 11***Análise de Regressão Múltipla Preditiva da Desesperança*

Variável	B	SE	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
(Constante)	.110	.046		2.391	.017
Grupo da Amostra	.052	.021	.133	2.462	.014
Género	.017	.021	.043	.803	.423
Relacionamento	-.055	.021	-.142	-2.613	.009

Nota.  $R^2 = .033$ ;  $SE = .193$

Conforme detalhado na Tabela 12, verificou-se que a *Desesperança* foi um preditor positivo e, estatisticamente, significativo dos *Sintomas Depressivos* ( $\beta = .444, p < .001$ ). Por outro lado, o *Suporte Social Percebido* ( $\beta = -.309, p < .001$ ) foi um preditor negativo e, estatisticamente, significativo. Isto sugere que níveis superiores de *Desesperança*, estão associados a um aumento de *Sintomas Depressivos*; e níveis superiores de *Suporte Social Percebido* estão associados a uma diminuição de *Desesperança*. Esta análise indicou que o modelo de regressão foi estatisticamente significativo, explicando 39,6% da variância dos *Sintomas Depressivos* [ $F(3, 320) = 69.875, p < .001$ ].

**Tabela 12**

*Análise de Regressão Múltipla Preditiva dos Sintomas Depressivos*

Variável	B	SE	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
(Constante)	2.540	.187		13.592	<.001
BHS	1.265	.136	.444	9.337	<.001
MSPSS	-.169	.026	-.309	-6.484	<.001
EID	.005	.032	.007	.148	.882

Nota.  $R^2 = .396$ ;  $SE = .443$

Conforme detalhado na Tabela 13, verificou-se que o Gênero foi um preditor negativo e, estatisticamente, significativo dos *Sintomas Depressivos* ( $\beta = -.122, p = .026$ ), o que um dos gêneros está associado a valores inferiores de *Sintomas Depressivos*. Esta análise indicou que o modelo de regressão foi estatisticamente significativo, explicando apenas 2,6% da variância dos *Sintomas Depressivos* [ $F(3, 320) = 3.020, p = .030$ ].

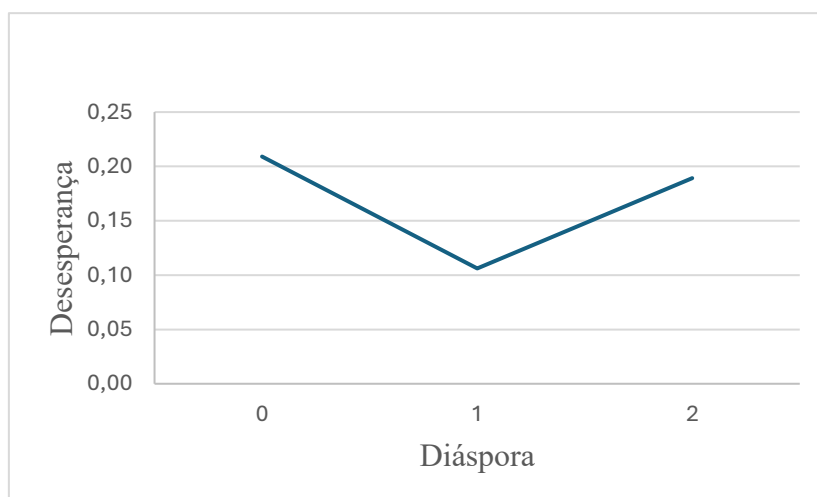
**Tabela 13***Análise de Regressão Múltipla Preditiva dos Sintomas Depressivos*

Variável	B	SE	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
(Constante)	2.070	.134		15.490	<.001
Grupo da Amostra	.005	.062	.005	.083	.934
Género	-.135	.060	-.122	-2.234	.026
Relacionamento	-.102	.062	-.090	-1.645	.101

*Nota.*  $R^2 = .026$ ;  $SE = .558$ 

### **Desesperança e Experiência de Diáspora entre Portugueses e Participantes dos PALOP**

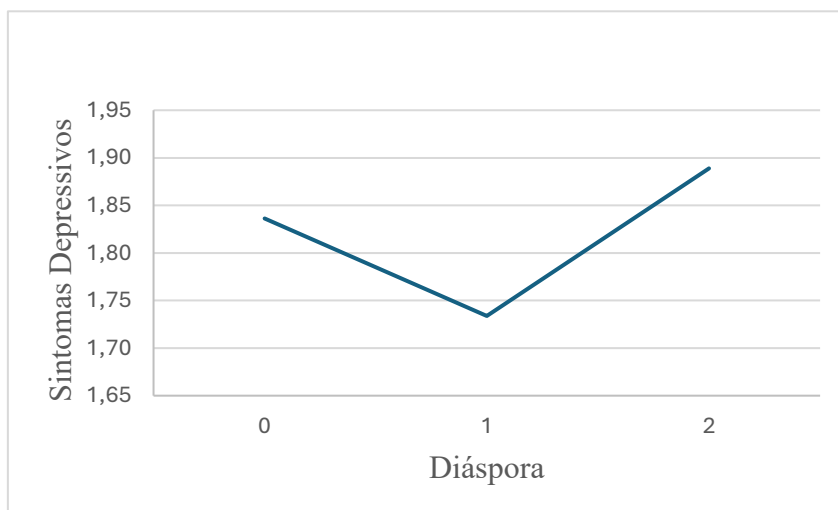
Pode-se concluir, através da figura 1, que os participantes provenientes dos PALOP, residentes no seu país de origem, apresentam os níveis mais baixos de Desesperança. Por sua vez, os participantes dos PALOP, residentes fora do país de origem, apresentam níveis mais elevados de Desesperança, embora ligeiramente inferiores aos verificados entre os participantes portugueses.

**Figura 1**

*Níveis médios de Desesperança entre portugueses, participantes dos PALOP no país de origem e participantes dos PALOP fora do país de origem.*

*Nota.* 0 = PT; 1 = PALOP residente no país de origem; 2 = PALOP residente fora do país de origem

Através da figura 2, é possível deduzir, que os participantes provenientes dos PALOP, residentes no seu país de origem, apresentam os níveis mais baixos de Sintomas Depressivos. Os participantes dos PALOP, residentes fora do país de origem, registam os níveis mais elevados de Sintomas Depressivos, seguidos pelos participantes portugueses, que apresentam níveis ligeiramente inferiores.

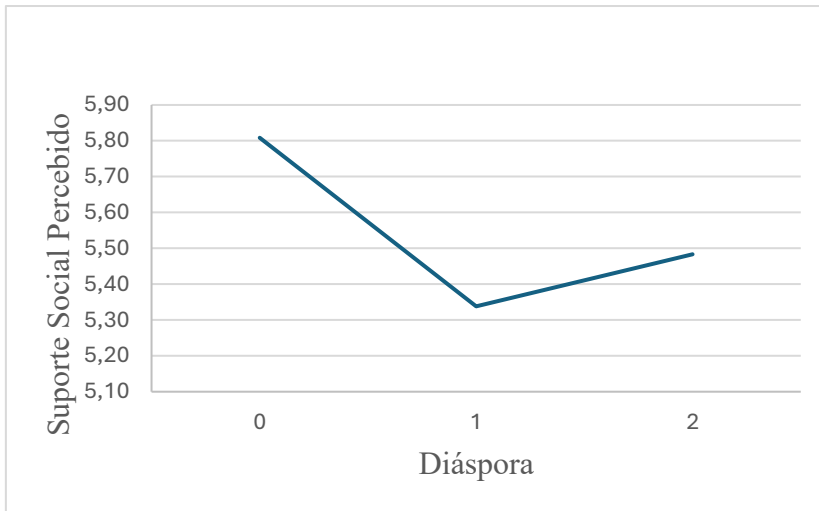


**Figura 2**

*Níveis médios de Sintomas Depressivos entre portugueses, participantes dos PALOP no país de origem e participantes dos PALOP fora do país de origem.*

Nota. 0 = participantes portugueses; 1 = PALOP residente no país de origem; 2 = PALOP residente fora do país de origem.

Com base na Figura 3, pode-se concluir que os resultados indicam que os participantes portugueses apresentam os níveis mais elevados de Suporte Social Percebido. Por sua vez, os participantes dos PALOP, residentes no país de origem, apresentam os níveis mais baixos de Suporte Social Percebido entre os três grupos analisados.

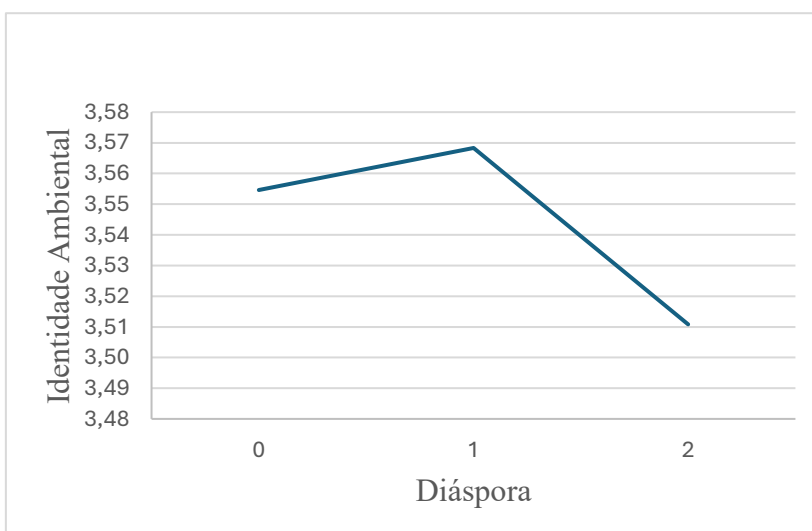


**Figura 3**

*Níveis médios de Suporte Social Percebido entre portugueses, participantes dos PALOP no país de origem e participantes dos PALOP fora do país de origem.*

Nota. 0 = participantes portugueses; 1 = PALOP residente no país de origem; 2 = PALOP residente fora do país de origem.

Por fim e segundo a Figura 4, conclui-se que, os participantes PALOP, residentes no país de origem, apresentam a maior Identidade Ambiental, enquanto os PALOP, residentes fora do país de origem, apresentam a menor.



#### **Figura 4**

*Níveis médios de Identidade Ambiental entre portugueses, participantes dos PALOP no país de origem e participantes dos PALOP fora do país de origem.*

Nota. 0 = participantes portugueses; 1 = PALOP residente no país de origem; 2 = PALOP residente fora do país de origem

## DISCUSSÃO

Como referido anteriormente, esta investigação tinha como objetivo central o estudo da Ideação Suicida numa população portuguesa e dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. No entanto, considerando as questões éticas envolvidas, especialmente os riscos associados ao manejo de temas sensíveis como a Ideação Suicida sem a devida monitorização psicológica (Barnard, 2021), optou-se por redirecionar o foco desta pesquisa. Posto isto, foram analisadas variáveis empiricamente correlacionadas com a Ideação Suicida, como a Desesperança e os Sintomas Depressivos, bem como os fatores que podem influenciar esses estados emocionais, incluindo o Suporte Social Percebido e a Identidade Ambiental. Estas variáveis são fundamentais para entender o bem-estar emocional das pessoas: os sintomas depressivos ajudam a identificar sinais de Depressão, enquanto a Desesperança pode indicar uma visão negativa do futuro, ambos essenciais para avaliar o risco de problemas emocionais. Juntas, estas variáveis oferecem uma visão completa do estado emocional e social de alguém, ajudando a orientar intervenções mais eficazes (Beck, 1967).

O Suporte Social Percebido é importante porque mostra como a rede de apoio de uma pessoa pode influenciar a sua recuperação e resiliência (Zimet et al, 1988). Já a Identidade Ambiental está relacionada à conexão que a pessoa sente com o mundo natural envolvente, o que pode afetar o seu sentimento de pertença e bem-estar geral (Clayton et al, 2021).

A amostra desta investigação é considerada de grande dimensão ( $N > 100$ ), pelo que se considera altamente relevante porque aumenta a precisão e a representatividade dos resultados, permitindo uma maior generalização das conclusões (Cochran, 1977).

Os resultados obtidos evidenciaram diferenças significativas na Desesperança e no Suporte Social Percebido em função da naturalidade, embora não tenham sido observadas diferenças nos Sintomas Depressivos nem na Identidade ambiental, o que sugere a naturalidade, por si só, pode não ser um fator determinante nos níveis destes.

No que toca aos participantes de naturalidade portuguesa, estes apresentaram níveis mais elevados de Suporte Social Percebido, particularmente nas subescalas *Amigos* e *Outros Significativos*, o que vai de encontro a estudos prévios que demonstram a relevância das redes sociais de proximidade na promoção do bem-estar psicológico e na proteção contra estados depressivos (Cohen & Wills, 1985; Kawachi & Berkman, 2001).

Por outro lado, os participantes oriundos dos PALOP, residentes fora dos mesmos, apresentaram níveis superiores de Desesperança. Estes dados podem ser interpretados à luz da literatura sobre migração, que identifica o afastamento das redes familiares, as barreiras de integração cultural e linguística, bem como as dificuldades socioeconómicas, como fatores de risco para a saúde mental (Bhugra, 2005; Kirmayer et al., 2011; Dumke et al., 2024). Em síntese, a condição de naturalidade, entendida como o local de origem/nascimento e a pertença a um determinado contexto sociocultural, constitui-se como um marcador relevante de vulnerabilidade psicológica. No âmbito da experiência migratória, essa dimensão adquire especial centralidade, na medida em que processos de deslocamento frequentemente implicam ruturas identitárias, perdas simbólicas e desafios de adaptação a novas estruturas sociais e culturais. Tais fatores podem aumentar a exposição a situações stressantes a nível psicossocial e comprometer os mecanismos de resiliência, favorecendo o surgimento ou a intensificação de quadros de sofrimento psíquico (Pussetti, 2010).

Por sua vez, o estado civil revelou ser um fator protetor em várias dimensões psicológicas. No que diz respeito aos participantes em relações conjugais, estes apresentaram níveis mais baixos de Sintomas Depressivos e Desesperança, bem como níveis mais elevados de Suporte Social Percebido, sobretudo nas subescalas *Família* e *Outros Significativos*. Estes resultados mostram-se em consonância com investigações que apontam a vida conjugal como promotora de suporte emocional e amortecedora dos efeitos do *stress* (Umberson & Montez, 2010; Holt-Lunstad et al., 2010; Holt-Lunstad, 2024). Por outro lado, os participantes solteiros apresentaram níveis mais elevados de Desesperança, o que sugere que a ausência de vínculos íntimos pode constituir uma condição de maior vulnerabilidade. Estudos prévios indicam que a qualidade e estabilidade das relações próximas são determinantes para o ajustamento psicológico (Robles & Kiecolt-Glaser, 2003; August et al., 2023).

No que toca ao grau académico, este revelou associações significativas tanto com a Desesperança e o Suporte Social Percebido. Notando-se, mais concretamente, nos participantes com formação de Ensino Técnico, que reportaram níveis mais elevados de Desesperança, enquanto aqueles com Ensino Superior Pós-Graduado revelaram níveis mais elevados de Suporte Social Percebido. Em síntese, estes dados indicam que o grau académico influencia, não apenas os recursos cognitivos e profissionais, mas também a

qualidade das redes de suporte disponíveis (Mirowsky & Ross, 2003; Schnittker, 2004; Hayward & Farina, 2023).

No caso do nível socioeconómico, este emergiu como variável transversal e determinante em várias dimensões, observando-se que os participantes com níveis socioeconómicos mais baixos apresentaram níveis mais elevados de Sintomas Depressivos e Desesperança, enquanto os participantes com níveis mais elevados demonstraram maior suporte social percebido e maior identificação com a proteção da natureza. Estes resultados confirmam evidências anteriores que associam a desvantagem socioeconómica a uma maior vulnerabilidade psicológica, menor acesso a cuidados de saúde e menor disponibilidade de recursos (Adler & Ostrove, 1999; Lorant et al., 2003; Barakat & Konstantinidis, 2023).

Relativamente à Identidade Ambiental, verificou-se que os participantes em níveis socioeconómicos médio-altos reportaram níveis mais elevados da subescala *Proteção da Natureza*, o que, segundo estudos recentes, sugere que a capacidade monetária pode estar associada à maior disponibilidade de tempo e recursos para práticas de envolvimento ambiental (Gifford & Nilsson, 2014; Tam, 2025).

Em relação ao género, foram encontradas diferenças significativas nas participantes do género feminino, os níveis de Sintomas Depressivos foram mais elevados do que nos participantes do género masculino. No entanto, o género feminino mostrou um maior Suporte Social Percebido, nomeadamente, na subescala *Amigos*. Estes padrões de resultados são consistentes com a literatura, que destaca uma maior prevalência de sintomatologia depressiva no género feminino (Nolen-Hoeksema, 2001; Kuehner, 2017), mas também uma maior tendência para procurar e mobilizar suporte social (Levy et al., 2019).

No caso da Identidade Ambiental, não foram observadas diferenças significativas entre estas e a Desesperança, Depressão e Suporte Social Percebido, mas, no modelo de Regressão Múltipla realizado, denota-se que a mesma se revela como um preditor negativo e significativo da Desesperança. Tal resultado sugere que uma maior conexão com o Ambiente Natural pode funcionar como recurso protetor da saúde mental, em linha com estudos que demonstram que a relação com a natureza está associada a maior bem-estar e menor sofrimento psicológico (Capaldi et al., 2014; Chang et al., 2024).

Num dos Modelos de Regressão Múltipla, os Sintomas Depressivos emergiram como o preditor mais forte e positivo da Desesperança, o que é consistente com a literatura clínica que identifica forte sobreposição entre estas duas dimensões (Beck et al., 1974; Alloy et al., 2006; Drinkwater et al., 2023). Por outro lado, tanto o Suporte Social Percebido como a Identidade Ambiental revelaram-se preditores negativos e significativos, reforçando os resultados de estudos anteriores de que fatores relacionais e ecológicos podem funcionar como barreiras contra o desenvolvimento de expectativas negativas em relação ao futuro (Balundè et al, 2019; Aggarwal, 2025).

### **Implicações Práticas e Clínicas**

Em síntese, os resultados, conclusões e interpretações acima referidos apontam para a relevância dos fatores contextuais (e.g.: naturalidade, estado civil, nível socioeconómico, grau académico) e psicossociais (Suporte Social Percebido, Identidade Ambiental) na compreensão da saúde mental. Estas evidências reforçam a necessidade de adotar uma abordagem ecológica e multidimensional, que reconheça tanto as condições estruturais como também os recursos relacionais e ambientais como determinantes cruciais do bem-estar psicológico.

Em primeiro lugar, a evidência de que a naturalidade, particularmente no caso de participantes oriundos dos PALOP, residentes fora do país de origem, está associada a maiores níveis de Desesperança, sugere a necessidade de intervenções específicas dirigidas a populações migrantes, como programas comunitários que facilitem a integração, o reforço das redes sociais e a redução de barreiras culturais, que por sua vez, pode desempenhar um papel protetor importante (Kirmayer et al., 2011; Dumke et al., 2024).

Em segundo lugar, a constatação de que o estado civil e o Suporte Social Percebido funcionam como fatores protetores destaca a importância de estratégias de fortalecimento das redes interpessoais, como intervenções baseadas em grupos de apoio, programas de promoção de competências relacionais e políticas sociais que favoreçam a coesão comunitária, o que pode reduzir Sintomas Depressivos e Desesperança (Holt-Lunstad et al., 2010; Holt-Lunstad, 2024).

No que toca ao ponto de vista educacional e socioeconómico, os resultados apontam que maior grau académico e melhores condições económicas estão associados a melhor saúde psicológica e social. Assim, políticas públicas que reduzam desigualdades estruturais podem ter impactos diretos na promoção do bem-estar mental (Adler & Ostrove, 1999; Lorant et al., 2003; Barakat & Konstantinidis, 2023).

Por fim, a identificação da Identidade Ambiental como fator protetor da Desesperança abre uma nova vertente para programas de intervenção, como a promoção de estratégias de contacto com a natureza, atividades ao ar livre e educação ambiental podem não apenas favorecer atitudes ecológicas, mas também contribuir para a saúde psicológica (Capaldi et al., 2014; Chang et al., 2024).

### **Limitações e Sugestões Futuras**

Não obstante a relevância dos resultados obtidos, reconhece-se que o presente estudo apresenta determinadas limitações. A principal reside na utilização de uma amostra por conveniência, o que pode influenciar a representatividade dos participantes, podendo dificultar a generalização dos resultados. Paralelamente e embora a amostra seja numerosa, não é representativa da população em geral, uma vez que se concentra em participantes de determinados contextos culturais e académicos. Estudos futuros poderiam incluir amostras mais diversificadas e numerosas, abrangendo diferentes grupos etários, regiões geográficas e contextos ocupacionais.

Para além disso, o delineamento transversal adotado, restringe a possibilidade de inferir relações de causalidade entre as variáveis em análise. Investigações futuras, conduzidas sob uma perspetiva longitudinal, poderão oferecer contributos mais robustos para o esclarecimento da direção dessas relações, particularmente no que concerne à associação entre Desesperança, Sintomas Depressivos e Suporte Social. Adicionalmente, devem ser adicionadas variáveis como experiências de discriminação e outros mecanismos de *coping*, que poderão dar uma visão mais completa da Desesperança.

A utilização de instrumentos de autorrelato poderá ter introduzido vieses associados à desajustabilidade social, à perceção subjetiva e à capacidade de introspeção dos participantes. Para superar essa limitação, recomenda-se a integração de metodologias qualitativas, como entrevistas ou grupos focais, bem como de medidas objetivas de Suporte Social.

Apesar da Identidade Ambiental ter surgido como preditor significativo, efetivamente este constructo permanece relativamente pouco explorado na literatura sobre saúde mental. Investigações futuras poderiam aprofundar o papel da ligação à natureza, explorando mecanismos mediadores, como regulação emocional ou perceção do sentido de vida.

## CONCLUSÃO

O presente estudo, alicerçado numa amostra de dimensão significativa, permitiu identificar fatores de risco e de proteção associados à saúde mental, com particular foco na experiência subjetiva da Desesperança. Para além de elucidar os mecanismos subjacentes a este constructo, os resultados obtidos ofereceram evidências relevantes acerca do papel que variáveis contextuais, psicossociais e ambientais desempenham no bem-estar psicológico.

De um modo consistente, foi possível verificar que variáveis sociodemográficas, tais como naturalidade, estado civil, grau académico e nível socioeconómico, assumem um impacto determinante na saúde mental. Especificamente, participantes oriundos dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) a residir fora do seu país de origem, solteiros e pertencentes a estratos socioeconómicos mais desfavorecidos revelaram níveis superiores de Desesperança e de Sintomatologia Depressiva. Estes resultados reforçam a necessidade de compreender a saúde mental à luz de determinantes estruturais e relacionais que condicionam, em larga medida, a experiência individual e coletiva.

No domínio psicossocial, o Suporte Social Percebido emergiu como um recurso protetor fundamental, confirmando a robustez da evidência prévia quanto à sua relevância. Paralelamente, a identidade ambiental destacou-se como um contributo inovador, demonstrando potencial para atenuar a Desesperança e promover o bem-estar psicológico. Este resultado abre novas perspetivas teóricas e práticas, sustentando a pertinência de uma abordagem ecológica e multidimensional da saúde mental que integre fatores individuais, sociais e ambientais de forma interdependente.

As implicações práticas desta investigação são igualmente expressivas. Os dados sustentam a urgência de políticas e programas que fomentem redes de apoio interpessoal e comunitário, reduzam desigualdades socioeconómicas persistentes e promovam a ligação ao ambiente natural como estratégia complementar de promoção da saúde mental. Tais medidas poderão contribuir para uma intervenção mais abrangente, equitativa e eficaz no domínio da saúde pública e da psicologia comunitária.

Em síntese, os resultados alcançados demonstram que a saúde mental não pode ser concebida de forma isolada, mas antes como o produto da interação complexa entre condições de vida, relações interpessoais e ligação ao ambiente. Assumir esta perspetiva

integrada e multidimensional constitui um passo decisivo para o desenvolvimento de estratégias de investigação e intervenção mais eficazes, inclusivas e sustentáveis, capazes de dar resposta aos desafios contemporâneos da promoção do bem-estar psicológico.

## REFERÊNCIAS

- Abramson, L., Metalsky, G., & Alloy, L. (1988). The hopelessness theory of depression: Does the research test the theory? In L. Y. Abramson (Ed.), *Social cognition and clinical psychology: A synthesis* (pp. 33–65). Guilford Press.
- Adler, N., & Ostrove, J. (1999). Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 3–15.  
<https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08101.x>
- AfricaFiles. (s.d.). Environmental conservation anchored in African cultural heritage. Retrieved from [https://www.africafiles.org/article\\_ID-23343.html](https://www.africafiles.org/article_ID-23343.html)
- Aggarwal N. (2025). Cultural Factors, Social Structures, and Social Determinants of Health: The Need for Clarity in Assessing Psychopathology. *Harvard review of psychiatry*, 33(2), 54–66. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000407>
- Alarcão, V., Candeias, P., Stefanovska-Petkovska, M., Pintassilgo, S., Machado, F. L., Virgolino, A., & Santos, O. (2023). Mental Health and Well-Being of Migrant Populations in Portugal Two Years after the COVID-19 Pandemic. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 13(5), 422. <https://doi.org/10.3390/bs13050422>
- Alloy, L., Abramson, L., Whitehouse, W., et al. (2006). Prospective incidence of first onsets and recurrences of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(1), 145–156. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.1.145>
- August, K., Wismar, A., & Markey, C. (2023). Marriage, romantic relationships, and health. In B. L. Miller (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (3rd ed., Vol. 2, pp. 359–368). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-91497-0.00026-6>

- Balundė, A., Jovarauskaitė, L., & Poškus, M. S. (2019). Exploring the relationship between connectedness with nature, environmental identity, and environmental self-identity: A systematic review and meta-analysis. *SAGE Open*, 9(2). <https://doi.org/10.1177/2158244019841925>
- Barakat, C., & Konstantinidis, T. (2023). A review of the relationship between socioeconomic status change and health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(13), 6249. <https://doi.org/10.3390/ijerph20136249>
- Barnard, E., Dempster, G., Kryszynska, K., Reifels, L., Robinson, J., Pirkis, J., & Andriessen, K. (2021). Ethical concerns in suicide research: thematic analysis of the views of human research ethics committees in Australia. *BMC medical ethics*, 22(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00609-3>
- Barros, D. (2004). *Itinerários da loucura em territórios Dogon*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Ferrari, A. J., Norman, R. E., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Challenging the myth of an “epidemic” of common mental disorders: Trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depression and Anxiety*, 31(6), 506–516.
- Beck, A. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Hoeber Medical Division.
- Beck, A. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Beck, A. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46(4), 368–375. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.368>

- Beck, A., Steer, R., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, *142*(5), 559–563. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.5.559>
- Beck, A., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *42*(6), 861–865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>
- Berry, H., Bowen, K., & Kjellstrom, T. (2010). Climate change and mental health: A causal pathways framework. *International Journal of Public Health*, *55*(2), 123–132. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0112-0>
- Berry, P., Clarke, K., Fleury, M., & Parker, S. (2014). Human health. In F. J. Warren & D. S. Lemmen (Eds.), *Canada in a changing climate: Sector perspectives on impacts and adaptation* (pp. 191–232). Government of Canada.
- Bhugra, D. (2005). Cultural identities and cultural congruency: A new model for evaluating mental distress in immigrants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *111*(2), 84–93. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00454.x>
- Capaldi, C. A., Dopko, R. L., & Zelenski, J. M. (2014). *The relationship between nature connectedness and happiness: A meta-analysis*. *Frontiers in Psychology*, *5*, Article 976. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00976>
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., & Mota-Pereira, J. (2011). Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS). *Psychologica*, *(54)*, 309–358. [https://doi.org/10.14195/1647-8606\\_54\\_13](https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_13)  
[venceradepressao.com+11impactum-journals.uc.pt+11](http://venceradepressao.com+11impactum-journals.uc.pt+11)

- Chang, C., Lin, B., Feng, X., Andersson, John., & Astell-Burt, T. (2024). A lower connection to nature is related to lower mental health benefits from nature contact. *Scientific Reports*, *14*, 6705. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-56968-5>
- Clayton, S. (2003). Environmental identity: A conceptual and an operational definition. In S. Clayton & S. Opatow (Eds.), *Identity and the natural environment: The psychological significance of nature* (pp. 45–65). MIT Press.
- Clayton, S., Czellar, S., Nartova-Bochaver, S., Skibins, J. C., Salazar, G., Tseng, Y.-C., Irkhin, B., & Monge-Rodriguez, F. S. (2021). Cross-cultural validation of a revised Environmental Identity Scale. *Sustainability*, *13*(4), 2387. <https://doi.org/10.3390/su13042387>
- Clayton, S., Manning, C. M., Krygsman, K., & Speiser, M. (2017). *Mental health and our changing climate: Impacts, implications, and guidance*. Washington, DC: American Psychological Association & ecoAmerica. <https://www.apa.org/news/press/releases/2017/03/mental-health-climate.pdf>
- Cochran, W. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). *Issues in the study and application of social support*. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 3–22). Academic Press.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). *Stress, social support, and the buffering hypothesis*. *Psychological Bulletin*, *98*(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Coppo, P. (1988). Epidemiologia psichiatrica nei paesi africani. *La Ricerca Folklorica*, *17*, 61–66.
- Darvishi, N., Poorolajal, J., Azmi-Naei, B., Farhadi, M., & Hall, R. (2024). The role of social support in preventing suicidal ideations and behaviors: A systematic review and meta-

analysis. *Journal of Research in Health Sciences*, 24(2), e00609.  
<https://doi.org/10.34172/jrhs.2024.144>

DeVellis, R. (2017). *Scale development: Theory and applications* (4th ed.). SAGE Publications.

Dias, J. (2011). Pensar Deus em África: Um problema de conceitos e mudanças. *Sankofa: Revista de História da África e de Estudos da Diáspora Africana*.

Drinkwater, K., Denovan, A., Dagnall, N., & Williams, C. (2023). The General Hopelessness Scale: Development of a measure of hopelessness for non-clinical samples. *PLOS ONE*, 18(6), e0287016. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287016>

Dumke, L., Wilker, S., Hecker, T., & Neuner, F. (2024). *Barriers to accessing mental health care for refugees and asylum seekers in high-income countries: A scoping review of reviews mapping demand- and supply-side factors onto a conceptual framework*. *Clinical Psychology Review*, 113, Article 102491. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102491>

Expresso das Ilhas. (2024). Jovens são os mais afectados por suicídio em Cabo Verde. <https://expressodasilhas.cv>

Fagerland, M. W. (2012). t-tests, non-parametric tests, and large studies—a paradox of statistical practice? *BMC Medical Research Methodology*, 12, 78. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-78>

Ferrajão, P., Torres, N., & Martins, A. Q. (2024). Adaptation of the Revised Environmental Identity Scale to adult Portuguese native speakers: A validity and reliability study. *Sustainability*, 16(18), 7877. <https://doi.org/10.3390/su16187877>

Ferreira, T., Sousa, M., & Salgado, J. (2019). Brief assessment of depression: Psychometric properties of the Portuguese version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *The*

*Psychologist: Practice & Research Journal*, 1(2), 1. Google scholar:  
<http://psyprjournal.com/index.php/PPRJ/article/view/36>

Forte, A., Trobia, F., Gualtieri, F., Lamis, D. A., Cardamone, G., & Baldessarini, R. J. (2018). Suicide risk among immigrants and ethnic minorities: A literature overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1438.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph15071438>

Frankl, V. (2006). *Man's search for meaning* (I. Lasch, Trans.). Beacon Press. (Original work published 1946).

Gifford, R., & Nilsson, A. (2014). Personal and social factors that influence pro-environmental concern and behaviour: A review. *International Journal of Psychology*, 49(3), 141–157.  
<https://doi.org/10.1002/ijop.12034>

Githuku, S. (2022). African Spirituality and the Environment: Case of the Agĩkũyũ. *African Multidisciplinary Journal of Research*, 3(1). <https://doi.org/10.71064/spu.amjr.3.1.36>

Hagen, E. (1999). The functions of postpartum depression. *Evolution and Human Behavior*, 20(5), 325–359. [https://doi.org/10.1016/S1090-5138\(99\)00016-1](https://doi.org/10.1016/S1090-5138(99)00016-1)

Hallgren, R. (1991). *The good things in life: A study of the traditional religious culture of the Yoruba people* (Lund Studies in African and Asian Religions, Vol. 2). Plus Ultra. ISBN 91-86668-22-6.

Harvey, G. (2006). *Animism: Respecting the living world*. Columbia University Press. ISBN 978-0-231-13701-0.

Hasan, S., Yee, A., Rinaldi, A., Azham, A., Mohd Hairi, F., & Amer Nordin, A. (2021). Prevalence of common mental health issues among migrant workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 16(12), e0260221. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260221>

- Hayward, M., & Farina, M. (2023). Dynamic changes in the association between education and health in the United States. *The Milbank Quarterly*, 101(S1), 396–418. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12611>
- Henriques, A., Talih, M., Pastor-Valero, M., Fraga, S., Dias, I., Matijasevich, A., & Barros, H. (2022). A multidimensional perspective of the relation between social isolation and depression among Portuguese older adults. *Health & social care in the community*, 30(4), 1412–1421. <https://doi.org/10.1111/hsc.13471>
- Hinds, J., & Sparks, P. (2009). Investigating environmental identity, well-being and meaning. *Ecopsychology*, 1(4), 181–186. <https://shura.shu.ac.uk/5398/>
- Holt-Lunstad, J. (2024). Social connection as a critical factor for mental and physical health: evidence, trends, challenges, and future implications. *World Psychiatry*, 23: 312-332. <https://doi.org/10.1002/wps.21224>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLOS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Ikenga-Metuh, E. (1982). Religious concepts in West African cosmogonies: A problem of interpretation. *Journal of Religion in Africa*, 13(1), 11–24.
- Ingold, T. (2000). *The perception of the environment: Essays on livelihood, dwelling and skill*. Routledge.
- Joiner, T. & Rudd, M. (1996). Disentangling the interrelations between hopelessness, loneliness, and suicidal ideation. *Suicide & life-threatening behavior*, 26(1), 19–26.

- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78(3), 458–467. <https://doi.org/10.1093/jurban/78.3.458>
- Kimmerle, H. (2006). The world of spirits and the respect for nature: towards a new appreciation of animism. *The Journal for Transdisciplinary Research in Southern Africa*, 2(2), 15 pages. doi:<https://doi.org/10.4102/td.v2i2.277>
- Kimmerle, L. (2020). The world of spirits and the respect for nature: towards a new appreciation of animism. *Journal for Transdisciplinary Research in Southern Africa*.
- Kinda, P., Zerbo, P., Guenné, S., Compaoré, M., Ciobica, A., & Kiendrebeogo, M. (2017). Medicinal Plants Used for Neuropsychiatric Disorders Treatment in the Hauts Bassins Region of Burkina Faso. *Medicines*, 4(2), 32. <https://doi.org/10.3390/medicines4020032>
- Kirmayer, L., Narasiah, L., Munoz, M., et al. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care. *CMAJ*, 183(12), 959-967. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090292>
- Kroenke, K., Spitzer, R., & Williams, J. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kuehner, C. (2017). Why is depression more common among women than among men? *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 146–158. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30263-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30263-2)
- Levy, K., Hlay, J., Johnson, B., & Witmer, C. (2019). An attachment theoretical perspective on tend-and-befriend stress reactions. *Psychology of Women Quarterly*, 43(4), 453–465. <https://doi.org/10.1007/s40806-019-00197-x>
- Linehan, M. (2014). *DBT Skills Training Manual: Second Edition*. Guilford Press.

Lorant, V., Delière, D., Eaton, W., et al. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98–112.

Mabaleha, M., Zietsman, P., Wilhelm, A., & Bonnet, S. (2019). Ethnobotanical survey of medicinal plants used to treat mental illnesses in the Berea, Leribe, and Maseru districts of Lesotho. *Natural Product Communications*, 14(7).

<https://doi.org/10.1177/1934578X19864215>

Magalhães, T., & Santos, A. (2020). *Suicídio em Portugal: Um retrato do país*. Instituto de Medicina Legal e Ciências Forenses.

<https://researchportal.ulisboa.pt/en/publications/suic%C3%ADdio-em-portugal-um-retrato-do-pa%C3%ADs>

Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2003). *Education, social status, and health*. Transaction Publishers.

Moreira, A. (1960). Problemas sociais do ultramar. In *Ensaio* (pp. 153–165). Lisboa: Junta de Investigações do Ultramar / Centro de Estudos Políticos e Sociais.

Moukoro, P., Togola, A., de Jong, J., Diallo, D., Paulsen, B., & van't Klooster, C. (2020). Ethnobotanical survey of plants used by traditional health practitioners for treatment of schizophrenia spectrum disorders in Bandiagara, Mali, West Africa. *Journal of Herbal Medicine*, 24, 100402. <https://doi.org/10.1016/j.hermed.2020.100402>

Nekanda-Trepka, C., Bishop, S., & Blackburn, I. (1983). Hopelessness and depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 22(1), 49–60. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1983.tb00578.x>

Neyman, J., & Pearson, E. S. (1933). On the problem of the most efficient tests of statistical hypotheses. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series A*,

*Containing Papers of a Mathematical or Physical Character*, 231(694–706), 289–337.

<https://doi.org/10.1098/rsta.1933.0009>

Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender Differences in Depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 173-176. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00142>

NOVA School of Business & Economics. (2025). *Balanço social: Nota sobre discriminação e minorias étnicas em Portugal*. NOVA SBE.

O País. (2025). Luanda com mais de três mil casos de depressão e 124 tentativas de suicídio.

<https://www.opais.ao>

Olivos, P., & Clayton, S. (2017). Self, nature and well-being: Sense of connectedness and environmental identity for quality of life. In G. Fleury-Bahi, E. Pol, & O. Navarro (Eds.), *Handbook of environmental psychology and quality of life research* (pp. 107–126). Springer International Publishing/Springer Nature. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-31416-7\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-319-31416-7_6)

Olugbile, O., Zachariah, M., Kuyinu, A., Coker, A., Ojo, O., & Isichei, B. (2009). Yoruba world view and the nature of psychotic illness. *African Journal of Psychiatry*, 12(2), 149–156. <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v12i2.43733>

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

Organização Mundial da Saúde. (2024). Saúde mental. Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental>

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE] & Comissão Europeia. (2023). *State of Health in the EU – Portugal: Country Health Profile 2023*. Direção-Geral

da Saúde. <https://www.anf.pt/media/iqeh1zkt/portugal-country-health-profile-2023.pdf>

- Ozbay, F., Johnson, D., Dimoulas, E., Morgan III, C., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: From neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(5), 35–40
- Pais-Ribeiro, J. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 17, 547-558.
- Peel, J. (2000). *Religious Encounter and the Making of the Yoruba*. Indiana University Press.
- Pereira, L. (2003). *Da mestiçagem à caboverdianidade: Registos de uma sociocultura*. Lisboa: Edições Colibri.
- Pihkala, P. (2020). Anxiety and the ecological crisis: An analysis of eco-anxiety and climate anxiety. *Sustainability*, 12(19), 7836. <https://doi.org/10.3390/su12197836>
- Pussetti, C. (2010). *Identidades em crise: Imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal*. *Saúde e Sociedade*, 19(1), 94–113. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000100008>
- Ribeiro, A. (2016). *Adaptação da hopelessness scale for children para a população portuguesa de adolescentes: Um estudo exploratório* [Dissertação de Mestrado]. Universidade da Madeira. <http://hdl.handle.net/10400.24/610>
- Ribeiro, J., Huang, X., Fox, K., & Franklin, J. (2018). Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: Meta-analysis of longitudinal studies. *The British Journal of Psychiatry*, 212(5), 279-286. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.27>
- Robles, T., & Kiecolt-Glaser, J. (2003). The physiology of marriage: Pathways to health. *Physiology & Behavior*, 79(3), 409–416. [https://doi.org/10.1016/s0031-9384\(03\)00160-4](https://doi.org/10.1016/s0031-9384(03)00160-4)

- Sacramento, S., Ferrão, M., Camargo, C., Ramos, M., Moraes, M., & Martins, L. (2020). Perception of African immigrants about care in health services in Portugal / Percepção de imigrantes africanos sobre o atendimento nos serviços de saúde de Portugal. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34, e35989. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.35989>
- Santini, Z. I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C., & Haro, J. M. (2015). The association between social relationships and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 53–65. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.049>
- Santos, A., & Rachadell, J. (2022). Anxiety and depression disorders in Portugal during the COVID-19 pandemic. *European Journal of Public Health*, 32(Supplement\_3). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac131.486>
- Schnittker, J. (2004). Education and the changing shape of the income gradient in health. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(3), 286–305. <https://doi.org/10.1177/002214650404500304>
- Schroll, M. A. (2010). The future of a discipline: Considering the ontological/methodological future of the anthropology of consciousness, part I. *Anthropology of Consciousness*, 21(1), 1–29. <https://doi.org/10.1111/j.1556-3537.2010.01018.x>
- Snoubar, Y., & Zengin, O. (2022). Social support effectiveness of the mental health of immigrants living in Belgium. *The British Journal of Social Work*, 52(5), 2707–2725. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcac031>
- Tam, K.-P. (2025). *Culture and pro-environmental behavior*. *Current Opinion in Psychology*, 62, Article 101986. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2024.101986>
- Taylor, S.** (2010). *Narratives of identity and place*. Routledge.

- Umberson, D., & Montez, J. K. (2010). Social relationships and health: A flashpoint for health policy. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1\_suppl), S54–S66. <https://doi.org/10.1177/0022146510383501>
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press.
- WHO – World Health Organization. (2017). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2023). *Climate change and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health> (accessed on 8 November 2024).
- World Health Organization. (n.d.). *Refugee and migrant mental health*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-mental-health>
- Yang, G., Zuo, Y., Cheng, H., & Zhang, L. (2025). How environmental perception influence depression and anxiety: the mediating role of social interaction. *BMC public health*, 25(1), 1216. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21627-5>
- Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S., & Farley, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2)

## ANEXOS

**Anexo I – Escala de Desesperança de Beck** (Beck., et al 1974), adaptada para a língua portuguesa por Ribeiro (2016)

	V	F
1. Eu antevejo o futuro com esperança e entusiasmo.		
2. Posso desde já desistir porque não há nada que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim.		
3. Quando as coisas estão a correr mal, ajuda-me saber que elas não podem ficar assim para sempre.		
4. Não consigo imaginar como será a minha vida daqui a 10 anos.		
5. Tenho tempo suficiente para realizar aquilo que quero fazer.		
6. No futuro, eu espero ter sucesso no que me preocupa mais.		
7. O meu futuro parece-me negro.		
8. Acontece que eu sou particularmente sortudo, e espero obter mais das coisas boas da vida do que a média das pessoas.		
9. Eu simplesmente não consigo as oportunidades, e não há razão para que eu as consiga no futuro.		
10. As minhas experiências passadas prepararam-me bem para o futuro.		
11. Tudo o que consigo ver no futuro é desagradável em vez de agradável.		
12. Eu não espero ter o que realmente quero.		
13. Quando eu penso no futuro, eu espero vir a ser mais feliz do que sou agora.		
14. As coisas simplesmente não resultam da maneira que eu quero.		
15. Eu tenho grande fé no futuro.		
16. Eu nunca tenho o que quero, por isso é tolice querer alguma coisa.		
17. É muito improvável que eu venha a obter alguma verdadeira satisfação no futuro.		
18. O futuro parece-me vago e incerto.		
19. Eu posso contar com mais bons momentos do que com maus momentos.		
20. É inútil tentar esforçar-me por qualquer coisa que eu queira porque provavelmente não vou conseguir tê-la.		

**Anexo II - Patient Health Questionnaire-9/ Sintomatologia Depressiva** (Kroenke e colaboradores (2001), adaptada para a língua portuguesa por Ferreira e colaboradores (2019))

**QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE-9  
(PHQ-9)**

Durante os <u>últimos 14 dias</u> , em quantos foi afectado/a por algum dos seguintes problemas? (Utilize "✓" para indicar a sua resposta)	Nunca	Em vários dias	Em mais de metade do número de dias	Em quase todos os dias
1. Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas	0	1	2	3
2. Senti desânimo, desalento ou falta de esperança	0	1	2	3
3. Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais	0	1	2	3
4. Senti cansaço ou falta de energia	0	1	2	3
5. Tive falta ou excesso de apetite	0	1	2	3
6. Senti que não gosto de mim próprio/a — ou que sou um(a) falhado/a ou me desiludi a mim próprio/a ou à minha família	0	1	2	3
7. Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ao ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Movimentei-me ou falei tão lentamente que outras pessoas poderão ter notado. Ou o oposto: estive agitado/a a ponto de andar de um lado para o outro muito mais do que é habitual	0	1	2	3
9. Pensei que seria melhor estar morto/a, ou em magoar-me a mim próprio/a de alguma forma	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_  
=Total Score: \_\_\_\_\_

**Anexo III – Escala de Suporte Social Percebido** desenvolvida por Zimet e colaboradores (1988), adaptada para a língua portuguesa por Carvalho et al (2011)

---

**Itens**

---

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

**Anexo IV - Escala de Identidade Ambiental** (Clayton, 2003), adaptada para a língua portuguesa por Ferrajão e colaboradores (2024)

Item	Original Version	Portuguese Version
1	I like to spend time outdoors in natural settings (such as woods, mountains, rivers, fields, local parks, lake or beach, or a leafy yard or garden).	Gosto de passar o meu tempo ao ar livre em ambientes naturais (tais como bosques, montanhas, rios, campos, parques locais, lago ou praia, ou um quintal ou jardim).
2	I think of myself as a part of nature, not separate from it.	Penso em mim como uma parte da natureza e não separado(a) dela.
3	If I had enough resources such as time or money, I would spend some of them to protect the natural environment.	Se eu tivesse recursos suficientes, como tempo ou dinheiro, gastaria alguns deles para proteger o ambiente natural.
4	When I am upset or stressed, I can feel better by spending some time outdoors surrounded by nature.	Quando estou perturbado(a) ou stressado(a), sinto-me melhor se passar algum tempo ao ar livre rodeado(a) pela natureza.
5	I feel that I have a lot in common with wild animals.	Sinto que tenho muito em comum com os animais selvagens.
6	Behaving responsibly toward nature—living a sustainable lifestyle—is important to who I am.	Comportar-me de forma responsável em relação à natureza—viver um estilo de vida sustentável—é importante para quem eu sou.
7	Learning about the natural world should be part of everyone’s upbringing.	A aprendizagem sobre o mundo natural deveria fazer parte da educação de todo(a)s.
8	If I could choose, I would prefer to live where I can have a view of the natural environment, such as trees or fields.	Se eu pudesse escolher, preferia viver onde pudesse ter uma visão do ambiente natural, tais como árvores ou campos.
9	An important part of my life would be missing if I was not able to get outside and enjoy nature from time to time.	Uma parte importante da minha vida estaria em falta se eu não fosse capaz de sair e desfrutar da natureza de tempos a tempos
10	I think elements of the natural world are more beautiful than any work of art.	Penso que os elementos do mundo natural são mais bonitos do que qualquer obra de arte.
11	I feel refreshed when I spend time in nature.	Sinto-me renovado(a) quando passo tempo na natureza.
12	I consider myself a steward of our natural resources.	Considero-me um(a) guardião(o) dos nossos recursos naturais.
13	I feel comfortable out in nature.	Sinto-me confortável na natureza.
14	I enjoy encountering elements of nature, like trees or grass, even when I am in a city setting.	Gosto de encontrar elementos da natureza, tais como árvores ou relva, mesmo quando estou num ambiente urbano.

## Anexo V – Questionário realizado pelos participantes portugueses

---

### Experiências Emocionais e Identidade Ambiental numa amostra portuguesa Olá!

Este questionário, efetuado no âmbito de uma Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, sob orientação do Professor Doutor Nuno Torres, pretende avaliar experiências emocionais e identidade ambiental em participantes portugueses adultos. Os requisitos necessários para responder a este questionário são os seguintes:

- i) Idade igual ou superior a 18 anos;
- ii) Naturalidade portuguesa.

A sua participação é estritamente confidencial, sendo as suas respostas utilizadas somente no contexto desta investigação. É fundamental lembrar-se que a sua contribuição é voluntária, pelo que pode desistir do estudo a qualquer momento, sem que seja necessário justificar. O tempo para a realização deste questionário é relativamente breve, demorando entre 5 e 8 minutos. Caso deseje colocar alguma dúvida ou obter mais informações sobre o estudo, contacte o seguinte e-mail: **27262@alunos.ispa.pt**.

- Li atentamente e **aceito** participar neste estudo.
- Li atentamente e **não aceito** participar neste estudo.

---

Indique a sua idade:

\_\_\_\_\_

---

Selecione o seu género.

- Feminino.
- Masculino.
- Outro. \_\_\_\_\_

Tem naturalidade portuguesa?

- Sim.
  - Não.
- 

Reside em Portugal?

- Sim.
  - Não.
- 

Indique o seu país de residência.

\_\_\_\_\_

---

Selecione a opção que melhor caracteriza a sua situação habitacional. "Vivo..."

- Sozinho (a).
  - Com familiares (pais, avós, etc.).
  - Com amigos.
  - Com o meu parceiro.
  - Outro. \_\_\_\_\_
-

Selecione a sua Crença Religiosa:

- Agnóstico/ Ateu.
  - Cristianismo.
  - Hinduísmo.
  - Islamismo.
  - Budismo.
  - Judaísmo.
  - Espiritismo.
  - Outra.
- 

É praticante ativo da sua religião/ crença?

- Sim.
- Não.

Selecione com que regularidade pratica a sua religião.

- Ocasionalmente.
  - Várias vezes por ano.
  - Mensal.
  - Semanal.
  - Diário.
  - Outro.
-

Selecione o estado civil atual.

- Solteiro.
  - Casado/ União de facto.
  - Numa relação.
  - Divorciado.
  - Viúvo.
- 

Selecione a Zona/meio habitacional que melhor se aplica à sua situação.

- Meio Metropolitano (Grande Cidade).
  - Meio Suburbano (Zona maioritariamente habitacional).
  - Zona Rural (Aldeia ou longe das grandes cidades).
  - Nenhuma das opções.
- 

Selecione o grau académico.

- Ensino básico.
  - Ensino Secundário.
  - Ensino Técnico-Profissional.
  - Ensino Superior.
  - Ensino Pós-Graduado (Pós-Graduação, Mestrado, Doutoramento).
-

Selecione o seu nível socioeconómico.

- Baixo.
- Médio-baixo.
- Médio.
- Médio-alto.
- Alto.

---

Indique a sua profissão.

---

De seguida, aparecem 12 afirmações. Classifique cada uma delas numa escala de 1 "**Discordo Totalmente**" a 7 "**Concordo Totalmente**", segundo a sua experiência pessoal.

	<b>1-Discordo Totalmente</b>	<b>2-Discordo</b>	<b>3-Discordo Parcialmente</b>	<b>4-Não concordo nem</b>	<b>5-Concordo Parcialmente</b>	<b>6-Concordo</b>	<b>7-Concordo Totalmente</b>
<i>Há uma pessoa especial que se encontra próxima quando necessito.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Há uma pessoa especial com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>A minha família tenta ajudar-me verdadeiramente.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Tenho a ajuda emocional e o apoio que necessito da minha família.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Tenho uma  
pessoa que  
é  
verdadeira  
mente uma  
fonte de  
conforto  
para mim.*

*Os meus  
amigos  
realmente  
procuram  
ajudar-me.*

*Posso  
contar com  
os meus  
amigos  
quando  
algo corre  
mal.*

*Posso falar  
dos meus  
problemas  
com a  
minha  
família.*

*Tenho  
amigos com  
quem posso  
partilhar as  
minhas  
alegrias e  
tristezas.*

*Há uma  
pessoa  
especial na  
minha vida  
que se  
preocupa  
com os  
meus  
sentimento.*



*A minha  
família está  
disponível  
para me  
ajudar a  
tomar  
decisões.*



*Posso falar  
dos meus  
problemas  
com os  
meus  
amigos.*



De seguida, aparecem 20 afirmações. Classifique cada uma delas como "**Verdadeiro**" ou "**Falso**", tendo em conta a sua experiência.

	Verdadeiro	Falso
<i>Eu aguardo o futuro com esperança e entusiasmo.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>O melhor é mesmo desistir, pois não há nada que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Quando as coisas não vão bem, ajuda-me saber que elas não podem ficar assim para sempre.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Não consigo imaginar como será a minha vida daqui a dez anos.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Tenho tempo suficiente para conquistar as coisas que desejo.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>No futuro, espero ser bem-sucedido nas coisas que significam mais para mim.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>O meu futuro parece-me sombrio.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Considero-me uma pessoa sortuda e espero obter mais coisas boas da vida do que a maioria das pessoas.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Não consigo mesmo ter uma "pausa" (por exemplo, dos meus problemas), e não vejo razão para pensar que conseguirei no futuro.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*As minhas experiências passadas preparam-me bem para o futuro.*

*Tudo o que vejo no meu futuro é desgosto ao invés de prazer.*

*Não tenho esperança de obter as coisas que realmente desejo.*

*Quando penso no futuro, tenho esperança de que serei mais feliz do que sou agora.*

*As coisas simplesmente não funcionam da maneira como eu desejo.*

*Tenho muita esperança para o futuro.*

*Nunca consigo o que quero, portanto é tolice querer qualquer coisa.*

*É muito pouco provável que conseguirei obter satisfação no futuro.*

*O futuro parece vago e incerto para mim.*

*Espero mais momentos bons do que maus.*

*É perda de tempo tentar realmente conseguir qualquer coisa que desejo, pois provavelmente não a conseguirei.*

De seguida, aparecem 9 afirmações. Classifique cada uma delas numa escala de "**Nunca**" a "**Em quase todos os dias**", considerando os últimos meses.

	<b>Nunca.</b>	<b>Em vários dias.</b>	<b>Em maior parte dos dias.</b>	<b>Em quase todos os dias.</b>
<i>Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Senti desânimo, desalento ou falta de esperança.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Senti cansaço ou falta de energia.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Tive falta ou excesso de apetite.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Senti que não gosto de mim próprio/a — ou que sou um(a) falhado/a ou me desiludi a mim próprio/a ou à minha família.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ao ler o jornal ou ver televisão.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Movimentei-me  
ou falei tão  
lentamente que  
outras pessoas  
poderão ter  
notado. Ou o  
oposto: estive  
agitado (a) a  
ponto de andar de  
um lado para o  
outro muito mais  
do que é habitual.*

*Pensei que seria  
melhor estar  
morto (a), ou em  
magoar-me a  
mim próprio (a)  
de alguma forma.*



Q10 De seguida, aparecem 14 afirmações. Classifique cada uma delas numa escala de 0-  
**"De modo algum"** a 4- **"Verdadeiro para mim"**.

	<b>0-De modo algum</b>	<b>1-Um pouco</b>	<b>2-Moderadamente</b>	<b>3-Bastante</b>	<b>4-Extremamente</b>
<i>Gosto de passar o meu tempo ao ar livre em ambientes naturais (tais como bosques, montanhas, rios, campos, parques locais, lago ou praia, ou um quintal ou jardim).</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Penso em mim como uma parte da natureza e não separado(a) dela.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Se eu tivesse recursos suficientes, como tempo ou dinheiro, gastaria alguns deles para proteger o ambiente natural.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Quando estou perturbado(a) ou stressado(a), sinto-me melhor se passar algum tempo ao ar livre rodeado(a) pela natureza.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Sinto que tenho muito em comum com os animais selvagens.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Comportar-me de forma responsável em relação à natureza—viver um estilo de vida sustentável—é importante para quem eu sou.*

*A aprendizagem sobre o mundo natural deveria fazer parte da educação de todo(a)s.*

*Se eu pudesse escolher, preferia viver onde pudesse ter uma visão do ambiente natural, tais como árvores ou campos.*

*Uma parte importante da minha vida estaria em falta se eu não fosse capaz de sair e desfrutar da natureza de tempos a tempos.*

*Penso que os elementos do mundo natural são mais bonitos do que qualquer obra de arte.*

*Sinto-me renovado(a) quando passo tempo na natureza.*

*Considero-me um(a) guardião(o) dos nossos recursos naturais.*

*Sinto-me confortável na natureza.*

*Gosto de encontrar elementos da natureza, tais como árvores ou relva, mesmo quando estou num ambiente urbano.*



Caso sinta necessidade de falar/ procurar profissional sobre os temas abordados neste estudo, tem ao dispor os seguintes contactos:

**Portugal:** Serviço de Aconselhamento Psicológico da Linha SNS24: 808 24 24 24

---

## **Anexo VI – Questionário realizado pelos participantes PALOP**

### **Experiências emocionais na comunidade adulta dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa**

Olá!

Este questionário, efetuado no âmbito de uma Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, sob orientação do Professor Doutor Nuno Torres, pretende avaliar as experiências emocionais na comunidade adulta dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. Os requisitos necessários para responder a este questionário são os seguintes:

- i) Idade igual ou superior a 18 anos;
- ii) Nascimento num dos 5 países incluídos nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa.

A sua participação é estritamente confidencial, sendo as suas respostas utilizadas somente no contexto desta investigação. É fundamental lembrar-se que a sua contribuição é voluntária, pelo que pode desistir do estudo a qualquer momento, sem que seja necessário justificar. O tempo para a realização deste questionário é relativamente breve, demorando uma média de 5 e 8 minutos. Caso deseje colocar alguma dúvida ou obter mais informações sobre o estudo, contacte o seguinte e-mail: **27262@alunos.ispa.pt**.

- Li atentamente e **aceito** participar neste estudo.
- Li atentamente e **não aceito** participar neste estudo.

Indique a sua idade:

---

---

Selecione o seu género.

- Feminino.
  - Masculino.
  - Outro. \_\_\_\_\_
- 

Selecione o país onde nasceu.

- Angola.
  - Cabo-Verde.
  - Guiné-Bissau.
  - Moçambique.
  - São Tomé e Príncipe.
- 

Reside no país que seleccionou?

- Sim.
  - Não.
- 

Indique o seu país de residência.

\_\_\_\_\_

Selecione a opção que melhor caracteriza a sua situação habitacional. "Vivo..."

- Sozinho (a).
  - Com familiares (pais, avós, etc.).
  - Com amigos.
  - Com o meu parceiro.
  - Outro. \_\_\_\_\_
- 

Selecione a sua Crença Religiosa:

- Agnóstico/ Ateu.
  - Cristianismo.
  - Hinduísmo.
  - Islamismo.
  - Budismo.
  - Judaísmo.
  - Espiritismo.
  - Outra.
- 

É praticante ativo da sua religião/ crença?

- Sim.
  - Não.
-

Selecione com que regularidade pratica a sua religião.

- Ocasionalmente.
- Várias vezes por ano.
- Mensal.
- Semanal.
- Diário.
- Outro.

Selecione o estado civil atual.

- Solteiro.
- Casado/ União de facto.
- Numa relação.
- Divorciado.
- Viúvo.

---

Selecione a Zona/meio habitacional que melhor se aplica à sua situação.

- Meio Metropolitano (Grande Cidade).
  - Meio Suburbano (Zona maioritariamente habitacional).
  - Zona Rural (Aldeia ou longe das grandes cidades).
  - Nenhuma das opções.
-

Selecione o grau académico.

- Ensino básico.
  - Ensino Secundário.
  - Ensino Técnico-Profissional.
  - Ensino Superior.
  - Ensino Pós-Graduado (Pós-Graduação, Mestrado, Doutoramento).
- 

Selecione o seu nível socioeconómico.

- Baixo.
  - Médio-baixo.
  - Médio.
  - Médio-alto.
  - Alto.
- 

Indique a sua profissão.

---

---

De seguida, aparecem 12 afirmações. Classifique cada uma delas numa escala de 1 "**Discordo Totalmente**" a 7 "**Concordo Totalmente**", segundo a sua experiência pessoal.

	<b>1-Discordo Totalmente</b>	<b>2-Discordo</b>	<b>3-Discordo Parcialmente</b>	<b>4-Não concordo nem concordo</b>	<b>5-Concordo Parcialmente</b>	<b>6-Concordo</b>	<b>7-Concordo Totalmente</b>
<i>Há uma pessoa especial que se encontra próxima quando necessito.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Há uma pessoa especial com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>A minha família tenta ajudar-me verdadeiramente.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Tenho a ajuda emocional e o apoio que necessito da minha família.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Tenho uma pessoa que é verdadeiramente uma fonte de conforto para mim.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Os meus amigos realmente procuram ajudar-me.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Posso contar com os meus amigos quando algo corre mal.*

*Posso falar dos meus problemas com a minha família.*

*Tenho amigos com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.*

*Há uma pessoa especial na minha vida que se preocupa com os meus sentimentos.*

*A minha família está disponível para me ajudar a tomar decisões.*

*Posso falar dos meus problemas com os meus amigos.*

De seguida, aparecem 20 afirmações. Classifique cada uma delas como "**Verdadeiro**" ou "**Falso**", tendo em conta a sua experiência.

	Verdadeiro	Falso
<i>Eu aguardo o futuro com esperança e entusiasmo.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>O melhor é mesmo desistir, pois não há nada que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Quando as coisas não vão bem, ajuda-me saber que elas não podem ficar assim para sempre.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Não consigo imaginar como será a minha vida daqui a dez anos.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Tenho tempo suficiente para conquistar as coisas que desejo.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>No futuro, espero ser bem-sucedido nas coisas que significam mais para mim.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>O meu futuro parece-me sombrio.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Considero-me uma pessoa sortuda e espero obter mais coisas boas da vida do que a maioria das pessoas.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Não consigo mesmo ter uma "pausa" (por exemplo, dos meus problemas), e não vejo razão para pensar que conseguirei no futuro.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*As minhas experiências passadas preparam-me bem para o futuro.*

*Tudo o que vejo no meu futuro é desgosto ao invés de prazer.*

*Não tenho esperança de obter as coisas que realmente desejo.*

*Quando penso no futuro, tenho esperança de que serei mais feliz do que sou agora.*

*As coisas simplesmente não funcionam da maneira como eu desejo.*

*Tenho muita esperança para o futuro.*

*Nunca consigo o que quero, portanto é tolice querer qualquer coisa.*

*É muito pouco provável que conseguirei obter satisfação no futuro.*

*O futuro parece vago e incerto para mim.*

*Espero mais momentos bons do que maus.*

*É perda de tempo tentar realmente conseguir qualquer coisa que desejo, pois provavelmente não a conseguirei.*

De seguida, aparecem 9 afirmações. Classifique cada uma delas numa escala de "**Nunca**" a "**Em quase todos os dias**", considerando os últimos meses.

	<b>Nunca.</b>	<b>Em vários dias.</b>	<b>Em maior parte dos dias.</b>	<b>Em quase todos os dias.</b>
<i>Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Senti desânimo, desalento ou falta de esperança.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Senti cansaço ou falta de energia.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Tive falta ou excesso de apetite.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Senti que não gosto de mim próprio/a — ou que sou um(a) falhado/a ou me desiludi a mim próprio/a ou à minha família.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ao ler o jornal ou ver televisão.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Movimentei-me  
ou falei tão  
lentamente que  
outras pessoas  
poderão ter  
notado. Ou o  
oposto: estive  
agitado (a) a  
ponto de andar de  
um lado para o  
outro muito mais  
do que é habitual.*

*Pensei que seria  
melhor estar  
morto (a), ou em  
magoar-me a  
mim próprio (a)  
de alguma forma.*



De seguida, aparecem 14 afirmações. Classifique cada uma delas numa escala de 0- "**De modo algum**" a 4- "**Verdadeiro para mim**".

	0-De modo algum	1-Um pouco	2 - Moderadamente	3-Bastante	4 - Extremamente
<i>Gosto de passar o meu tempo ao ar livre em ambientes naturais (tais como bosques, montanhas, rios, campos, parques locais, lago ou praia, ou um quintal ou jardim).</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Penso em mim como uma parte da natureza e não separado(a) dela.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Se eu tivesse recursos suficientes, como tempo ou dinheiro, gastaria alguns deles para proteger o ambiente natural.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Quando estou perturbado(a) ou stressado(a), sinto-me melhor se passar algum tempo ao ar livre rodeado(a) pela natureza.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Sinto que tenho muito em comum com os animais selvagens.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Comportar-me de forma responsável em relação à natureza—viver um estilo de vida sustentável—é importante para quem eu sou.*

*A aprendizagem sobre o mundo natural deveria fazer parte da educação de todo(a)s.*

*Se eu pudesse escolher, preferia viver onde pudesse ter uma visão do ambiente natural, tais como árvores ou campos.*

*Uma parte importante da minha vida estaria em falta se eu não fosse capaz de sair e desfrutar da natureza de tempos a tempos.*

*Penso que os elementos do mundo natural são mais bonitos do que qualquer obra de arte.*

*Sinto-me renovado(a) quando passo tempo na natureza.*

*Considero-me um(a)  
guardião(o) dos  
nossos recursos  
naturais.*

*Sinto-me confortável  
na natureza.*

*Gosto de encontrar  
elementos da  
natureza, tais como  
árvores ou relva,  
mesmo quando estou  
num ambiente urbano.*

Caso sinta necessidade de falar/ procurar profissional sobre os temas abordados neste estudo, tem ao dispor os seguintes contactos:

**Portugal** - Serviço de Aconselhamento Psicológico da Linha SNS24: 808 24 24 24

**Angola** - Hospital Psiquiátrico de Luanda: +244 222 335 666

**Moçambique** - Hospital Psiquiátrico de Infulene: +258 21 475 241

**Guiné-Bissau** - Hospital Nacional Simão Mendes: +245 320 1312

**Cabo Verde** - Centro de Atendimento Psicológico Dr Jacob Vicente: +238 357 89 54

**São Tomé e Príncipe** - Hospital Ayres de Menezes: +239 222 1251

---