



UNIVERSIDADE MIGUEL HERNÁNDEZ
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

***STRESS PARENTAL, VINCULAÇÃO,
AUTOEFICÁCIA E ESTILOS DE *COPING*, EM
PAIS/CUIDADORES DE CRIANÇAS COM
PERTURBAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO***

HELENA MARIA PEREIRA LEAL

DIRETOR: PROF^a DOUTORA CORDELIA ESTÉVEZ CASELLAS

2015

RESUMO

A parentalidade sendo um processo que por um lado proporciona um conjunto de experiências gratificantes e exclusivas, por outro lado, assume-se como uma fase de confronto dos pais com novas exigências inerentes a este novo papel, o que poderão reativar um aumento do *stress* parental e conseqüentemente despoletar uma maior vulnerabilidade no que concerne à saúde física e mental dos mesmos (Santos, 2008). O nascimento de um filho com uma perturbação no seu desenvolvimento, poderá desencadear um choque emocional que por sua vez, irá pressupor uma elaboração e aceitação desta nova realidade, com a transformação de um filho imaginado ou idealizado como “saudável” para a aceitação e incorporação de um filho real, com perturbação de desenvolvimento (Kenny & Corkin, 2011; Trute, Benzies, Worthington, Reddon, & More, 2010). Proceder-se-á ainda a uma reorganização das relações, de uma ponto de vista intra e interfamiliar (Alarcão, 2006). Estima-se que cerca de 15% a 18% da população mundial de crianças e adolescentes possa ter alguma manifestação de problema crônico (problemáticas físicas, perturbações no desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem e doença mental) (Perrin & Shonkoff, 2000).

Esta investigação teve por grande objetivo identificar o tipo de vinculação presente nestes cuidadores de crianças com perturbação de desenvolvimento, a sua percepção de autoeficácia, o nível de *stress* parental, e a forma como estas variáveis se relacionam com os estilos de *coping* (moderador) adotados por estes participantes e conseqüentemente e sua implicação no seu estado emocional.

A população alvo deste estudo empírico é constituída por pais/cuidadores principais de crianças com perturbação de desenvolvimento, diagnosticadas e sujeitas a intervenção pelo serviço de saúde da Região Autónoma da Madeira e instituições parceiras, com idades compreendidas entre os 5 e os 12 anos de idade. Esta foi uma amostra intencional (representativa), selecionada com o intuito de os participantes garantirem a amplitude da representação da variável “filhos com perturbação de desenvolvimento” (Pais-Ribeiro, 2007). No que toca à distribuição geográfica, os participantes provêm de sete concelhos da Região Autónoma da Madeira, nomeadamente da zona Centro (oito freguesias distintas), zona Leste da ilha (5 freguesias distintas) e da zona Oeste da ilha (10 freguesias distintas).

A recolha dos dados foi feita através de uma bateria de testes (aferida à população Portuguesa), cujos coeficientes *alpha* de Cronbach revelaram boas propriedades psicométricas. A bateria foi composta por um questionário de dados demográficos; pela HADS - Escala de ansiedade e depressão hospitalar (Pais-Ribeiro et al. 2007); WOC-Questionário de estratégias de *coping* (Santos & Pais-Ribeiro, 1998); ISP - O Índice de *Stress* Parental (Abidin & Santos, 2003); AEG - Escala de Autoeficácia Geral (Araújo, 2010); EVA - Escala de Vinculação do Adulto (Canavarro, Dias, & Lima, 2006). Após a análise dos coeficientes alpha observados na amostra, foram excluídos alguns itens responsáveis por fraca consistência interna. Na maioria das escalas, os alfas surgiram idênticos aos das escalas originais, variando entre .53 a .63 (HADS); .56 a .81 (WOC); .84 a .92 (ISP); .90 (AEG) e .61 a .80 (EVA). Os Coeficientes inferiores a .50 surgiram provavelmente devido a respostas aleatórias ou por má interpretação de algum item, contudo, estes alfas (igual ou superior a .50) foram considerados válidos devido à dimensão da presente amostra (amostras pequenas ou específicas), e esta estar dividida em dois subgrupos (perturbações globais e específicas) (Kehoe, 1995). Posteriormente, os dados foram digitalizados e introduzidos numa base de dados (Excel), e analisados em SPSS versão 20.0.

A maioria dos participantes (pais/cuidadores) têm mais de 35 anos (n = 46; 52.3%), seguindo-se a os participantes incluídos no intervalo de idades entre os 25 e 34 anos (n = 28; 31.8%). Na sua maioria, estes cuidadores principais correspondem em 87.5% às “mães” e 9.1% aos “pais”.

No presente estudo, a incidência de ansiedade e depressão, surge de uma forma expressiva, sendo que, mais de 60% dos participantes apresentou um quadro de ansiedade (58% ansiedade moderada e 3.4% ansiedade severa) e 80.6%, a presença de um quadro de depressão (54.5% depressão leve e 26.1% depressão moderada).

A maioria dos nossos participantes apresentou um estilo de vínculo seguro, seguindo-se o inseguro/evitante e o inseguro/ansioso-preocupado. No estudo concluiu-se que o estilo de vínculo não influenciou a natureza das estratégias de *coping* utilizadas pelos pais (ativas/passivas), nem está associado à perceção de autoeficácia geral dos participantes. Contudo, a uma maior autoeficácia se associaram maiores índices de ansiedade e menores índices de depressão.

De um modo geral, o estudo revelou que os pais/cuidadores menos envolvidos afetivamente ou menos motivados para o exercício da parentalidade, apresentaram mais ansiedade e depressão. Os pais/cuidadores de crianças com perturbações mais globais (mais severas), com um estilo de vinculação “segura”, apresentaram um maior desgaste na relação conjugal, mais *stress* parental, maiores níveis de ansiedade e menores níveis de depressão (face aos pais das PD específica). Os pais/cuidadores de crianças com perturbações específicas, com um estilo de vinculação “preocupado”, apresentaram mais estabilidade na relação conjugal.

A presente amostra clínica, mostrou a existência de um grupo de estratégias de *coping* (tipo ativas) predominantes, normalmente predictoras de menores níveis de ansiedade e depressão, (Classen, Koopman, Angell, & Spiegel, 1996; Sousa, Mendonça, Zanini, & Nazareno, 2009; Watson & Greer, 1998), e ainda não haver diferenciação entre o tipo de estratégias de *coping* utilizadas pelos pais, face à natureza da perturbação de desenvolvimento dos filhos. O *coping* apresentou um efeito de moderação face ao impacto das variáveis independentes na dependente (ansiedade/depressão), à exceção da autoeficácia que revelou ser um variável estável, sem se alterar ou modificar face a ação do *coping*.

Palavras-chave: *Stress* Parental; Vinculação; Autoeficácia; *Coping*; Cuidadores; Perturbação de Desenvolvimento; Ansiedade; Depressão.

ABSTRACT

The parenting is a process which, on one hand, provides a set of unique and gratifying experiences, but, on the other hand, is assumed as a phase of the parents' clash with new requirements related to this new role, which may reactivate an increase of the parental *stress* and consequently trigger greater vulnerability with regard to their physical and mental health (Santos, 2008). The birth of a child with a disorder in its development could trigger an emotional shock which, in turn, will assume an elaboration and acceptance of this new reality, with the transformation of a son imagined or idealized as "healthy" to the acceptance and incorporation of a real child, with a developmental disorder, (Kenny & Corkin, 2011; Trute, et al., 2010). A reorganization of relations will take place, from an intra and interfamilial point of view (Alarcão, 2006). It is estimated that about 15% to 18% of the world's population of children and adolescents may have some manifestation of chronic problems (physical problems, disturbances in development, learning difficulties and mental illness) (Perrin & Shonkoff, 2000).

This research ultimate goal was to identify the type of linking (attachment) existing in these caregivers of children with developmental disorder, their perception of self-efficacy, the level of parental *stress* and how these variables relate themselves to the coping styles (moderator) adopted by these participants and consequently its implication on their emotional state.

The target population of this empirical study consists of parents / primary caregivers of children with developmental disorder, diagnosed and subjected to intervention by the health service of the Autonomous Region of Madeira and partner institutions, aged 5 to 12 years old. This was an intentional sample (representative), selected so that the participants could guarantee the breadth of representation of the variable "children with developmental disorder" (Pais-Ribeiro, 2007). With regard to geographical distribution, participants come from seven municipalities of the Autonomous Region of Madeira, namely the central region (8 different parishes); East of the island (5 different parishes) and the Western part of the island (10 different parishes).

The data collection was done through a battery of tests (measured to the Portuguese population), whose alpha coefficients of Cronbach showed good

psychometric properties. The battery consisted of a questionnaire of demographic data; by HADS- hospital anxiety and depression scale (Pais-Ribeiro et al., 2007); WOC- Questionnaire of coping strategies (Santos & Pais-Ribeiro, 1998); ISP - The Index Parental *Stress*, (Abidin & Santos, 2003); AEG-General Self-efficacy Scale (Araújo, 2010); -Adult Attachment scale (Canavarro et al., 2006). After analyzing the alpha coefficients observed in the sample, some items responsible for weak internal consistency were excluded. On most of the scales, the alphas appeared identical to the original scales, ranging from .53 to .63 (HADS); .56 to .81 (WOC); .84 to .92 (ISP); .90 (AEG) and from .61 to .80 (EVA). The coefficients lower than .5 appeared most probably due to random responses or misinterpretation of some item, however, these alphas (equal or greater than .5) were considered valid because of the size of the sample (small or specific samples) and it was divided into two subgroups (global and specific disorders), (Kehoe, 1995). Subsequently, data was digitized and entered in a database (Excel), and analyzed using SPSS version 20.0.

Most of the participants (parents / caregivers) are more than 35 years old (n = 46; 52.3%), followed by the participants included in the range of ages between 25 and 34 years old (n = 28; 31.8 %). In the majority, 87.5% of these primary caregivers correspond to the "mothers" and 9.1% correspond to the "fathers".

In this study, the incidence of anxiety and depression comes to a high degree, being that more than 60% of the participants showed an anxiety framework (58% moderate anxiety and 3.4% severe anxiety) and 80.6% showed the presence of a depression framework (54.5% mild depression and 26.1% moderate depression).

Most of our participants had a secure bonding style, followed by insecure / avoidant and insecure / anxious-worried. In the study, it was concluded that the attachment style did not influence the nature of the coping strategies used by parents (active / passive), nor is associated with the perception of general self-efficacy of the participants. However, higher levels of anxiety and lower levels of depression were associated to a greater self-efficacy.

Overall, the study showed that parents / caregivers who were less involved emotionally or less motivated to exercise parenting showed more anxiety and depression. Parents / caregivers of children with more global disturbances (more severe) with a "safe" attachment style showed a higher wear on the marital relationship, more

parental *stress*, higher levels of anxiety and lower levels of depression (compared to parents of specific DD). Parents / caregivers of children with specific disorders with a "preoccupied" attachment style showed more stability in the marital relationship.

This clinical sample showed the existence of a group of coping strategies (active type) predominate, usually predictive of lower levels of anxiety and depression, (Classen et al., 1996; Sousa et al., 2009; Watson & Greer, 1998), and that there is still no differentiation between the type of coping strategies used by parents regarding the nature of the development disturbance of their children. The coping showed a moderate effect regarding the impact of independent variables on the dependent (anxiety / depression), except for the self-efficacy that proved to be a stable variable, without changing or modifying when facing the coping action.



Key words: Parental *Stress*; Attachment; Bonding; Self-efficacy; *Coping*; Caregivers; Development Disorder; Anxiety; Depression.

RESUMEN

La paternidad es un proceso que, por un lado, proporciona un conjunto de experiencias gratificantes y exclusivas, y que por otro, implica una fase de afrontamiento de los padres con las nuevas experiencias inherentes en este nuevo papel, de ese modo podrán reactivar un aumento del *stress* parental consecuentemente desencadenando una mayor vulnerabilidad en lo que concierne a la salud física y mental de los mismos (Santos, 2008). El nacimiento de un hijo con una perturbación en su desarrollo podrá desencadenar un choque emocional que a su vez implicara una elaboración y aceptación de esta nueva realidad. Esto supone la transformación de un hijo imaginado o idealizado como “saludable” para la aceptación e incorporación de un hijo real, con perturbación en su desarrollo (Kenny & Corkin, 2011; Trute, et al., 2010). Se procederá aún a una reorganización de las relaciones desde el punto de vista intra e inter familiar (Alarcão, 2006). Se estima que cerca del 15% al 18% de la población mundial de niños y adolescentes puedan tener alguna manifestación de un problema crónico (problemáticas físicas, perturbaciones en su desarrollo, dificultades de aprendizaje y enfermedades mentales), (Perrin e Shonkoff, 2000).

Esta investigación tuvo como objetivo general, identificar el tipo de vinculación presente en los cuidadores de niños con perturbación en su desarrollo, su percepción de auto-eficacia y el nivel del *stress* parental, y la forma como estas variables se relacionan con los estilos de afrontamiento (coping) adoptados por los padres y consecuentemente su implicación en su estado emocional.

La población objeto de este estudio empírico está constituida por los padres/cuidadores principales de los niños con perturbación en su desarrollo, diagnosticadas y sujetas a intervenciones por el servicio de Sanidad de la Región Autónoma de Madeira y de instituciones asociadas, con edades comprendidas entre los 5 y los 12 años de edad. Esta fue una muestra intencional (representativa), seleccionada con el intuito de que los participantes garantizaran la amplitud de la representación de la variable “hijos con perturbación en su desarrollo” (Pais-Ribeiro, 2007). En lo que corresponde a la distribución geográfica, los participantes provienen de siete concejos municipales de la Región Autónoma de Madeira, específicamente de la zona Centro (ocho parroquias distintas); zona Este de la isla (5 parroquias distintas) y de la zona Oeste de la isla (10 parroquias distintas).

La recopilación de los datos fue hecha a través de una batería de test (ajustada a la población portuguesa), cuyos coeficientes alpha de Cronbach revelaron buenas propiedades psicométricas. La batería estaba compuesta por un cuestionario de datos demográficos; por la HADS-Escala de ansiedad y de depresión hospitalaria (Pais-Ribeiro et al., 2007); WOC-Cuestionario de estrategias de coping (Santos & Pais-Ribeiro, 1998); ISP – El índice de *Stress* Parental (Abidin & Santos, 2003); AEG-Escala de Auto-eficacia General (Araújo, 2008); EVA-Escala de Vinculación del Adulto (Canavarro et al., 2006). Después de analizados los coeficientes alpha observados en la muestra, fueron excluidos algunos ítems responsables por la débil consistencia interna. En la mayoría de las escalas, los alfas surgieron idénticos a los de las escalas originales, variando entre 0,53 a 0,63 (HADS); .56 a .81 (WOC); .84 a .92 (ISP); .90 (AEG) y .61 a .80 (EVA). Los Coeficientes inferiores a .5 surgieron probablemente debido a las respuestas aleatorias o a la mala interpretación de los ítems, sin embargo, estos alfas (iguales o superiores a .5) fueron considerados válidos debido a la dimensión de la presente muestra (muestras pequeñas o específicas), y a ésta estar dividida en dos subgrupos (perturbaciones globales y específicas), (Kehoe, 1995). Posteriormente, los datos fueron digitalizados e introducidos en una base de datos (Excel), y analizados en SPSS versión 20.0.

La mayoría de los participantes (padres/cuidadores) tienen más de 35 años (n=46; 52.3%), seguidos por los participantes incluidos en un intervalo de edades entre los 25 y los 34 años (n= 28; 31.8%). En su mayoría, estos cuidadores principales corresponden en 87.5% a las “madres” y en 9.1% a los “padres”.

En el presente estudio, la incidencia de la ansiedad y de la depresión, surge de una forma expresiva, siendo que, más del 60% de los participantes presentó un cuadro de ansiedad (58% ansiedad moderada y 3.4% ansiedad severa) y 80.6%, la presencia de un cuadro de depresión (54.5% depresión ligera y 26.1% depresión moderada).

La mayoría de nuestros participantes presentó un estilo de vínculo seguro, seguido por el inseguro/evitante y por el inseguro/ansioso-preocupado. En el estudio se concluyó que el estilo de vínculo no influenció la naturaleza de las estrategias de *coping* utilizadas por los padres (activas/pasivas), ni está asociado a la percepción de la auto-eficacia general de los participantes. Sin embargo, ante una mayor auto-eficacia se asociaron mayores índices de ansiedad y menores índices de depresión.

De un modo general, el estudio reveló que los padres/cuidadores menos envueltos afectivamente o menos motivados para el ejercicio de la parentalidad, presentan más ansiedad y depresión. Los padres/cuidadores de niños con perturbaciones más globales (más severas), con un estilo de vinculación “segura”, presentaron un mayor desgaste en la relación conyugal, más *stress* parental, mayores niveles de ansiedad y menores niveles de depresión (fase a los padres de las PD específica). Los padres/cuidadores de niños con perturbaciones específicas, con un estilo de vinculación “preocupado”, presentaron más estabilidad en la relación conyugal.

La presente muestra clínica, reveló la existencia de un grupo de estrategias de *coping* (tipo activas) predominantes, que normalmente predicen menores niveles de ansiedad y de depresión, (Classen, Koopman, Angell, & Spiegel, 1996; Watson & Greer, 1998; Sousa et al., 2009), y que además no hay diferenciación entre el tipo de estrategias *coping* utilizadas por los padres fase a la naturaleza de la perturbación en el desarrollo de sus hijos. El *coping* resultó ser una variable moduladora del impacto de todas las variables independientes sobre la dependiente (ansiedad/depresión), a excepción de la auto-eficacia que reveló ser una variable estable sin ser alterada o modificada fase a la acción de *coping*.

Palabras Claves: *Stress* Parental; Vinculación; Autoeficacia; *Coping*; Cuidadores; Perturbación de Desarrollo; Ansiedad; Depresión.



AGRADECIMENTOS

Chegando ao fim deste percurso, começo por tecer um especial agradecimento a toda a minha família, pilares da minha existência, como pessoa e profissional, pelo apoio e consolo prestado e pelo suporte incondicional, sentido a todo o momento.

Agradeço especialmente às minhas duas filhas, Joana Leonor e Maria Constança, fonte da minha inspiração. Minhas doces, obrigada por existirem na minha vida!

À minha mãe e ao meu pai, por todo o Amor, conforto, apoio, sacrifício e educação que me têm dado, continua e incondicionalmente, e que contribuem humildemente para eu ser quem sou.

Ao meu marido, pelo carinho, preocupação e flexibilidade prestada.

Aos meus irmãos, por serem quem são e como são, por todo o apoio, e companheirismo.

Aos amigos mais próximos, que quando surgia o assunto, tinham a palavra certa de consolo e esperança.

À Universidade Miguel Hernandez de Elch, especialmente ao coordenador do curso de Doutoramento em Psicologia da Saúde, Professor Doutor Garcia Del Castillo, por todo o seu apoio, honestidade e flexibilidade.

À minha orientadora, Professora Doutora Cordelia Estévez Casellas, um especial agradecimento por todo o apoio e disponibilidade ao longo do processo.

A todas as instituições que autorizaram a recolha da presente amostra clínica e que dessa forma permitiram que este estudo existisse, nomeadamente ao Sesaram (serviço de saúde da Região Autónoma da Madeira); a APPDA - Madeira (associação portuguesa para as perturbações do desenvolvimento e autismo) e Centro de paralisia cerebral da Madeira. Especialmente à unidade de Psicologia do Sesaram à qual pertenço e tenho prazer e privilégio de exercer diariamente em pleno a minha profissão de Psicóloga clínica, com um especial agradecimento ao diretor Dr. Carlos Mendonça, por toda a flexibilidade prestada ao grupo de colegas doutorandos.

A todos os colegas do Sesaram, das várias especialidades (Psicologia, Psicopedagogia, Pedopsiquiatria) que colaboraram de forma ativa neste processo, ressaltando todos os Psicólogos Clínicos que partilham, acreditam e respeitam esta profissão, desenvolvendo-a de forma nobre e missionária.

A todos os cuidadores de crianças com perturbação de desenvolvimento, na sua maioria as mães, pela compreensão e disponibilidade para colaborar nesta investigação, deixo um especial agradecimento revestido de grande admiração.

Ao grupo de doutorandos que conjuntamente trilhou este caminho, evidenciando grande solidariedade e companheirismo, o que me referenciou, motivando para dar continuidade a este processo. Carlos E., Lúcia JF., Sibília R., José B., Joana JF. e Micaela R.

À Dr^a Mónica Fernandez, por todo o seu apoio e sabedoria disponibilizados em apoio ao tratamento estatístico.

A todos os autores das escalas utilizadas para a recolha de dados, um especial agradecimento.

Finalmente e sobretudo, à força Divina que me protegeu e iluminou durante todo este processo.

Muito Obrigada a Todos!



INDICE

RESUMO	iii
ABSTRACT	vi
RESUMEN	ix
AGRADECIMENTOS	xiv
INDICE.....	xv
ÍNDICE DE TABELAS	xx
ÍNDICE DE FIGURAS	xxii
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS	xxv
INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
CAPÍTULO 1. PERTURBAÇÕES DE DESENVOLVIMENTO	9
1.1. PERTURBAÇÕES DE DESENVOLVIMENTO NA INFÂNCIA	11
1.2. INCIDÊNCIA, ETIOLOGIA E CONSEQUÊNCIAS DAS PERTURBAÇÕES DO DESENVOLVIMENTO.....	12
1.2.1. Perturbações gerais/globais do desenvolvimento – Perturbações do Neurodesenvolvimento: Definição e etiologia	17
1.2.2. Perturbações específicas do desenvolvimento – Definição e etiologia	22
1.2.3. Perturbações Sensoriais	23
1.3. DOENÇA CRÓNICA NA INFÂNCIA.....	32
1.4. FAMILIAS COM PERTURBAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO	33
1.4.1. Conceito de família, parentalidade e coparentalidade	33
1.4.2. Impacto da perturbação na dinâmica familiar	37

1.4.3. Modelo Biopsicossocial.....	39
CAPÍTULO 2. COPING / AFRONTAMENTO	43
2.1.DEFINIÇÕES E TEORIAS	45
2.1.1. Teoria de coping de Lazarus e Folkman.....	47
2.1.2. Estilos e estratégias de coping/afrentamento.....	50
2.2.VARIÁVEIS RELACIONADAS COM O ESTILO DE AFRONTAMENTO PRESENTE EM FAMÍLIAS COM CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO.....	55
CAPÍTULO 3. STRESS	59
3.1. STRESS.....	61
3.1.1. Modelos Teóricos de Stress.....	62
3.2. STRESS PARENTAL.....	69
3.2.1. Estilos de parentalidade.....	69
3.2.2. Causas (etiologia) do stress parental.....	72
3.2.3. Efeitos do stress parental.....	72
3.2.4. Modelo de stress parental de Abidin.....	73
3.2.5. Stress parental em famílias com crianças com perturbação de desenvolvimento	75
CAPÍTULO 4. SAÚDE MENTAL: ANSIEDADE E DEPRESSÃO	77
4.1. SAÚDE MENTAL - DEFINIÇÃO	79
4.1.1. Ansiedade e Depressão.....	80
4.2. ANSIEDADE	81
4.2.1. Modelos de Ansiedade	81
4.3. DEPRESSÃO	83
4.3.1. Fatores Protetores vs. Fatores de Risco para a Depressão.....	86
4.3.2. Modelos de Depressão.....	88
4.4. PERSONALIDADE E PSICOPATOLOGIA	97
4.4.1. Desenvolvimento da Personalidade.....	98

4.4.2. Perturbações da Personalidade	99
4.4.3. Depressão e Vinculação.....	102
CAPÍTULO 5. AUTO-EFICÁCIA	105
5.1. AUTOEFICÁCIA.....	107
5.1.1. Perceção, Expectativas, Crenças e Sentimento de Autoeficácia	108
5.1.2. Convicção de Autoeficácia.....	109
5.1.3. Dimensões na Autoeficácia: Magnitude, Força e grau de Generalização	110
5.1.4. Autoeficácia e saúde.....	110
5.1.5. Mediadores da expectativa de autoeficácia	112
5.2. MODELOS DE AUTOEFICÁCIA	113
5.2.1. Teoria Social Cognitiva de Bandura.....	113
5.3. AUTOEFICÁCIA GERAL	116
CAPÍTULO 6. VINCULAÇÃO	117
6.1. VINCULAÇÃO.....	119
6.2. TEORIAS DA VINCULAÇÃO	119
6.2.1. Teoria do Apego de John Bowlby	120
6.2.2. Vinculação e Situação Estranha de Mary Ainsworth	123
6.2.3. Vinculação na infância e nos primeiros anos de vida: Fases do seu Desenvolvimento	124
6.2.4. Vinculação e Sistemas Comportamentais.....	125
6.3. TIPOS E ESTILOS DE VINCULAÇÃO.....	126
6.4. VINCULAÇÃO DO ADULTO	128
6.4.1. Abordagens conceptuais da vinculação do adulto.....	128
6.4.2. Conceptualização Dimensional da Vinculação	131
6.4.3. Diferenças Individuais e Modelos Internos Dinâmicos.....	135
6.5. PATOLOGIA DA VINCULAÇÃO	136
6.5.1. Perturbação de Vinculação	137
PARTE II. ESTUDO EMPÍRICO	141

CAPÍTULO 7. ESTUDO EMPÍRICO	143
7.1.OBJETIVOS E HIPÓTESES	145
7.1.1. Objetivo Geral	145
7.1.2. Objetivos específicos.....	145
7.1.3. Hipóteses	146
7.1.4. Desenho de Investigação	147
7.2. MÉTODO	148
7.2.1.Participantes	148
7.2.2. Procedimento.....	157
7.2.3. Instrumentos	158
7.2.4. Análise de dados.....	166
7.3. RESULTADOS	171
CAPÍTULO 8. DISCUSSÃO	217
CAPÍTULO 9. CONCLUSÕES	239
CAPÍTULO 10. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	251
BIBLIOGRAFIA	255
ANEXOS.....	293
ANEXO 1. CONSENTIMENTO INFORMADO	295
ANEXO 2. FICHA DE DADOS DEMOGRÁFICOS	299
ANEXO 3. BATERIA DE TESTES	305

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Descrição da amostra: Características sociodemográfica dos progenitores/cuidadores.....	149
Tabela 2. Descrição da amostra: Gravidez e Parto	150
Tabela 3. Descrição da amostra: Nível de Perturbação do Desenvolvimento.....	151
Tabela 4. Descrição da amostra: Características demográficas das crianças	151
Tabela 5. Descrição da amostra: Período do diagnóstico	152
Tabela 6. Descrição da amostra: Nível de atraso de desenvolvimento da criança	153
Tabela 7. Descrição da Amostra: Tipo de Seguimento das crianças.....	153
Tabela 8. Descrição da amostra: características da família	154
Tabela 9. Descrição da amostra: Idade dos irmãos	155
Tabela 10. Descrição da amostra: Irmãos com ou sem perturbação de desenvolvimento	155
Tabela 11. Descrição da amostra: Idade dos irmãos com perturbações de desenvolvimento	155
Tabela 12. Descrição da Amostra: Zona de residência dos participantes	156
Tabela 13. Alfa de Cronbach dos instrumentos e dimensões avaliadas	167
Tabela 14. Teste de Levene para as dimensões do HADS	168
Tabela 15. Análise de cluster: Diferentes estilos de vinculação.....	169
Tabela 16. Percentagem de pais/cuidadores para cada nível de intensidade de ansiedade e depressão.....	171
Tabela 17. Relação entre o nível de perturbação de desenvolvimento, o stress parental, perceção de autoeficácia e vinculação.....	172
Tabela 18. Medidas de tendência central e dispersão dos fatores de vinculação segundo o estilo de vinculação	173
Tabela 19. Medidas de tendências central e dispersão dos estilos de vinculação segundo o nível de perturbação no desenvolvimento	174
Tabela 20. Níveis de stress parental e autoeficácia segundo o estilo de vinculação	174
Tabela 21. Nível no domínio “relação marido/mulher” segundo estilos de vinculação	175
Tabela 22. Medidas de tendência central e distribuição das estratégias de coping utilizados pela amostra	176

Tabela 23. Efeitos de interação entre as estratégias de coping e o nível de perturbação de desenvolvimento	178
Tabela 24. Efeito de interação entre as estratégias de coping e os estilos de vinculação	178
Tabela 25. Efeito de interação entre as estratégias de coping e a autoeficácia	179
Tabela 26. Efeitos da ansiedade, depressão e HADS total no nível de perturbação de desenvolvimento	180
Tabela 27. Relação entre as dimensões do ISP e HADS, segundo o nível de perturbação da criança	181
Tabela 28. Relação entre as dimensões da HADS e a autoeficácia	182
Tabela 29. Efeitos de interação entre autoeficácia, estilo vinculação e HADS	183
Tabela 30. Relação entre autoeficácia e dimensões do HADS	183
Tabela 31. Efeito de moderação da variável coping/afrentamento e suas dimensões entre as variáveis independentes e a variável dependente Ansiedade	192
Tabela 32. Efeito de moderação da variável coping/afrentamento e suas dimensões entre as variáveis independentes e a variável dependente depressão	199
Tabela 33. Efeito de moderação da variável coping/afrentamento e suas dimensões entre as variáveis independentes e a variável dependente índice total de perturbação emocional	209

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de Selye (1974), O Síndrome de Geral de Adaptação	64
Figura 2. Tipos de Vinculação (Ainsworth et al., 1978).	128
Figura 3. Modelo Conceptual dos Estilos de Vinculação Adulto, baseado no modelo de Bartholomew e Horowitz (1991).....	132
Figura 4.....	147
Figura 5. Caixa de Bigodes para cada uma das Estratégias de Coping utilizadas pela amostra	177
Figura 6. Árvore de decisão para determinar o efeito das estratégias de coping na ansiedade	185
Figura 7. Árvore de decisão para determinar o efeito das estratégias de coping na depressão	187
Figura 8. Árvore de decisão para determinar o efeito das estratégias de coping no HADS total	189
Figura 9. Gráficos de interação entre o coping 2 (autocontrolo) e o índice de stress parental saúde e o nível de perturbação do desenvolvimento para variável dependente ansiedade	191
Figura 10. Gráficos de interação entre o coping 3 (procura de suporte social) e o índice de stress restrição do papel e stress da vida para variável dependente ansiedade	194
Figura 11. Gráficos de interação entre o coping 4 (assumir responsabilidade) e índice de stress saúde e auto-eficácia para variável dependente ansiedade	195
Figura 12. Gráficos das interações entre o coping 5 (resolução planeada dos problemas) e índice de stress na relação marido/mulher e stress da vida para a variável dependente ansiedade	196
Figura 13. Gráficos das interações entre o coping 6 (distanciamento) e índice de stress na autonomia para a variável dependente ansiedade	197
Figura 14. Gráficos das interações entre o coping 7 (fuga/evitamento) e índice de stress na vinculação para a variável dependente ansiedade.....	197
Figura 15. Gráficos das interações entre o coping 8 (reavaliação positiva) e índice de stress da vida para a variável dependente ansiedade	198
Figura 16. Gráficos das interações entre o coping 2 (autocontrolo) e índice de stress da relação marido/mulher e saúde para a variável dependente depressão	203

Figura 17. Graficos das interações entre o coping 3 (procura de suporte social) e índice de stress na maleabilidade de adaptação e autonomia para a variável dependente depressão	204
Figura 18. Graficos das interações entre o coping 4 (assumir responsabilidade) e índice de stress na maleabilidade de adaptação e no domínio crianças para a variável dependente depressão	205
Figura 19. Grafico da interação entre o coping 5 (resolução planeadas dos problemas) e o índice de stress isolamento social para a variável dependente depressão	205
Figura 20. Graficos das interações entre o coping 6 (distanciamento) e os índices de stress distração/hiperatividade e isolamento social para a variável dependente depressão	206
Figura 21. Gráfico da interação entre o coping 7 (fuga/evitamento) e o índice de stress restrição do papel para a variável dependente depressão	207
Figura 22. Gráficos das interações entre o coping 8 (reavaliação positiva) e o nível da perturbação de desenvolvimento e estilos de vinculação (2G) para a variável dependente depressão	208
Figura 23. Gráficos das interações entre o coping 1 (coping confrontativo) e os índices de stress vinculação e saúde para a variável dependente índice total de perturbação emocional (HADS).....	211
Figura 24. Gráfico da interação entre o coping 2 (autocontrolo) e o índice de stress da vida para a variável dependente índice total de perturbação emocional (HADS).....	212
Figura 25. Gráficos das interações entre o coping 3 (procura de suporte social) e os índices de stress autonomia, vinculação e isolamento social para a variável dependente índice total de perturbação emocional (HADS)	213
Figura 26. Gráficos das interações entre o coping 4 (assumir responsabilidade) e os índices de stress vinculação e saúde e estilos de vinculação (2G) para a variável dependente índice total de perturbação emocional (HADS)	214
Figura 27. Gráfico da interação entre o coping 5 (resolução planeada dos problemas) e o índice de stress da vida para a variável dependente índice total de perturbação emocional (HADS).....	215

Figura 28. Gráficos das interações entre o coping 8 (reavaliação positiva) e o índice de stress da vida e os estilos de vinculação (2G) para a variável dependente índice total de perturbação emocional (HADS) 216



LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

PD – Perturbação de Desenvolvimento

APA – American Psychiatric Association

APPDA – Associação de apoio ao autismo e o Centro de Paralisia cerebral da Madeira

DC:0-3R - Diagnostic classification of mental health and developmental disorders in infancy and early childhood, Revised

DSM 5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5th Edition

DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th Edition

WHO – World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)





INTRODUÇÃO

A Psicologia da Saúde é caracterizada como sendo uma área da Psicologia que atua na promoção e manutenção da saúde, na profilaxia e no tratamento da doença física e mental (adveniente dos quadros físicos), na identificação da etiologia e no diagnóstico relacionado à saúde e doença, integrando a mente, tanto na causa como no tratamento da doença (Ogden, 2004; Marks, Murray, Evans, & Willing, 2000; Matarazzo, 1980; Simon, 1993). Por sua vez, a Psicologia Clínica é a área da Psicologia que se dedica essencialmente ao tratamento das Perturbações mentais, e a todos os aspetos associados, como o sofrimento psíquico, mesmo não se tratando de doença mental. Atua ainda na prevenção e promoção da saúde (Perrez & Baumann, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, WHO) define a “saúde” como sendo presença de um estado bem-estar físico, psíquico e social (WHO, 2014) e a “saúde mental” como um equilíbrio entre o meio interno e externo do indivíduo, respetivas características orgânicas, antecedentes pessoais e familiares (Fonseca, 1985; Martins, 2004).

Mundialmente estima-se que a incidência da doença (problema) crónica (físico, perturbações no desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem e doença mental etc.) ronde os 15% a 18% da população (crianças e adolescentes) (Perrin & Shonkoff, 2000).

Apesar de a parentalidade caracterizar-se por um processo repleto de experiências muito positivas e gratificantes, apresenta-se simultaneamente como uma fase de confronto dos pais com um novo papel e com as responsabilidades e exigências inerentes ao mesmo.

Este novo papel, devido às exigências associadas à função parental, constitui um risco para o aumento do *stress* (parental), podendo desencadear estados de mal-estar emocional, afetando a saúde em geral (Santos, 2008). Acresce a este o fato, a condição de a criança apresentar alguma alteração no seu desenvolvimento, e sabendo à priori que esta condição constitui um fator exacerbante do *stress* parental (Grupta, 2007; Santos, 2002), agregado às suas características individuais de temperamento e cumulativo com outros fatores predisponentes (vulnerabilidades) dos pais, poderá desencadear um quadro de perturbação emocional (Abidin, 1992; Oh & Lee, 2009).

O nascimento de um filho com uma perturbação de desenvolvimento (ou outra problemática) é responsável por gerar um choque emocional, que irá pressupor a elaboração e aceitação desta nova realidade, fazendo com que estes cuidadores

internalizem e incorporem o filho real, com perturbação de desenvolvimento, em detrimento filho imaginado ou idealizado como “saudável” (Kenny & Corkin, 2011; Trute, Benzies, Worthington, Reddon, & Moore, 2010). Em situações de crise, os indivíduos irão desenvolver todo um conjunto de esforços espontâneos, cognitivos e comportamentais (*coping*), a fim de gerir todo um conjunto de exigências internas ou externas em resposta ao *stress* percebido e consequentemente, atingir um estado de equilíbrio global (Lazarus & Folkman, 1984; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004; Sousa, Mendonça, Zanini, & Nazareno; 2009).

As investigações aludem ao fato de que os diferentes estilos de vinculação (seguro e inseguro) (Canavarro, Dias, & Lima, 2006), assumem grande influência ao nível da saúde física, psicológica e regulação emocional em situações de crise (Barbosa et al., 2010).

A autoeficácia como variável cognitiva, de traço, com uma função motivacional, em níveis mais elevados, está associada a uma maior e melhor capacidade para ultrapassar as adversidades da vida e a alcançar o sucesso (Bandura, 1977, 1995; Gardner & Pierce, 1998; Morgado, Pires, & Pinto, 2000; Sousa et al., 2009).

Apesar de a presença de uma perturbação/doença assumir grande impacto na família em geral, surge com maior enfoque no cuidador principal, correspondendo normalmente à mãe (Altman, Cooper, & Cunningham, 1999). Estes cuidadores, manifestam quadros de grande debilitação ao nível da sua saúde física e emocional (Oh & Lee, 2009) e elevados índices de *stress* parental (Gupta, 2007; Santos, 2002).

A depressão poderá ser definida como “uma perturbação mental comum que apresenta humor deprimido, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, perturbações do sono e do apetite, baixa energia, e pouca concentração. Estes problemas podem tornar-se crónicos ou recorrentes e deixar prejuízos substanciais nas capacidades do indivíduo para exercer as suas responsabilidades diárias” (WHO, 2014). Em termos epidemiológicos, é estimado que um quinto da população (uma em cinco pessoas), possa desencadear um quadro depressivo reativo à exposição a eventos de vida stressantes, podendo esta proporção exacerbar, face à natureza e intensidade do evento *stressor* (Monroe & Reid, 2009). E mundialmente, contabilizam-se cerca de 350 milhões de pessoas afetadas (Marcus et al., 2012; WHO, 2012).

A presente Investigação tem por grande objetivo identificar o tipo de vinculação presente nestes cuidadores/pais de crianças com perturbação de desenvolvimento, a sua perceção de autoeficácia, o nível de *stress* parental, e a forma como estas variáveis se relacionam com os estilos de *coping* (moderador) adotados por estes participantes e consequentemente e sua implicação no seu estado emocional.

Na primeira parte (parte I) deste estudo empírico é realizado um enquadramento teórico afim de se proceder a uma reflexão e integração entre as demais teorias clássicas, com as conceções mais contemporâneas e respetiva comprovação científica, abordando a questões relacionadas com a parentalidade no seu todo, a presença de perturbação ou doença crónica e impacto na família, o *stress* parental, o papel do *coping* e da autoeficácia a vinculação no adulto e os conceitos de ansiedade e depressão.

O primeiro capítulo será dedicado à compreensão das “perturbações de desenvolvimento na infância”, sua definição e etiologia, especificando-as em dois subgrupos, nomeadamente as perturbações globais e específicas do desenvolvimento; a doença crónica na infância; a presença de uma perturbação de desenvolvimento família e respetivo impacto na mesma, aludindo a alguns conceitos associados (família, parentalidade e coparentalidade), com todo um enquadramento à luz do modelo biopsicossocial.

No segundo capítulo, abordar-se-á o conceito de *coping*/afrentamento, enquadrando nas teorias clássicas de Lazarus e Folkman, aludindo e diferenciando os estilos e estratégias de *coping*/afrentamento, e finalmente a referência ao estilo de afrontamento presente em famílias com crianças com perturbação de desenvolvimento.

O terceiro capítulo abordará alguns modelos teóricos de *stress* (Lazarus; Harrison & Vaz Serra), dando um maior enfoque ao *stress* parental, intimamente relacionado com o *stress* vivenciado pelos nossos participantes.

A saúde mental será o foco do quarto capítulo, onde serão referenciados os principais modelos de ansiedade (Goldstein; Cattell, Scheir e Spielberger; Lazarus) e depressão (Beck e Seligman), aludindo às diferentes perspetivas, nomeadamente, a comportamental e a biológica. Finalmente, questões relacionadas com a personalidade e psicopatologia.

Introdução

O quinto capítulo será destinado à autoeficácia, referindo os modelos teóricos subjacentes e dando maior enfoque à autoeficácia geral, uma das variáveis alvo no nosso estudo.

Por fim, o sexto capítulo falará sobre a Vinculação no ciclo vital (criança e adulto) e respetivas teorias, mencionando os diferentes tipos e estilos existentes, e a presença de patologia da vinculação.

A segunda parte (parte II) irá descrever o presente estudo empírico, fazendo referência aos objetivos e hipóteses; ao respetivo desenho de investigação e a metodologia adotada (caraterização da amostra/participantes; o procedimento adotado; instrumentos utilizados e respetiva análise dos dados obtidos). Proceder-se-á ainda à apresentação dos resultados após a análise estatística, a discussão destes resultados e integração nas diversas teorias e estudos desenvolvidos na área.

Os dois últimos capítulos, (oitavo e nono), serão destinados a abordar algumas limitações encontradas ao longo da realização do presente estudo e propostas para estudos futuros. Finalmente, seguir-se-ão as principais conclusões obtidas ao longo de todo o processo investigativo.



PARTE I.
ENQUADRAMENTO TEÓRICO



CAPÍTULO 1.
PERTURBAÇÕES DE DESENVOLVIMENTO

1.1. PERTURBAÇÕES DE DESENVOLVIMENTO NA INFÂNCIA

As Perturbações de desenvolvimento correspondem a todo um conjunto de doenças crónicas, com comprometimento de foro mental e/ou físico, podendo surgir em qualquer fase do desenvolvimento humano, normalmente até ao início da idade adulta, sendo que, após o seu despoletar, assumem-se com carácter crónico, ou seja, para o resto da vida da pessoa. Estas perturbações implicam dificuldades específicas, comprometendo atividades da vida diária, nomeadamente ao nível da linguagem, mobilidade, aprendizagem, autonomia e independência (processo de autonomização de vida) (Lázaro, 2012; Matos, 2009).

No que toca à sua Definição e Evolução Histórica do Conceito, a designação “Perturbações do Desenvolvimento” surgiu associada a três condições diagnósticas – atraso mental, paralisia cerebral e epilepsia (Odom, Horner, Snell, & Blacher, 2007). Até aos anos 70, o maior enfoque estava associado ao conceito de “atraso mental”, sendo que, a partir desta data surgem nos E.U.A. a necessidade de se estabelecer uma legislação para definir este mesmo conceito “perturbações do desenvolvimento” até à data com uma definição um pouco enviesada (Ehlers, Prothero, & Longone, 1982). O conceito foi apresentado no *The Developmental Disabilities Services and Facilities Construction Amendments*, com a Lei Pública Americana 91-517 de 1970 (Ehlers et al., 1982), lei esta que substituiu a terminologia “atraso mental” por “perturbações do desenvolvimento”, referindo-se à mesma como sendo uma

...perturbação atribuída ao défice cognitivo, paralisia cerebral, epilepsia, ou outra condição neurológica considerada pelos serviços como estando relacionada com o atraso mental e a requerer um tratamento semelhante ao dado aos indivíduos com atrasos desse tipo, que aparece antes dos dezoito anos de idade, que se espera que continue por tempo indefinido, e que constitui uma deficiência substancial para os indivíduos (Ehlers et al., 1982, p.2).

Contudo, salienta-se que apesar da definição apresentada anteriormente já se apresentar mais abrangente, ainda não incluía diagnósticos como o autismo, dificuldades de aprendizagem específicas, ou outras condições com etiologia desconhecida, sem origem neurológica, o que por sua vez gerou alguma polémica, o que gerou um movimento que se consumou com a alteração desta mesma lei em 1978, tendo esta sido revista, tendo introduzido alguma mudanças, nomeadamente, o limite de idade

até ao qual se a perturbação e desenvolvimento é abrangida (até ao vinte anos de idade) e contemplando a divisão das perturbações de desenvolvimento em sete áreas de funcionamento, nomeadamente

... uma perturbação crónica grave de uma pessoa a quem é atribuído um défice físico e/ou mental que se manifesta antes dos vinte anos, que tem a probabilidade de continuar por um tempo indefinido, que resulta em limitações substanciais no funcionamento em três ou mais áreas que se seguem: 1) autocuidado, 2) linguagem expressiva e recetiva, 3) aprendizagem, 4) mobilidade, 5) autodireção, 6) capacidade para ter uma vida independente, e 7) autonomia económica; com repercussão na necessidade da pessoa ter tratamento, cuidado especial, ou de usufruir de serviços ao longo da vida, interdisciplinares e genéricos (Ehlers et al., 1982, p.3).

Ao nível da comunidade científica mundial, os estudos empíricos têm tido grande enfoque em dimensões como o *stress* experimentado por pais de crianças com perturbações de desenvolvimento (Trute & Hierbert-Murphy, 2005), abordando variáveis como o ajustamento familiar, a qualidade de vida dos elementos da família, despoletando comportamentos e resposta emocionais que não só afetam a relação intrafamiliar como extrafamiliar (Hsieh, Huang, Lin, Wu, & Lee, 2009; Trute & Hierbert-Murphy, 2005).

A união, coesão e comunicação familiar são características facilitadoras para lidar com uma situação de crise (Perturbação do Desenvolvimento) (Martinez & Parra, 2007), com consequências no bem-estar das famílias (Trute et al., 2007).

1.2. INCIDÊNCIA, ETIOLOGIA E CONSEQUÊNCIAS DAS PERTURBAÇÕES DO DESENVOLVIMENTO

Estima-se que aproximadamente 5% a 10% das crianças dos países desenvolvidos, tenham alguma PD, com ou sem défice cognitivo, com maior incidência no sexo masculino, 74% (Leonard & Wen, 2002; Shevell et al., 2003; Srour, Mazer, & Shevell, 2006), fato ainda não comprovado cientificamente, embora se considere que possa estar relacionado com alterações no cromossoma X (Srour et al., 2006).

No Atraso Global do Desenvolvimento, a percentagem é mais reduzida, nomeadamente entre 1% a 3% da população infantil (Srouf et al., 2006).

As perturbações de desenvolvimento podem caracterizar-se pela presença de síndromes genéticas, doença física, epilepsia, dificuldade sensoriais e de comunicação, as quais aumentam a probabilidade de prevalência das mesmas (Lázaro, 2012). Srouf et al. (2006) identificaram no seu estudo, como principais etiologias do Atraso Global do Desenvolvimento, causas genéticas, anomalias cromossómicas, asfixia perinatal, infeções uterinas, dismorfias cerebrais, privações psicossociais e exposição a elementos tóxicos, sendo que estas representam mais de um terço das etiologias identificadas neste tipo de diagnóstico.

Estudos na área revelam que crianças com uma perturbação de desenvolvimento têm maior probabilidade de sofrerem de perturbações de ansiedade e de depressão, com comportamentos autodefensivos, estereotipados e de agressão, mais precisamente no espectro das psicoses (Bouras et al., 2004; Cowley et al., 2004).

Estima-se que em cerca de duzentas e cinquenta mil crianças, vinte e cinco apresentam-se com um desenvolvimento deficitário, e com um comportamento desafiante grave (*Mental Health Foundation*, 1997, citado por Wodehouse & McGill, 2009). Crianças com uma perturbação no seu desenvolvimento apresentam uma incidência muito elevada de problemas de comportamento, comparativamente com aquelas que têm desenvolvimento normativo (Baker, 1994; Baker et al., 2002; Crnic et al., 2004)

Apesar de se verificar que as crianças com PD apresentam um impacto negativo sobre os seus irmãos, mais precisamente, acrescendo uma maior suscetibilidade ao desenvolvimento de uma PD nos seus irmãos (Hasting, 2007), alguns pais referem que também existem que há fatores positivos aquando a convivência entre irmãos com e sem PD, tais como o desenvolvimento de uma maior sensibilidade nos irmãos, possibilidade de aprenderem sobre as diferenças, e consciencialização de que nada na vida deve ser tomado como garantido (Taunt & Hastings, 2002).

Os fatores de risco *per si* não constituem uma causa específica e suficiente, mas indicam um processo complexo que pode justificar a consequência de uma psicopatologia na criança (Holden, Geffner, & Jouriles, 1998).

Guralnick (1998) refere os fatores *stressores* que podem afetar o desenvolvimento da criança, nomeadamente: a) características interpessoais dos pais, grau de depressão, nível instrucional, experiências intergeracionais aprendidas sobre habilidades parentais, incluindo expectativas culturais; e b) características não diretamente relacionadas a alguma deficiência da criança, como a qualidade do relacionamento conjugal, o temperamento da criança, e fontes de apoio disponíveis, incluindo recursos e rede de apoio social da família.

O desenvolvimento psico-motor é o resultado da evolução e encefalização da espécie humana sendo o processo de gestação composto por 9 meses de desenvolvimento intrauterino e 12 meses de *extrauterina*, constituindo um período de grande sensibilidade e importância no desenvolvimento global do indivíduo (Matos, 2009).

A definição de normalidade no processo de desenvolvimento infantil não é explícita, devido à ténue fronteira entre idade normal e *anormal*, de aquisição das várias competências, sendo que esta definição dimensional do desenvolvimento caracteriza-se pelo fato de limiar da normalidade está ao lado do limiar da anormalidade. Um desenvolvimento psico-motor (DPM) considerado como normal é definido pelo fato de uma criança fazer determinadas aquisições em determinada idade (intervalo de idades), com adequação. Contudo deverá ter-se em conta outros fatores tais como variações *culturais* nas idades normais das aquisições psico-motoras, devido à diferente estimulação (condicionada aos hábitos culturais) (Matos, 2009).

A classificação de um determinado padrão de desenvolvimento em normal ou “anormal” é realizada pela presença ou ausência de uma determinada capacidade, mas também pela sua repercussão no funcionamento do indivíduo, (necessidade de algum tipo de apoio especializado). Para inferirmos acerca da presença de um desenvolvimento psicomotor normativo, dever-se-á ter-se em consideração não só avaliação as várias áreas do desenvolvimento (psico-motor) como também a avaliação das sequências deste mesmo desenvolvimento (Matos, 2009).

No que concerne às diferentes áreas do desenvolvimento psico-motor infantil, poderemos dividi-las de uma forma mais generalizada nas áreas que se seguem: motricidade grosseira e fina, linguagem e cognição verbal, cognição não-verbal (visuo-percetual), socialização, comportamento adaptativo (autonomia) e atenção. Salienta-se

que todo o processo desenvolvimental é feito através das sequências desenvolvimentais (Matos, 2009).

O desenvolvimento motor é feito numa sequência de movimentos generalizados e pouco precisos (envolvem todo o corpo), para movimentos especializados (unilaterais e finos), orientados com lateralidade e precisão e com crescente complexidade, ao longo da vida. A esta especialização dos movimentos denomina-se lateralização, que tem como base neurológica a localização especializada de determinadas funções em áreas específicas do cérebro (Matos, 2009).

Na motricidade grosseira o desenvolvimento faz-se sempre numa progressão céfalo-caudal: segurar a cabeça, seguido do uso das mãos e pés, sentar, deslocar-se (gatinhar, ou de uma outra forma), pôr-se de pé, andar e correr. Na motricidade fina o bebé aos 4 meses alcança os objetos com as duas mãos manifestando o seu entusiasmo através da movimentação de todo o corpo, aos 12 meses faz a pinça (agarra os objetos com um movimento de pinça fina, com apenas uma mão), sendo que com o passar dos anos, aos 12 anos, estes movimentos estão completamente organizados e maduros (com treino poderá tocar um instrumento musical profissionalmente). Ao nível das aquisições cognitivas não-verbais (processos cognitivos independentes da linguagem, competências dependentes do processamento visual e espacial) o desenvolvimento é feito em associação com a coordenação fina (dois processos em simultâneo) daí a sua denominação coordenação *olho-mão*. Ao nível do desenvolvimento da linguagem, verifica-se um desencontro entre a capacidade de compreensão e a capacidade de expressão linguística (sendo que as crianças compreendem mais do que conseguem expressar). A partir dos 6 meses começam a utilizar sons específicos da sua língua (impregnação fonológica, constituindo na integração e construção das representações fonológicas), a evolução da linguagem engloba o desenvolvimento de várias dimensões da mesma (articulação/fonologia, o léxico/vocabulário, a semântica/significado, a morfossintaxe/gramática e a pragmática) (Matos, 2009).

O desenvolvimento psico-motor depende da inter-relação entre fatores genéticos e o meio ambiente. Este desenvolvimento tem uma predeterminação filogenética, ou seja, existem competências, habilidades, que todos os indivíduos de uma mesma espécie desenvolvem. No nosso caso específico existe uma evolução previsível nas várias áreas do desenvolvimento. Assim, todos os indivíduos neurológica e fisicamente íntegros

aprendem a andar, a falar e a manipular objetos variados. Apesar de um fundo genético e áreas funcionais cerebrais semelhantes, as variadas habilidades e competências têm tempos diferentes de aquisição na evolução da espécie, sendo que as habilidades motoras grosseiras e visuo-espaciais são mais antigas do que as linguísticas e cognitivas verbais. Assim, as competências filogeneticamente mais antigas (motor grosseiro, visual) são menos atingidas nas perturbações do desenvolvimento, mas a capacidade específica da espécie, a linguagem, é aquela que é atingida na maioria das perturbações do desenvolvimento, mesmo nas mais ligeiras. Apenas as lesões mais generalizadas e graves afetam significativamente a motricidade grosseira. Percebe-se também que uma motricidade grosseira mantida não é uma garantia de desenvolvimento normal mas que uma linguagem com evolução alterada é quase invariavelmente um sinal de perturbação do desenvolvimento. **As perturbações ligeiras** e frequentes do desenvolvimento são aquelas que se caracterizam por incapacidades menos relevantes para a sobrevivência da espécie, sendo contudo importantes para a «sobrevivência» individual na sociedade instruída e instrumentalizada que criámos. Uma perturbação fonológica ligeira apenas se torna um problema na sociedade leitora moderna, a dislexia só surge como perturbação do desenvolvimento nos últimos 5000 anos da nossa espécie, altura em que se inventou a escrita. O desenvolvimento do indivíduo também depende de fatores genéticos individuais herdados dos progenitores. As alterações genéticas são um dos principais fatores de risco das perturbações do desenvolvimento infantil (Matos, 2009).

Assim sendo as alterações genéticas e cromossómicas são um resultado da inter-relação desses genes alterados com os outros genes do indivíduo, sendo que a sua expressão é demarcada pela modulação feita pelo ambiente, em meios intrauterino e extrauterino (período determinante, e de maior crescimento do sistema nervoso central, que se situa entre os 9 meses de gestação até aos primeiros 12 meses de vida), desta forma explica-se a grande importância da intervenção precoce (intervenção na fase de maior plasticidade e maior capacidade de modificação de circuitos neuronais, melhorando as competências do indivíduo) (Matos, 2009).

A epigénese corresponde à variabilidade na expressão dos genes incitada pelas experiências precoces vivenciadas pelo indivíduo nos primeiros anos do seu desenvolvimento, embora não implicando modificações no ADN (Matos, 2009).

Os fatores de risco ambientais encontra-se segmentados em três fases distintas, nomeadamente, na fase *intrauterina*, com carácter congénito, nomeadamente devidos a situações como a desnutrição, hipoxia e noxias (tóxicos, álcool, drogas, metais pesados, medicamentos, infeções congénitas e lesões acidentais); fase *perinatal*, caracterizados pelos acidentes peri parto com anóxia ou hipóxia e a fase *extra – uterina*, caracterizada pela presença de infeções, os traumatismos, a hipóxia, os tóxicos e as alterações graves da vinculação com maus tratos, abusos e negligência (Matos, 2009).

As perturbações do desenvolvimento psicomotor infantil estão classificadas internacionalmente em dois sistemas classificativos nomeadamente, o DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5th Edition, anteriormente a versão: DSM IV – TR) e o ICD 10. Esta classificação tem como principal objetivo a promoção de uma comunicação internacional eficiente das inúmeras perturbações mentais e facilitar a investigação científica nesta área específica. A classificação diagnóstica é desenvolvida tendo em conta as diversas dimensões, nomeadamente a biológica, desenvolvimental, emocional e comportamental, e social. Desta forma poderemos dividir as perturbações do desenvolvimento em perturbações *gerais ou globais* e perturbações *específicas* do desenvolvimento (Matos, 2009).

1.2.1. Perturbações gerais/globais do desenvolvimento – Perturbações do Neurodesenvolvimento: Definição e etiologia

Estas Perturbações Globais do Desenvolvimento (DSM-IV-TR; Associação Psiquiátrica Americana, APA, 2002), atualmente inseridas no grande grupo das Perturbações do Neurodesenvolvimento (DSM-5 APA, 2014) caracterizam-se pelo comprometimento severo e invasivo em três áreas do desenvolvimento: habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação, e presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipadas. Nessa classificação estão incluídas cinco categorias diagnósticas: Transtorno Autista, o Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento sem outra Especificação, sendo o autismo o transtorno prototípico desta categoria (Schmidt, 2004).

Nas Perturbações gerais/globais do desenvolvimento a capacidade cognitiva da criança está comprometida ou afetados (num espetro de gravidade). Desta forma

podemos incluir nesta categoria a deficiência/atraso Mental e as Perturbações do Espectro do Autismo (APA, 2014; Matos, 2009).

A **Incapacidade Intelectual (Deficiência/atraso Mental Deficiência Cognitiva)** é caracterizada (DSM 5) pela presença de um défice intelectual (dois desvios padrões abaixo da média (QI: 70 ± 5), adicionando grandes dificuldades ao nível do comportamento adaptativo (comunicação, auto cuidado, vida familiar, sociabilidade, competências sociais, autocontrolo (impulso), entre outras. Surge antes dos 18 anos de idade sendo que, todas as áreas do seu desenvolvimento estão afetadas. Contudo, deverá ser avaliada num espectro de intensidade, nomeadamente; Incapacidade Intelectual ligeira; Incapacidade Intelectual moderada; a Incapacidade Intelectual grave e a Incapacidade Intelectual profunda (QI < 25-20). Contudo será a avaliação do comportamento adaptativo e capacidade de socialização o fatores determinantes no diagnostico (Matos, 2009). Inserem-se ainda neste grupo o Atraso Global do Desenvolvimento (DSM 5) e a Incapacidade Intelectual não Especificada (DSM 5).

A **Paralisia Cerebral** consiste numa disfunção neuromotora (não progressiva), secundária a uma lesão cerebral que ocorre nos estádios precoces do desenvolvimento da criança (Sousa & Pires, 2003). Contudo, adicionando à perturbação global do controlo da postura (e/ou do movimento), com esta disfunção (motora) poderão surgir demais perturbações associadas em comorbilidade (défices visuais, auditivos, cognitivos, perturbações da linguagem, do comportamento, da aprendizagem e epilepsia). Do ponto de vista cognitivo, em algumas situações esta função poderá encontrar-se preservada, com níveis de inteligência normativos, por outro lado, pode verificar-se atraso cognitivo/intelectual, (devido às lesões cerebrais, como ainda reativas à deficitária estimulação pela presença de outras deficiências em simultâneo) (Sousa & Pires, 2003).

Em termos epidemiológicos, não se verificam em Portugal, contudo a sua incidência é diretamente proporcional ao grau de desenvolvimento do País, havendo uma maior incidência nos países menos desenvolvidos (carências nos cuidados perinatais) e nos países industrializados a incidência varia entre os 1,5 e os 2,5 por 1000 nados vivos (Sousa & Pires, 2003). A um nível mundial a prevalência da Paralisia Cerebral varia desde os anos 50 (entre os 0,6 e os 2,4 em cada 1000 nados vivos). Nos

anos 60 e 70, registou-se um aumento progressivo das mesmas (Dormans & Pellegrino, 1998).

Relativamente aos tipos desta perturbação neuromotora encontramos a Paralisia Cerebral Espástica, a Paralisia Cerebral Atetósica e a Paralisia Cerebral Atáxica. Sendo a Paralisia Cerebral Espástica a mais representativa entre as restantes, com valores entre os 50 a 75% de todos os casos de Paralisia Cerebral (Harris, 1997, citado por Guralnick, 1997).

No que concerne à presença de um prognóstico, depende de caso para caso, dividido à sua diversidade e especificidades (Johnson, Gallagher, & La Montagne, 1994). O diagnóstico precoce e a intervenção precoce (adequada e contínua), constitui-se como essencial no processo terapêutico permitindo rentabilizar a plasticidade cerebral no controlo neuromotor global e favorecem as experiências inerentes aos vários estádios de desenvolvimento da criança (Andrada, 1995).

As **Perturbações do Espectro do Autismo** (DSM 5) correspondem a um distúrbio de desenvolvimento dotado de grande complexidade, com enfoque a nível comportamental, com um espectro em termos de severidade e intensidade e com uma multiplicidade a nível etiológico (Geraldes, 2005). Apresenta uma variedade de perturbações, nomeadamente: Autismo infantil precoce; Autismo infantil; autismo de Kanner; Autismo de alto funcionamento; Autismo atípico; Perturbação de Rett, Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância, Perturbação de Asperger e Perturbação Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (Marques, 2000). São caracterizadas pela presença de alterações significativas e qualitativas em três áreas do desenvolvimento, nomeadamente: perturbação na relação e comunicação (interação social), com um padrão comportamental específico, dotado de interesses e atividades repetitivas, estereotipadas e restritas (Schmidt, 2004).

Ao nível da perturbação qualitativa da comunicação encontram-se alterações tais como a ausência de linguagem (sem gesto) ou até a uma linguagem correta embora com deficiências pragmáticas, na conversação, com idiosincrasias, alterações na imitação e jogo simbólico pobre ou ausente. Ao nível da interação social e comunicação social, encontra-se uma incapacidade em estabelecer relações sociais apropriadas com os pares, ausência ou fraca expressão facial (gesticulação) que normalmente acompanham, regulando a interação social e uma incapacidade na partilha de interesses e

reciprocidade social e emocional, ausência de empatia (incapacidade para perceber o outro como indivíduo com experiências e emoções diversas do próprio). A nível comportamental, surgem interesses e atividades obsessivas (ou com objetos ou partes dos mesmos) e repetitivas, restritos e estereotipados. A presença de rituais é comum, com maneirismos motores repetitivos e estereotipados (APA, 2014; Matos, 2009).

No que concerne às variações deste tipo de perturbação encontramos um espectro de perturbações que se destacam entre si por diferenças ao nível da intensidade e gravidade dos sintomas. Assim sendo encontramos o Autismo de Kanner (típico), com todos os critérios da perturbação e défice cognitivo, o autismo atípico (designado de perturbação pervasiva do desenvolvimento sem outra especificação no (APA, 2014) e ao Síndrome de Asperger. No Síndrome de Asperger encontramos as características presentes num quadro de autismos, igualmente com um défice ao nível da relação e comunicação (capacidade empática diminuída), com enfoque na ausência de um atraso quantitativo da linguagem, embora esta dotada de alterações qualitativas que se manifestam por peculiaridades na expressão linguística, alterações na compreensão (compreensão literal) da linguagem e alteração na pragmática e conversação. Apresentam-se com níveis de inteligência normal ou até mesmo acima da média, apesar de apresentarem áreas de excelência (interesses restritos e exagerados no foco), desequilibradas face às restantes áreas do desenvolvimento muitas vezes confundidos com crianças sobredotadas (desta forma não deveriam apresentar défices noutras áreas imaginação deficitária) (Matos, 2009).

No que toca à presença de um *espectro* no autismo, Wing e Gould (1979 citado por Geraldès, 2005), nos seus estudos com 35 mil crianças concluíram que as características até então descritas como típicas do autismo formam uma tríade - “Tríade de Wing”, caracterizada pelo comprometimento nas áreas social, comunicação e atividades imaginativas (Wing & Gould, 1979). Os autores designaram que a “síndrome de Kanner” compunha um *continuum* ou *spectrum* de desordens autísticas, propondo a utilização da terminologia “espectro autista” para se referir a uma panóplia de patologias que têm como característica comum o deficit qualitativo na tríade de comprometimentos (linguagem, comunicação social e imaginação), com intensidade / gravidade variável, do mais leve ao mais severo, sendo esta complexidade um agente *stressor* com grande influência ao nível do funcionamento familiar (Geraldès, 2005).

Em termos de prevalência, com os critérios diagnósticos utilizados, na ausência de um marcador biológico, os estudos epidemiológicos indicam-nos a existência de aproximadamente 15 casos por 10.000 indivíduos, com relatos de taxas variando de 2 a 20 casos por 10.000 (APA, 2002; Geraldles, 2005). Contudo, outros estudos revelam para valores entre os 40 a 130 por 100.000, ocupando o terceiro lugar entre os distúrbios do desenvolvimento, na frente das malformações congênicas e da síndrome de Down (Gadia, Tuchman, & Rotta, 2004). Relativamente à análise cromossômica, apesar de 2 a 5% dos indivíduos com síndrome do X frágil apresentarem sintomas de autismo, estudos na área revelam que não existe um efeito genético do cromossoma X associado à etiologia do autismo (Baião, 2008). No entanto, a literatura reconhece o autismo como tendo origens genéticas, em especial, com base em múltiplos genes, assumindo o contributo de fatores ambientais (Jennings, 2005; Volkmar & Weisner, 2004). Outras investigações na área da neurociência comportamental, farmacológica e da genética são unânimes quanto à possibilidade do envolvimento da serotonina em muitos dos sintomas do autismo (Cook & Leventhal, 1996; Tanguay, 2000, citado por Geraldles, 2005).

A Síndrome de Asperger, caracterizada por se enquadrar no espectro do autismo, como sendo uma variação de "alto nível de funcionamento", mais leve do ponto de vista dos sintomas presentes no quadro do autismo (Gauderer, 1997), associada a níveis de QI mais elevados, com uma área de excelência (enquanto que no autismo cerca de 20% dos casos identificados verifica-se a presença de deficiência mental de grau variado) (APA, 2002; Schmidt, 2004).

O Transtorno de Rett, associa-se à deficiência mental profunda, com inúmeras áreas afetadas (défices), nomeadamente coordenação motora (marcha), movimentos do tronco e linguagem expressiva ou recetiva. Ao nível da relação e comunicação (interação social) esta área poderá apenas pode desenvolver-se tardiamente. É um diagnóstico exclusivo no sexo feminino (APA, 2002, 2014; Pereira, 2002).

A Perturbação Desintegrativa do desenvolvimento (infância) é diagnosticada aquando na presença de uma regressão ao nível do desenvolvimento normal da criança, associado a mudanças comportamentais, após os dois anos de idade. Distingue-se do autismo pela perda das habilidades motoras e ausência comportamentos estereotipados (mais complexos) (APA, 2002, 2014).

A Perturbação Global do Desenvolvimento sem outra especificação, é um diagnóstico utilizado quando existe um comprometimento grave e global do desenvolvimento e da interação social recíproca ou de habilidades de comunicação verbal ou não verbal, presença de estereotípias de comportamento, interesses e atividades, quando não se preenchem os critérios para um *transtorno global do desenvolvimento específico* (esquizofrenia, transtorno de personalidade esquizotípica ou transtorno de personalidade esquiiva). É nesta categoria que se insere o diagnóstico de *Autismo Atípico* (APA, 2002, 2014).

Relativamente à diferença entre géneros, são os rapazes que aparecem com maior expressão relativamente às raparigas, numa relação de 1.4 a 4.8 (Pereira, 1999). Todavia, não existem instrumentos que permitam testar empiricamente as origens genéticas desta desordem. Desta forma, o autismo é avaliado por observação dos comportamentos (Nissenbaum, Tollefson, & Reese, 2002). Vários autores sugerem que a maioria dos casos de autismo é identificada entre os três e os cinco anos de idade (Nissenbaum et al., 2002).

Aproximadamente 5 a 10% das crianças com PD tornaram-se adultos independentes (1 a 2% com testes cognitivos e de linguagem normais), 25% atingiram progresso considerável com alguma independência, os restantes 65 a 70% continuam com deficits muito significativos e requerem a continuidade cuidados, é o prognóstico revelado por alguns estudos longitudinais, onde salientam ainda que tudo isto é devido à relação existente com o nível de habilidades das crianças (comprovado através de testes cognitivos e de linguagem) (Gadia et al., 2004).

1.2.2. Perturbações específicas do desenvolvimento – Definição e etiologia

Este grupo abrange um leque variado de perturbações, nomeadamente:

- a) As perturbações do *Neurodesenvolvimento* (Perturbações da comunicação; Perturbação de Hiperatividade/défice de atenção; Perturbação de aprendizagem específica; Perturbação motora; Perturbações de Tiques; outras perturbações do Neurodesenvolvimento) (APA, 2014);
- b) As perturbações da *Ansiedade* (APA, 2014);
- c) As perturbações relacionadas com *Trauma e Fatores de Stress* (APA, 2014);
- d) Perturbações da *Alimentação e Ingestão* (APA, 2014);

- e) Perturbações de *Eliminação* (APA, 2014);
- f) Perturbações do Sono (APA, 2014);
- g) Perturbações *disruptivas, do controlo dos impulsos e do comportamento* (APA, 2014).

Estas correspondem às perturbações mais frequentes e que apenas têm comprometidas áreas específicas do desenvolvimento, estando íntegras as restantes áreas, (Matos, 2009). Fazem parte, as Perturbações da comunicação (Linguagem; do Som da Fala; Gaguez; Comunicação Social; Comunicação não especificada); Perturbações Específicas da Aprendizagem (Dislexia, Disgrafia/Disortografia e Discalculia); Perturbações Motoras (Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação Motora; Perturbação de movimentos estereotipados); Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção; Perturbação de Tiques; outras perturbações do Neurodesenvolvimento; Perturbações de Ansiedade (ansiedade de separação, ansiedade social, pânico, ansiedade generalizada, ansiedade sem outra especificação; de Trauma e Fatores de *Stress* (perturbação reativa de vinculação, *stress* pós traumático, de ajustamento, trauma e fatores de *stress*); Perturbações de Eliminação (enurese, encoprese, perturbações de eliminação sem outra especificação); perturbações da Alimentação e Ingestão; Perturbações do sono; Perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos e do comportamento (Perturbação desafiante de oposição, explosiva intermitente, do comportamento).

Salienta-se que, o fato de um individuo possuir uma perturbação no seu, constitui *per si* um fator de risco acrescido para comorbilidade com outra perturbação do desenvolvimento ou perturbação emocional e comportamental (Matos, 2009).

1.2.3. Perturbações Sensoriais

É através dos sentidos que os seres vivos recebem, reconhecem e percebem outros organismos e as características do meio que os rodeia. É do conhecimento da comunidade científica, de que existirão mais do que os cinco sentidos que nos são familiares, contudo ainda totalmente definidos, devido à ambiguidade da própria definição de sentido. O cinco sentidos mais conhecidos são a visão, audição, tato, paladar e olfato (Matos, 2009).

O **sistema sensorial** é parte integrante do sistema nervoso, por sua vez responsável pelo processamento de informações sensoriais. Compõe-se pelos recetores sensoriais, (situados nos neurónios aferentes e nas zonas do processamento da informação) (Matos, 2009).

A **Cegueira**, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) consiste na visão menor que 20/500 no melhor olho de um pessoa ou campo visual inferior a 10 graus. Caracteriza-se pela falta de perceção visual, devido a fatores fisiológicos ou neurológicos, e à falta de perceção visual de forma e luz na sua totalidade (NLP: "no light perception" - sem perceção de luz). Segundo a WHO, em termos de etiologia da cegueira poderemos nomear respetivamente: cataratas (47.9%); glaucoma (12.3%), degeneração macular relacionada à idade (8.7%), opacidade córnea (5.1%), retinopatia diabética (4.8%), cegueira infantil (3.9%) tracoma (3.6%), oncocercose (0.8%) (Resnikoff et al., 2004).

A **Surdez, prejuízo auditivo ou perda auditiva** consiste na incapacidade total ou parcial para ouvir. Serão variados os fatores que justificam a sua etiologia, tais como a idade, ruídos, doenças, intoxicações, traumas físicos, entre outros. O seu diagnóstico serve sobretudo para determinar a sua severidade, sendo estabelecidas algumas categorias: suave, moderada, moderadamente severa ou profunda.

Em termos médicos, é são estabelecidos três níveis, nomeadamente o ligeiro até ao profundo (perda auditiva), sendo que em termos de nomenclatura é designada de deficiência auditiva, ou hipoacusia. A perda auditiva leve não causa um efeito significativo no desenvolvimento, contudo, no seu grau moderado, poderá interferir no desenvolvimento da fala e linguagem, chegando a atingir a fala nos graus severo e profundo. Poder-se-á ainda considerar outras duas definições, mais precisamente a educacional (incapacidade de aprender a falar por via auditiva) e a cultural (cultura surda, linguagem gestual). Em Portugal, o decreto-lei 3/2008 regulamentou a educação especial, em particular, o direito da criança surda crescer bilingue (Correia, 2008).

As Perturbações Regulatórias do processamento sensorial são perturbações que se caracterizam pela presença de dificuldades em regular e organizar o comportamento, emoções, processos fisiológicos e motores face à presença de um determinado estímulo sensorial, organizando um resposta adequada ao mesmo. Este tipo de diagnóstico está contemplado no manual de diagnóstico - DC:0-3 “ Diagnostic

Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood” (DC:0-3R, ZERO TO THREE, 2005), consistindo num sistema de classificação Multiaxial (classificação composta por cinco eixos), utilizado para Diagnóstico Clínico das Perturbações Mentais / Perturbações do Desenvolvimento, no Bebê e na Criança Pequena (dos zero aos três anos). O Eixo I remete para o *Diagnóstico Principal* (Perturbações do Foro Clínico); o Eixo II - Perturbação da Relação (Classificação da Relação); o Eixo III - Perturbação do Desenvolvimento ou Doença Médica; Eixo IV - Risco Psicossocial (Variáveis *Stressoras* a nível Psicossocial) e o Eixo V - Nível de Desenvolvimento do Funcionamento Emocional (DC:0-3R, 2005).

Neste quadro clínico, o processo de Integração sensorial encontra-se comprometido, sendo que, uma vez que se assume como sendo um processo Neurológico que permite processar e organizar a informação recebida, de forma a que, a pessoa se sinta confortável e segura na elaboração de uma resposta a um determinado estímulo sensorial, uma perturbação neste sistema, faz com que a criança apresente dificuldade em regular as suas Emoções, Comportamentos, Processos Motores e Fisiológicos aquando na presença de um estímulo sensorial, por ela sentido como Aversivo VS Insuficiente (intensidade), por forma a elaborar uma resposta adaptativa ao mesmo. Salienta-se que as crianças com este tipo de perturbação ficam afetadas e condicionadas no seu funcionamento diário, quer a nível da sua motricidade, como a nível relacional e consequente interação com os outros (DC:0-3R, 2005).

Contudo, para a definição do diagnóstico desta perturbação específica, deverão coexistir 3 características: 1) dificuldades ao nível do processamento sensorial; 2) dificuldades a nível motor; e 3) alteração específica de um padrão comportamental (alteração do comportamento manifesto e habitual da criança). No que concerne ao diagnóstico diferencial, deverá ter-se em conta, que se a criança apresentar um padrão comportamental negativo/desafiador, poderá refletir uma relação pais-filho mais rígida, enquadrada no Eixo II - Perturbação da Relação, ou ainda, se caracterizar pela presença de comportamento disruptivo precoce, poderá enquadrar-se numa classificação de “Perturbação de oposição DSM-IV-TR, 2000” Por outro lado, um padrão comportamental “inibido/amedrontado” está contemplado no Tipo A das perturbações regulatórias, embora correspondendo igualmente a uma desordem de ansiedade “Perturbação de Ansiedade” (DC:0-3R, 2005).

As Perturbações Regulatórias do processamento sensorial, apresentam 3 subtipos, nomeadamente: **Hipersensível (DC:0-3 410)** correspondendo a crianças com baixo limiar (neurológico) sensorial, cujos estímulos sensoriais (toque, sons, luzes, cheiros e sabores/texturas desabituais e o movimento no espaço) são sentidos como aversivos, apresentando dificuldade em modelá-los. Apresentam uma grande dificuldade em modular as suas respostas face aos estímulos que recebem do meio envolvente (por via da parte sensorial). O seu comportamento (manifesto) apresenta-se defensivo, com um padrão comportamental que visa compensar o seu baixo limiar sensorial (excesso de estímulos funcionam como uma sobrecarga). Ainda dentro do Subtipo Hipersensível, poderão distinguir-se 2 tipos ou variações: tipo A – Receoso / Cauteloso – em que as respostas aos estímulos sensoriais poderão incluir reações comportamentais tais como o medo, amedrontamento, choro, comportamento inibido (gélido), fuga antecipada aos estímulos, distraibilidade, agitação motora, grande resistência às texturas, gostos e cheiros. A nível motor, a criança apresenta uma grande limitação ao nível da sua interação e manipulação com o meio envolvente, destacando-se um atraso significativo a nível motor (controlo da postura e tónus postural, coordenação fina (mão-olho); pouca ação motora e planeamento da mesma (agilidade, coordenação e exploração esperada para a idade). Apresentam ainda um cuidado excessivo, com inibição comportamental e medo. A Exploração do meio surge de uma forma muito limitada e restrita, as novas situações não são bem toleradas, assim como todas as mudanças às rotinas são geralmente mal integradas e aceites. Crianças em idade pré-escolar apresentam ainda sintomatologia ansiosa caracterizada por medos e/ou preocupações, reações impulsivas aquando confrontadas de forma inesperada com estímulos sensoriais sentidos como aversivos, irritabilidade (alterações de humor), dificuldade em voltar a adormecer (quando acordam), inibição faces ao confronto com novas pessoas vs. lugares/objetos do meio ambiente, baixa tolerância à frustração, integração lentificada de experiências sensoriais. O tipo B – Negativo / Desafiador, os padrões de reatividade sensorial (respostas aos estímulos sensoriais) e os padrões motores são idênticos aos observados no subtipo A. Ao nível comportamental, as crianças que apresentam critérios deste tipo, surgem com comportamentos lentificados quando vivenciam novas experiências (entram devagar) e quando provocados ou desafiados por alguma variável, respondem geralmente de uma forma impulsiva e

agressiva. Apresentam um comportamento negativo (idêntico a um padrão de oposição) desafiador (face ao que é esperado respondem de uma forma negativa/contrária ao que é esperado), um controlo obsessivo dos comportamentos, compulsividade, demasiada a vontade vs. demasiado cuidado (devagar) face a novas experiências / sensações. Grande dificuldade em adaptar-se às mudanças (DC:0-3R, 2005).

O subtipo **Hipossensível/subreativo** (DC:0-3 420) (DC:0-3R, 2005), corresponde a crianças que necessitam de um estímulo sensorial de elevada intensidade para poderem processar uma resposta. Desta forma, por apresentarem um elevado limiar (neurológico) sensorial, apresentam-se subreativos, necessitando de estimular-se a nível sensorial (estímulos mais intensos) para então poderem processar uma resposta adequada e adaptativa ao estímulo recebido. A um nível comportamental, apresentam geralmente um comportamento hipoativo, dotado de uma grande “moleza”, hipotónico, aparentam desinteresse por novas situações e experiências (DC:0-3R, 2005).

No que concerne à atribuição deste diagnóstico clínico (criança Hipossensível/subreativa), deveremos ter em consideração os três critérios seguintes: 1) A resposta/interação limitada em termos social não deverá preencher os critérios de uma Perturbação Pervasiva (Pervasive) do Desenvolvimento; 2) O comportamento manifesto (exibido) pela criança não deverá inscrever-se num quadro Depressivo Major; 3) Não apresentar um a Perturbação de Ansiedade, mais especificamente, uma Fobia Social (DC:0-3R, 2005).

Este subtipo pressupõe um padrão de reatividade sensorial caracterizado por: subreatividade aos sons, movimentos, cheiros, texturas, toque e a nível de todo o sistema Proprioceptivo (sistema que fornece informação ao corpo sobre a posição do mesmo no espaço e posição relativa dos seus membros e força muscular necessária à ação), e um padrão motor caracterizado por: uma exploração muito limitada e repertório comportamental (lúdico) muito limitado, grande procura de estimulação sensorial (através dos sons repetidos, saltos, batimentos com determinados objetos com o objetivo de produzir um estímulo suficientemente intenso que os estimule). Contudo, apresentam-se muitas vezes letárgicos (sem ação). A um nível comportamental, exibem geralmente um padrão dotado de: desatenção ou défice de atenção, fatigabilidade, subreatividade aos estímulos, apatia, pouco interesse em explorar as características e

propriedades dos objetos, dando mais enfoque às suas próprias sensações (DC:0-3R, 2005).

O último subtipo, **Impulsivo / Procura de Estimulo Sensorial (DC:0-3 430)** é caracterizado pela presença de uma subreatividade aos estímulos sensoriais, sendo que as crianças que se inserem neste tipo de diagnóstico clínico apresentam uma grande necessidade em procurar estímulos sensoriais de grande intensidade e de longa duração. Este padrão de reatividade sensoriomotora poderá estar associada à *Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (DSM-5)* mais precisamente o subtipo impulsivo ou combinado (DC:0-3R, 2005).

Contudo, os padrões de reatividade sensorial presentes neste subtipo caracterizam-se por: Uma procura incessante de estímulos sensoriais muito intensos (alto nível limiar sensorial), comportamentos com carácter destrutivo e/ou associados a um alto-risco, com hiporreatividade sensorial. A um nível motor, o padrão é caracterizado por: Uma grande necessidade em recorrer a descargas motoras (hipercinésia) e impulsividade difusa (desorganizada). Crianças em idade pré-escolar poderão apresentar ainda comportamentos dotados de agressividade (nem sempre intencional), intrusivos, falta de cuidado e uma maior propensão para acidentes. O padrão comportamental é caracterizado pela presença de: Elevados níveis de atividade motora, procura permanente de contacto com o outro (pessoas) e objetos (estímulos) e uma preferência por jogos e objetos com temáticas mais agressivas (DC:0-3R, 2005).

É referido na literatura (Ayres 1979; Arbesman & Lieberman, 2010; Cosby, Johnston, & Dunn, 2010; DeGangi & Greenspan, 1988), a associação entre perturbações regulatórias, problemas de modulação sensorial e alterações do comportamento.

O temperamento irritável e hiperatividade surgem associados situações de defesa táctil, visual e auditiva (Case-Smith, Butcher, & Reed, 1998).

Os estímulos sensoriais provenientes dos recetores internos (vestibulares e proprioceptivos) como externo (tácteis, auditivos e visuais) e que é recebida a nível cerebral é processada e confrontada com aprendizagens e memórias já armazenadas nas estruturas cerebrais, num contínuo auto-organizado, numa “espiral de transações”, entre os níveis de ordem comportamental, neurobiológicos e ambientais, tendo como resposta a produção de um comportamento, que em circunstâncias normais se prevê adaptado (Bundy & Murray 2002; Miller 2006).

Num processo normativo, a criança tem capacidade e competência neurológica para regular e modular estes estímulos/informação sensorial, por outro lado, poderão surgir complicações neste processo complexo, que por uma desadequação dos próprios estímulos (excesso ou défice de estímulos sensoriais) ou por características da criança (dificuldades na modulação e/ou processamento dos estímulos sensoriais). Nestes casos, surgem quadros de hiper ou hiporreatividade sensorial implicações no funcionamento da criança, mais precisamente a um nível comportamental (comportamentos irritáveis, imprevisíveis, agitação psicomotora, isolamento social, entre outros., com repercussões na relação entre pares (Case-Smith et al. 1998; Lane 2002; Reebye & Stalker 2008). Este processo de integração sensorial faz-se numa interação entre os processos psicológicos, neurofisiológicos e com as estruturas cerebrais (inferiores e com as áreas de associação: tálamo, tronco cerebral e hipocampo) (Mulligan 2002).

A **Perturbação de Desenvolvimento da Coordenação Motora** caracteriza-se por um baixo desempenho (abaixo do nível esperado para a idade cronológica e quociente de inteligência) nas atividades quotidianas (as que envolvem coordenação motora) sendo que este défice (motor) interfere com a sua funcionalidade (atividades da vida quotidiana e o rendimento escolar do indivíduo). Esta perturbação é um diagnóstico de exclusão e não preenche os critérios de Perturbação Global do Desenvolvimento (Perturbação do Espectro do Autismo- DSM-5), não é devida a um estado físico geral (exclui-se a perturbação neuromotora) (Matos, 2009).

As **Perturbações Específicas da Linguagem (PEL)** são um diagnóstico de exclusão (diagnostico diferencial) e correspondem a um desempenho linguístico significativamente inferior ao desempenho obtido nas outras áreas do desenvolvimento psico-motor (DSM IV). Existem vários tipos, nomeadamente: a PEL Expressiva, PEL Mista (Recetiva-Expressiva), PEL Fonológica, Gaguez e Perturbação da Comunicação sem outra especificação. A persistência e continuidade de uma PEL no desenvolvimento (ultrapassando os 5 anos de idade) constitui um risco acrescido para o despoletar de uma Perturbação Específica da Aprendizagem. A etiologia principal do atraso da linguagem é a Deficiência Mental, seguida das Perturbações do Espectro do Autismo e finalmente as PEL e a deficiência auditiva (Matos, 2009).

As **Perturbações Específicas da Aprendizagem** compreendem as perturbações da leitura, perturbações da escrita, cálculo e mista. Poderão ser denominadas por

Dislexia, Disgrafia/Disortografia e Discalculia, respetivamente. O seu diagnóstico (DSM-5) envolve a presença de um desempenho ao nível da leitura, escrita e/ou cálculo inferior ao esperado para a idade, escolaridade e inteligência do indivíduo (QI). Deverá excluir-se a deficiência mental, perturbações globais do desenvolvimento ou falta de estimulação ou ensino deficitário (Matos, 2009).

A dislexia corresponde a uma dificuldade específica na aprendizagem da leitura e escrita, é uma perturbação com base genética e tradução neurobiológica comprovadas e que surge numa criança com um nível cognitivo adequado à idade (sem debilidade ou défice cognitivo) e a usufruir de um tipo de ensino de qualidade (adequado) (Matos, 2009).

As dificuldades características desta perturbação encontram-se ao nível do reconhecimento palavras, diminuição da capacidade de descodificação e dificuldades específicas na ortografia. Devem-se à presença de um défice no componente fonológico da linguagem, com diminuição da consciência fonológica (capacidade de processar e analisar os sons da linguagem oral), diminuição da memória verbal de curto prazo e de trabalho, dificuldades na nomeação rápida (evocação de vocabulário), dificuldades na repetição de pseudo palavras dificuldades no processo de descodificação (provocando uma leitura imprecisa, com erros, trocas de letras, deduções e omissões, pouco fluente, lenta, erros ortográficos frequentes, confusões fonológicas) (Matos, 2009).

A Perturbação Cognitiva Não-Verbal, tal como a sua designação, corresponde a um perfil onde maioritariamente são as capacidades não-verbais que se encontram afetadas. Existem défices da perceção visual (visuo-espaciais; coordenação olho-mão), défices da motricidade, discalculia, disgrafia, desatenção, défices da perceção tátil, bom desempenho linguístico (prosódia, tom e melodia do discurso peculiar e pragmática, linguagem pobre embora com adequação aos contextos e interlocutores) comprometimento ao nível da socialização. É um perfil funcional presente no Síndrome de Asperger (Matos, 2009).

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) É uma perturbação neurobiológica com grande incidência no desenvolvimento e comportamento infantojuvenil, sendo o seu diagnóstico realizado aquando o preenchimento dos critérios diagnósticos DSM-IV (atualmente, DSM-5). A sua designação foi proposta por George Still em 1902 (Cordinhã & Boavida, 2008),

seguindo-se com várias denominações, tais como disfunção cerebral mínima, défice de atenção, perturbação hipercinética ou síndrome psico-orgânico da criança, seguindo-se até à que se assume atualmente, PHDA, de acordo com a classificação da Academia Americana de Psiquiatria. (DSM-5). É uma perturbação comportamental e não um problema disciplinar, podem coexistir problemas disciplinares associados à PHDA, embora nunca possam explicar a totalidade do quadro clínico caracterizado por grandes dificuldades em manter a atenção e concentração em tarefas que envolvam a presença de processos mentais mais complexos, por períodos prolongados, não persistindo nas mesmas e distraíndo-se com grande facilidade, (Cordinhã & Boavida, 2008). Verifica-se em alguns casos a presença de elevados níveis de impulsividade. Estes défices implicam no funcionamento da criança ou jovem com a perturbação, com maior incidência ao nível do desempenho escolar. Contudo também outras áreas ficam comprometidas com estes comportamentos, tais como a área da socialização (impulsividade exagerada, dificuldade em acatar as regras do grupo e baixa tolerância à frustração), emocional, académica/escolar. Constitui-se um distúrbio crónico, que perdura no tempo, causando sofrimento não só às crianças atingidas como também à suas famílias (Matos, 2009).

A hiperatividade diminui com o crescimento, iniciando esse decréscimo na adolescência, porém, outras características desta perturbação, como a desatenção e a impulsividade poderão persistir até à idade adulta, (Cordinhã & Boavida, 2008).

A PHDA é mais comum no sexo masculino embora na adolescência a diferença entre sexos seja menos evidente. No género feminino, há uma maior incidência subtipo desatento sendo mais comum no género masculino a presença da hiperatividade e impulsividade. Estudos de Genética Molecular revelaram defeitos em genes dos recetores 2, 4 e 5 da dopamina, do transportador de dopamina e da dopamina-hidroxilase, do gene do transportador da serotonina, do recetor 1B da serotonina e da proteína sinaptossomal associada ao gene 25 (SNAP-25) (Cordinhã & Boavida, 2008).

São visíveis as alterações nas variadas estruturas cerebrais, mais precisamente com diferenças discretas ao nível da estrutura, volume e função (córtex do lobo frontal, temporal e parietal, gânglios basais *striatum*, áreas do corpo caloso e cerebelo *vérmis*; diferenças na ativação do lobo frontal - tarefas que requerem controlo inibitório entre outras). Há uma provável justificação na relação/interação gene-ambiente, determinante para o fenótipo (Cordinhã & Boavida, 2008).

Entre outros estudos, surgem resultados estatisticamente significativos que relacionam que o consumo de álcool e drogas, como a nicotina e benzodiazepinas na fase pré-natal assim como complicações pré e perinatais (baixo peso de nascimento, prematuridade, traumatismo crânio-encefálico e anóxia), podem ser preditores de futuras alterações comportamentais (Cordinhã & Boavida, 2008).

A PHDA coexiste frequentemente com as Perturbações Específicas da Aprendizagem, com a Perturbação de Oposição e com outras perturbações do desenvolvimento. É uma perturbação que, se não for tratada, acarreta risco de insucesso escolar, comportamentos de risco (consumo de drogas ilícitas, alcoolismo e gravidez na adolescência), insucesso laboral e alterações no relacionamento social e familiar (Matos, 2009).

As **Perturbações de Oposição e de Conduta** são perturbações disruptivas do comportamento (em algumas situações surgem em comorbilidade com a PHDA). As Perturbações de oposição consistem na presença de um padrão comportamental dotado de uma grande incapacidade em obedecer e cumprir regras epositor. As Perturbações de Conduta apresentam as características (padrão comportamental) anteriores, mas mais acentuadas, associadas a uma conduta antissocial e desviante (graves violações de regras). Estas crianças ou jovens não sendo submetidos a uma intervenção em fases mais precoces (infância e/adolescência) podem evoluir para uma perturbação da personalidade antissocial, e/ou abuso de substâncias (Cordinhã & Boavida, 2008).

1.3. DOENÇA CRÓNICA NA INFÂNCIA

As doenças crónicas são caracterizadas pela sua longa duração e necessidades de continuidade de cuidados ao longo de toda a vida. Na infância, estas enfermidades são variadas e heterogéneas podendo causar deterioração física e um grande impacto no desenvolvimento da criança (Garralda, 1994; Heinzer, 1998; Wasserman, 1992). Estas doenças, envolvem a presença de todo um processo de adaptação, que poderá envolver limitações físicas, psicológicas, alimentares e sociais. Desta forma a presença de uma doença crónica, dependentemente da sua natureza, prognóstico e gravidade, constitui uma fonte de *stress* muito significativa (Ridder & Schreurs, 2001; Vieira & Lima, 2002).

É estimado que cerca de 15% a 18% da população mundial de crianças e adolescentes possa ter alguma manifestação de problema crônico, incluindo condições físicas, perturbações no desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem e doença mental (Perrin & Shonkoff, 2000).

Uma das doenças mais prevalentes na infância é a Paralisia Cerebral, mais precisamente, uma disfunção neuromotora não progressiva, secundária a uma lesão cerebral que ocorre nos estágios precoces do desenvolvimento da criança, muitas vezes no período perinatal. Nos países em desenvolvimento tem mais prevalência, sendo importante a intervenção precoce para ajudar a criança a conseguir um desenvolvimento otimizado (Sousa & Pires, 2003).

1.4. FAMILIAS COM PERTURBAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO

1.4.1. Conceito de família, parentalidade e coparentalidade

É estimado que cerca de 15% a 18% da população mundial de crianças e adolescentes possa ter alguma manifestação de problema crônico, incluindo condições físicas, perturbações no desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem e doença mental (Perrin & Shonkoff, 2000).

A primeira grande abordagem teórica do conceito de família é sistémica (Doron & Parot, 2001), considerando a família como um sistema que integra um conjunto de elementos, em constante interação entre si e com o meio circundante, e que atravessa o processo de desenvolvimento dividido por vários estádios de evolução (Alarcão, 2006). Como sistema que é, “a família comporta diversos componentes que se organizam em unidades sistémico-relacionais ou subsistemas” (Alarcão, 2006). Numa perspetiva psicanalítica, família remete para “diversas modalidades de grupos naturalmente constituídos e culturalmente instituídos que reúnem, numa experiência vital comum, seres humanos diferenciados segundo a sua pertença geracional e a sua pertença sexual” (Houzel, Emmanueilli, & Moggio, 2004).

A família é um conjunto de elementos (sistema), que inclui outros sistemas se inserem em sistemas ainda mais alargados (Alarcão, 2000). Estes sistemas encontram-se ligados por um conjunto de relações que estão em contínua ligação com o exterior, mantendo o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido ao

longo de estádios de evolução diferenciados (Sampaio & Gameiro, 1985). Pode ainda ser definida também a família como uma rede de relações na qual o comportamento de cada elemento influencia e é influenciado pelo comportamento de outros, compondo um processo de influências mútuas (Barker, 2000). Este conceito não deverá ser rígido, contemplando variações devido aos vários tipos de família existentes atualmente (relações homo e heterossexuais, união de fato, famílias monoparentais, famílias com crianças adotadas) (Vaz Serra, 2000).

Relvas (2000), distingue vários subsistemas familiares tais como o sistema individual, o parental, conjugal e o sistema fraternal. Concebe que compete à família e à sua forma como esses subsistemas se organizam e as relações que estabelecem entre sua organização e competência para auto-organizar e regular quando as circunstâncias internas ou externas se alteram.

A família constitui ainda um lugar privilegiado para o processo de desenvolvimento normal e socialização da criança, exercendo uma influência precoce e contínua, geradora de oportunidades e de contactos com os outros (Bronfenbrenner, 1996).

O comportamento de cada um dos elementos da família não deverá ser independente do comportamento dos outros, uma vez a vida familiar é vista como um todo, associado às pessoas e relações do sistema familiar (Alarcão, 2006; Schmidt & Bosa, 2003).

É através da proteção que a família proporciona, educação e transmissão transgeracional, que se assegura a sobrevivência e desenvolvimento da criança, sendo esta um importante elemento do núcleo familiar (Houzel et al., 2004). Desta forma, apercebemo-nos de que há toda uma influência bidirecional entre a criança – família, sendo independente do fato de a criança apresentar-se ou não com uma perturbação no seu desenvolvimento. Este ciclo vital é caracterizado pela presença de crises, eventos e condições (ter uma criança com perturbação de desenvolvimento) por vezes mais complicados da família lidar levando muitas vezes a um aumento dos níveis de *stress* parental e familiar (Tallón, Ferro, Gómez, & Parra, 1999). Todas estas situações descritas anteriormente assumem grande influência o processo de desenvolvimento da família, prejudicam o funcionamento familiar, tendo os membros da família que

encontrar estratégias (*coping* /afrontamento) para lidarem com as situações adversas e reorganizarem a saúde geral da família (Lázaro, 2012).

Já Spitz, Gibbon, e Endicott (1971, citado por Stein & Reissman, 1980), desenvolveram a *Family Evaluation Form* com o objetivo de perceber o impacto de um doente psiquiátrico na família. Contudo, no que concerne à avaliação do impacto da saúde mental infantil, na família, nos anos 80, Stein e Reissman (1980) surgiram com o conceito de “impacto na família” associado à doença crónica na criança. Este conceito foi inicialmente definido como o efeito que a doença da criança tem em todo o sistema familiar (Stein & Reissman, 1980), inferindo que o fato de existir numa família uma criança com doença crónica, esta tem de fazer uma série de ajustamentos e adaptações (a nível da organização e dinâmica familiar) para conseguir ser funcional nesta nova realidade (Lázaro, 2012).

Contudo, também se verifica uma outra vertente, quando a família tem de se confrontar com uma situação de doença, tendo de se apoiar mutuamente, com movimento de maior coesão, os seus membros experienciam papéis e respetivas funções diferentes entre si (Stein & Reissman, 1980).

Belsky (1984) apresentou um modelo dos determinantes da parentalidade, dando enfoque às variáveis relacionadas com o comportamento parental, nomeadamente, características pessoais e de personalidade, históricas, sociais, comportamentais e conjugais. O Este modelo assumiu-se de grande importância nesta área específica, envolvendo mudanças significativas em termos científicos, dando especial enfoque ao impacto da relação conjugal no ajustamento da parentalidade e do comportamento da criança. Por sua vez, Abidin desenvolveu um modelo sobre o comportamento parental surgindo a variável *stress parental* como ponto central, justificando que esta variável assumia uma função motivacional para as famílias usufruírem dos recursos que possuíam, de forma a apoiarem a parentalidade, dando especial atenção às variáveis sociológicas, ambientais, comportamentais e de desenvolvimento, preditores do comportamento parental, surgindo uma variável designada por *aliança parental*, em substituição da “relação conjugal” (Belsky, 1984).

Segundo Abidin e Brunner (1995) a aliança parental só se estabelece quando: a) ambos os pais investem na criança, b) ambos os pais valorizam o envolvimento do outro

com a criança; c) ambos os pais respeitam a opinião do outro pai em relação à criança e d) ambos os pais desejam comunicar um com o outro.

Atualmente, a investigação utiliza um novo conceito *coparentalidade* que representa a relação estabelecida entre os progenitores no processo de parentalidade. Este novo construto foi definido por Feinberg (2003) como sendo “à forma como os pais ou as figuras parentais se relacionam entre si enquanto pais”. Entretanto surgem outras definições de coparentalidade, sendo uma delas apresentada pelos investigadores Egeren e Hawkins (2004), em que a relação de coparentalidade surge como sendo realizada pelo menos por duas pessoas, com responsabilidade conjunta por assegurar a proteção, bem-estar e educação de uma criança. Esta nova assume mais flexibilidade no que concerne à anterior definição do subsistema familiar, podendo desta forma a família assumir estruturas diferentes (pais casados, em união de facto ou divorciados). Desta forma, a coparentalidade passou a definir-se como sendo a sincronização dos adultos responsáveis pelo processo de criar e educar uma criança (Groenendyk & Volling, 2007).

Feinberg (2002, 2003) operacionaliza o modelo de aliança parental (sendo a sua percepção estável ao longo do ciclo vital) em quatro dimensões relacionadas entre si embora distintas, sendo a primeira a existência de uma gestão conjunta da família (interações entre os membros da família); a partilha de tarefas inerentes às responsabilidades com a criança; o apoio ou audiência do mesmo na díade (pais) e o acordo no que concerne aos cuidados básicos e educação da criança, (representando o grau de concordância das figuras parentais nas prioridades educacionais e necessidades emocionais). Esta relação de aliança pressupõe uma renegociação aquando em situações de transição familiar, sendo a etapa mais afetada em termos da relação parental a correspondente ao período da adolescência (deixando às características da própria fase de desenvolvimento). O Autor defende que a aliança parental assume uma função mediadora entre os fatores de risco e os comportamentos familiares.

Os Fatores associados ao desenvolvimento infantil têm sido abordados por alguns clínicos e investigadores, sendo que Garnezy (1985), classificou-os em três categorias, nomeadamente: os atributos disposicionais da criança (atividades, autonomia, orientação social positiva, autoestima, preferências); as características da família (coesão, afetividade e ausência de discórdia e negligência); as fontes de apoio individual

ou institucionais disponíveis para a criança e a família, a socialização da criança com os pares e pessoas de fora da família, o suporte cultural, o atendimento individual (atendimento médico ou psicológico, instituições religiosas, entre outras situações).

Rae-Grant, Thomas, Offord e Boyle (1989) referem que o temperamento positivo, a inteligência acima da média e a competência social (realização acadêmica, participação e competência em atividades, habilidade de se relacionar facilmente, alta autoestima e senso de eficácia), constituem-se como fatores de proteção ao desenvolvimento da criança.

Werner (1998) destaca, a segurança e a coerência na vida da criança, salientando que independentemente da religião, as crenças religiosas concedem um sentido de coerência às suas vidas. Os pares (colegas e amigos) constituem um bom suporte emocional, e os professores podem assumir-se como um modelo positivo de identificação pessoal para uma criança de risco.

A família tem uma função de extrema importância ao nível da proteção da criança, Bee (1995), destaca-a como sendo responsável pelo processo de socialização da criança, sendo através da mesma que a criança adquire comportamentos, habilidades e valores apropriados e aspiráveis à sua cultura. Em relação com a família, a criança internaliza normas e regras, que as organizam e propiciarão uma melhor socialização e autonomização (Maia & Williams, 2005).

1.4.2. Impacto da perturbação na dinâmica familiar

O nascimento de um filho, é assinalado na sua maioria por um momento de felicidade e de concretização de um desejo, contudo impõe uma série de mudanças na família, que por sua vez implicam ajustamentos e elaboração desta nova fase. Também as relações (reorganização das relações), intra e interfamiliar, e intersistêmicas deverão ser reorganizadas (Alarcão, 2006). Desta forma, o nascimento de uma criança com perturbação de desenvolvimento implicará uma série mudanças e ajustamentos acrescidos no sistema familiar, com grande impacto na vida dos pais (Seltzer, Greenberg, Floyd, Pette, & Hong, 2001). A presença de uma PD tem impacto na criança e em toda a família, com maior enfoque no cuidador principal, sendo este, normalmente a mãe (Altman et al., 1999).

O funcionamento familiar surge como um preditor de relevo face ao ajustamento da criança à doença crónica, sendo que a família pode apaziguar os efeitos adversos da doença, promovendo todo um ambiente facilitador para que a criança se integre e viva mais normal possível (Castro & Peccinini, 2002).

O diagnóstico de uma perturbação de desenvolvimento, é na sua maioria sentido de forma muito intensa revestido de todo um conjunto de emoções (choque, descrença, desilusão e sentimento de perda) seguido de um período de desorganização emocional (com negação, raiva e culpa) (Kenny & Corkin, 2011; Odom et al., 2007; Trute et al., 2010). Contudo, é esperado que estes pais elaborem esta nova condição nas suas vidas, até atingirem um nível de aceitação e reorganização emocional, ativando-se processos semelhantes aos experienciados num evento traumático (Gupta & Singhal, 2004).

Desta forma e de acordo com alguns estudos, compreende-se o fato de as mães de crianças com PD relatarem a presença de quadros de grande debilitação ao nível da sua saúde física e emocional, comparativamente com grupos de controlo (Oh & Lee, 2009).

Referem-se alterações significativas ao nível rotina familiar aquando a presença de uma criança com PD (Trute et al., 2010), o aumento das despesas, mais conflitos conjugais (Yau & Li-Tsang, 1999) ou a separação/divórcio, com a mudanças nas expectativas sobre a saúde e sobre o desenvolvimento dos outros filhos (Reichman, Corman, & Noonan, 2008).

Eddy & Engel (2008) dão enfoque à presença de mais isolamento social por parte destes pais e destas famílias. Esta situação deve-se ao fato de a criança ser o foco da atenção do cuidador, ficando este (cuidador) mais negligenciado (Kenny & Corkin, 2011). Muitas vezes, estes comportamentos de isolamento, implicam um menor acesso a cuidados de saúde, comparativamente com as famílias de crianças com um desenvolvimento normativo (Eddy & Engel, 2008).

No que concerne ao impacto que uma criança com PD possa ter impacto nos irmãos, estes poderão experienciar sentimentos negativos (culpa, vergonha, embaraço), mas a perceção subjetiva do cuidador acerca da carga que nele recai determina o impacto que a mesma tem nos outros filhos (Oh & Lee, 2009), ainda assim, a atitude da família contribui significativamente para o prognóstico da PD na criança (Gupta & Singhal, 2004).

Hastings (2007) refere no seu estudo, que os irmãos de crianças com PD, comparativamente com os irmãos de crianças com desenvolvimento normativo, podem apresentar mais problemas psicológicos e de comportamento, uma autoestima mais baixa, com mais sintomas de depressivos.

Por outro lado, o convívio com uma criança com algum tipo de atraso de desenvolvimento, possibilita os irmãos se confrontarem com uma oportunidade para a aprendizagem de princípios de ajuda e cuidado e demonstrarão mais autoconfiança e independência, mais maturidade, responsabilidade, altruísmo, tolerância, preocupação com os outros (Cate & Loots, 2000) ficando mais próximos da família e mais atentos à dinâmica familiar (Fiamenghi & Messa, 2007).

Estudos mostram diferenças significativas entre género, sendo que os pais das raparigas se encontram melhor ajustados do que os pais dos rapazes com PD (Trute et al, 2010; Lázaro, 2012).

Alguns autores referem as famílias com melhor rendimento (económico) tendem a relatar maior bem-estar emocional e satisfação, por disporem de mais recursos para gerir e lidar com os problemas relativos à PD dos filhos (Scorgie, Wilgosh, & McDonald, 1998). Por outro lado, a pobreza e a qualidade de vida das famílias constituem-se como variáveis potenciadoras do aumento do risco de PD podendo condicionar as capacidades de aprendizagem da criança (Fujiura & Yamaki, 2000).

Apesar de se dar grande relevância ao negativo associado à presença de uma perturbação de desenvolvimento numa família, encontram-se cada vez com mais frequência estudos que relatam que o impacto de uma situação geradora de *stress* também pode consequências positivas, mais especificamente no que se prende com o significado parental atribuído à experiência, designadamente se ele é facilitador da aceitação e adaptação à condição adversa que a criança e a família têm de enfrentar (Blacher & Hatton, 2001/2007; Lázaro, 2012).

1.4.3. Modelo Biopsicossocial

Em 1970 o médico George Engel propôs o modelo biopsicossocial com base nos princípios da Teoria Geral dos Sistemas, atribuída a Von Bertalanffy, em 1975. Engel alertou para o fato de ao nível da saúde, apenas haver uma compreensão a partir

de um modelo biomédico, separando a mente do corpo, negligenciando as dimensões sociais e psicológicas (Schmidt, 2004).

Este modelo (biopsicossocial) tem em conta as relações hierárquicas como sendo interdependentes dos sistemas biológico, psicológico, individual, familiar e comunitário. Engel fomentou uma compreensão sistêmica das relações entre as esferas biológicas e sociais, dando relevância aos processos de comunicação entre os diferentes sistemas. Quase em simultâneo, as teorias oriundas da prática clínica familiar também utilizavam uma terminologia similar, nomeadamente a abordagem sistêmica na compreensão da relação entre saúde e família (Minuchin et al., 1978).

McDaniel e colaboradores referiram que a prática na terapia familiar na saúde, ainda não estaria totalmente integrada a um modelo psicossocial. Deram como exemplo as teorias familiares sistêmicas que emergem dos estudos sobre a esquizofrenia (Wynne, 1989) como sendo modelo com orientação psicossocial genuína. Neste modelo genuíno a condição da doença não é apenas vista como consequência de uma “etiologia” final, mas como parte de um processo comportamental e epigenético complexo, envolvendo múltiplos níveis sistêmicos. Estas são aplicáveis às perturbações globais do desenvolvimento, especialmente autismo, no qual estão implicados tanto fatores biológicos quanto ambientais (Schmidt, 2004).

Outro modelo é o da *resposta de ajuste e adaptação familiar*, que concilia teorias cognitivas e sistêmicas para explicar os esforços da família para lidar com as demandas das doenças e a cronicidade da mesma, padrões de *coping* e crenças (Patterson, 1989). Nesta mesma linha, o “modelo de recurso”, em que o funcionamento familiar e rede de apoio social são vistos como um recurso ou redutor da gravidade da doença, em oposição ao “modelo de *deficit*”, entende o *stress* familiar e padrões relacionais como podendo exacerbar a doença negligenciando os cuidados prestados. Um modelo que expande essas noções e tem-se destacado é o proposto por Bradford (1997).

Um estudo que teve por base os modelos anteriores (Lazarus & Folkman, 1984; Moos & Schaffer, 1984), propõe uma abordagem psicossocial que integra concepções cognitivas e sistêmicas, num metamodelo.

Bradford (1997), no seu modelo psicossocial, postula a doença crônica como sendo uma condição específica, requerendo cuidados especiais. Contudo, a apesar da

ambiguidade desta definição, esta contemplada na mesma, que algo crônico pressupõe a presença de períodos de agravamento das condições de saúde relativamente longos ou recorrentes no tempo (Bradford, 1997). Este modelo se diferencia dos outros modelos, devido à noção de que a presença de psicopatologia familiar não é vista como uma consequência direta da ocorrência de enfermidades crônicas na família, mas como um processo que depende (entre outras variáveis), da forma como a família gere o *stress* (Schmidt, 2004).

Refere ainda que o fato de uma família se encontrar ajustada não implica uma total ausência de patologia. Minuchin et al, (1978), refere que o sistema familiar pode ser dividido em subsistemas internos, caracterizados pelo relacionamento entre seus membros, como por exemplo, as relações filho-filho, pai-filho, mãe-filho, pai-mãe, entre outros (Minuchin et al, 1978). Neste grande sistema, cada elemento pertence a diversos subsistemas que caracterizam padrões próprios de comportamentos, sendo as fronteiras existentes entre cada subsistema definidas pelas regras dos mesmos (Schmidt, 2004).

O papel da religião, foi reforçado por Beresford (1994), diferenciando as **crenças religiosas** das estratégias de *coping*, sendo a o papel do *coping* de grande importância e relevância, no momento do diagnóstico e início dos sintomas, como também constituindo um recurso relevante durante todo o processo de prestação de cuidados à criança, e as crenças religiosas de grande importância na interpretação ou redefinição do significado das dificuldades do filho com problemas. Alguns pais acreditam terem sido escolhidos, como tendo características específicas para lidarem com uma criança com dificuldades, sendo dotados de forças para conseguirem fazer face às exigências inerentes a esta condição de vida (Beresford, 1994).

Nihira, Meyers, e Mink (1980), nos seus estudos encontraram uma associação positiva entre a fé e religiosidade e o modo eficaz com que familiares lidam com os problemas de seus filhos. Contudo e ao invés do anteriormente referido, também poderão constituir uma vulnerabilidade, quando estes pais atribuem a situação da doença ou perturbação dos filhos a si próprios, culpabilizando-se pela condição da criança (Beresford, 1994).





CAPÍTULO 2.

***COPING* / AFRONTAMIENTO**

2.1.DEFINIÇÕES E TEORIAS

Lazarus e Folkman (1984) definem o *coping* como sendo todo um conjunto de esforços comportamentais e cognitivos, em permanente mudança, cujo principal objetivo é gerir as exigências internas ou externas específicas, consideradas como excedendo os recursos pessoais. A utilização de estratégias de *coping* adequadas remetem para um bom ajustamento culminando no *bem-estar*, num bom *funcionamento social*, *saúde somática* adequada (Lazarus, DeLongis, Folkman, & Gruen, 1985).

O *coping* é definido como sendo um mediador entre um *stressor* e o resultado advindo desse *stressor* (Folkman & Lazarus, 1980; Patterson, 1989). Ainda assim, existe uma relação intrínseca entre as estratégias de *coping* e seus resultados, contudo esta situação tem provocado alguma controvérsia acerca do que seriam tentativas de *coping* e resultados de *coping* (Patterson, 1989), ou recursos de *coping* e resultados de *coping* (Beresford, 1994).

Os *esforços* referem-se ao processo e não ao resultado. Lazarus (1993) refere-se ao *coping*, nesta perspetiva que emergiu na década de 70, que se caracteriza por ser microanalítica, contextual e orientada para o processo. Esta perspetiva assume quatro características: a) salienta a descrição de pensamentos e ações que ocorrem numa dada situação *stressante* ou em vários estádios dessa situação; b) a avaliação do *coping* não questiona o que a pessoa devia ou podia fazer ou pensar, ou o que costuma fazer numa dada situação (mas o que se passou num contexto particular, assumindo que o que se passou muda com o tempo ou com a alteração da situação ou contexto, constituindo-se um processo e ocorrendo em resultado de uma interação ativa entre a pessoa e o meio (relação psicológica pessoa-meio); c) a avaliação do *coping* implica que se avalie o mesmo indivíduo em vários contextos e momentos para identificar a estabilidade e a mudança nas ações e pensamentos relacionadas com o *coping*; d) deve haver prudência na avaliação se um processo de *coping* é bom ou mau, dado estar dependente da pessoa, dos seus objetivos, dos resultados procurados e das suas preocupações (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

O *coping* tem sido definido como um fator estabilizador, facilitador do ajustamento individual do indivíduo, quando este se encontra face a situações ou momentos *stressantes* (Holahan & Moos, 1987). Estes autores definem de *coping* como

sendo a presença de qualquer esforço de gestão de *stress*; das coisas que as pessoas fazem para evitarem ser magoadas pelos constrangimentos da vida; dos comportamentos cobertos ou abertos que as pessoas implementam para eliminar o *distress* psicológico ou as condições *stressantes*.

O construto do *coping*, inicialmente revestia-se nas teorias da psicologia do ego de inspiração psicanalítica em que definia nos modos estáveis de lidar com o meio. Freud (1933) designava por mecanismos de defesa os processos inconscientes que os indivíduos utilizavam para lidar com ameaças internas ou conflitos, sendo que todos estes mecanismos de defesa eram patológicos (Parker & Endler, 1992). Posteriormente, os mecanismos de defesa foram divididos em primários e secundários, sendo que uns se revestiam como sendo mais patológicos e primitivos do que os outros. Com o evoluir desta conceção, os mecanismos de defesa passaram a ser considerados adaptativos ou de não adaptativos (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Nos anos 70 o *coping* passou a ser considerado fundamentalmente como um processo de resposta consciente ou uma reação a um acontecimento externo negativo (em oposição a interno de Freud) ou *stressante* (Parker & Endler, 1992).

Antoniazzi, Dell’Aglia, e Bandeira (1998) consolidam as diferenças entre o *coping* e os mecanismos de defesa. O seu estudo de revisão teórica sobre o conceito de *coping*, verificou que os comportamentos associados aos mecanismos de defesa são classificados como mais rígidos e inadequados com relação à realidade externa, originários de questões do passado e derivados de elementos inconscientes. Por outro lado, os comportamentos associados ao *coping*, apresentam-se mais flexíveis com um objetivo, adequados à realidade e orientados para o futuro, com derivações conscientes, sendo as estratégias de *coping* ações deliberadas que podem ser aprendidas, usadas e descartadas. Mais uma vez, em oposição, os mecanismos de defesa que são inconscientes e não intencionais (negação, deslocamento, regressão) não podem ser de forma alguma considerados como estratégias de *coping* (Schmidt, 2004). Também surgiam na comunidade científica terminologias tais como “*coping* e mecanismo de defesa” como sendo sinónimos “*Defense mechanisms (or coping styles)*” (DSM-IV, APA, 1994).

Quanto à eficácia das estratégias de *coping* utilizadas pelo indivíduo e apesar da subjetividade da adaptabilidade das estratégias de *coping*, este (*coping*) deverá ser

encarado como independente do seu resultado positivo ou negativo (Beresford 1994). Nesta linha, uma estratégia de *coping* não poderá ou deverá ser considerada como boa ou má, adaptativa ou mal adaptativa (Antoniuzzi et al., 1998).

O *Coping* poderá assumir um papel moderador entre a ação das variáveis independentes nas dependentes. Uma variável moderadora assume-se como sendo aquela variável que surge de forma inesperada alterando a relação, sentido ou intensidade entre as variáveis dependentes (resultantes) e a independentes (antecedente). Desta forma, compreende-se que o *coping*, possa assumir uma ação moderadora quando, numa situação de *stress*, dependentemente das estratégias de *coping* utilizadas pelo indivíduo, este possa proteger-se de uma resposta emocional mais desadaptativa (Sousa et al., 2009).

2.1.1. Teoria de *coping* de Lazarus e Folkman

O *coping* é uma variável intermediária que media um acontecimento e os resultados ou consequências desse mesmo acontecimento. Se este processo funcionar de uma forma ideal ou exemplar, longo prazo os resultados serão positivos, com efeitos adaptativos (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Lazarus et al. (1985) apresentam um modelo integrador de variáveis pertinentes que, segundo a sua teoria, estão envolvidos em situações *stressantes*. Folkman e Lazarus (1980) desenvolveram uma medida clássica das estratégias de *coping* “Ways of Coping”, esta escala inclui duas categorias de subescalas; *coping* focado no problema com cinco formas de *coping* (ou sub escalas), e *coping* focado nas emoções com três formas de *coping*. Lazarus (1993) explica que a maioria das pessoas utiliza as oito formas de *coping* em cada situação *stressante*, embora apresentem uma tendência para utilizarem mais umas do que outras mediante: a) a situação, b) a apreciação ou avaliação, e c) as suas características pessoais. Postulam que: a) o padrão de *coping* altera-se de um estágio da situação para outro; e b) algumas formas de *coping* são mais estáveis do que outras. Defendem que não existem formas de *coping* melhores do que outras, contudo o fato destas estratégias se constituírem ou menos favoráveis depende: a) de quem as usa (personalidade), b) de quando as usa, c) sob quais circunstâncias, e d) a que situação se pretende adaptar.

Este modelo de Folkman e Lazarus (1980) envolve quatro conceitos principais: a) *coping* é um processo ou interação entre o indivíduo e o ambiente; b) tem como função a administração da situação *stressora*, e não o controle/domínio da mesma; c) os processos de *coping* implicam uma avaliação, ou seja, o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo; d) o processo de *coping* pressupõe que os indivíduos despendam esforços cognitivos e comportamentais para administrar (minimizar ou tolerar) as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente. Este modelo tem sido referido como o mais compreensivo dos modelos existentes (Beresford, 1994).

Carver, Scheier, e Weintraub (1989), sem intuito de qualquer alteração ao clássico modelo Folkman e Lazarus (1980), acrescentam alguns aspetos, nomeadamente, referindo-se aos estilos de *coping* ou *coping* natural (*disposition*) para designar modos estáveis de *coping* que as pessoas utilizam em situações *stressantes*; Referem que as pessoas apresentam um conjunto de estratégias de *coping* que se mantêm relativamente fixas ao longo do tempo e situações, mais do tipo traço (características de personalidade), o que foi comprovado através do teste reteste da versão original do COPE (escala para a avaliação do *coping* desenvolvida por Carver e colaboradores) em que, surgem correlações elevadas o que “sugere que a tendência encontrada nas respostas de *coping* medidas com o COPE são relativamente estáveis” (Carver et al., 1989). Dando enfoque às diferenças individuais do indivíduo e à sua influência no processo de *coping*, afirmam haver modos estáveis (traços) ou estilos de *coping* preferidos em que as pessoas importam (partir de experiências anteriores) para as situações *stressantes* mantendo-se relativamente fixos ao longo do tempo.

Esta perspetiva, de certa forma contraria perspetiva clássica que considera que o *coping* é um processo em permanente mudança, orientada para o processo em vez de centrada no traço (Lazarus, 1993), “*if it changes must be a process...*” (Folkman & Lazarus 1985). Desta forma, à luz da perspetiva de Folkman e Lazarus (1980) o *coping* é entendido como um processo dinâmico que muda em função da interação stressante, considerando que a existência de estilos de *coping* não permitiriam a flexibilidade de ajustar a resposta a situações em mudança. Posteriormente, Folkman e Moskowitz (2000) explicam que as abordagens contextuais do *coping* confluem nas seguintes situações: a) o *coping* tem múltiplas funções tais como a regulação do *distress* e a

gestão dos problemas que causam o *distress*; b) o *coping* é influenciado pela avaliação das características do contexto de *stress* incluindo a sua controlabilidade; c) o *coping* é influenciado pelas características de personalidade (*dispositions*), incluindo o otimismo, o neuroticismo e a extroversão; d) o *coping* é influenciado pelos recursos sociais.

Rudolph, Denning, e Weisz (1995) apontaram contradições nas definições de *coping* realizadas por diferentes autores (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Estas incoerências e dificuldades levaram Rudolph et al. em 1995, a propor que o *coping* deveria ser entendido como um episódio, no qual há uma tentativa de separação entre três aspetos fundamentais: uma resposta de *coping*, um objetivo subjacente a essa resposta e um resultado. Esta resposta deverá ser diferenciada de uma resposta de *stress* (que é não intencional e sem objetivo) (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Desta forma, a resposta de *coping* constitui uma ação intencional, física ou mental, iniciada em resposta a um *estressor* percebido, dirigida para circunstâncias externas ou estados internos (Lazarus & Folkman, 1984). Contudo, a resposta de *stress* é qualquer resposta envolvendo uma reação emocional ou comportamental espontânea e o objetivo de *coping*, na intenção de uma resposta de *coping*, geralmente orientada para a redução do *stress* (Lazarus & Folkman, 1984).

Nesta perspetiva, os autores enfatizam a diferença entre resultados de *coping* (consequências específicas da resposta de *coping*) e os resultados de *stress*, (consequências imediatas da resposta de *stress*), sendo que ambos poderão promover, ou não, a adaptação do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984).

Rudolph et al. (1995), postulam que o episódio de *coping* integra um processo que se encontra sob influência de múltiplas variáveis, sendo que neste mesmo processo atuam os moderadores e os mediadores. Estas variáveis para além da sua participação recorrente nas investigações, na área da psicologia social, foram destacadas por Baron e Kenny (1986) e transportadas para posteriores estudos na área do *coping* por Rudolph et al. (1995). Os moderadores consistem em variáveis que afetam a direção ou a intensidade da relação entre uma variável independente e uma variável dependente. No que concerne à sua aplicação ao *coping*, o moderador assumiria uma posição pré-existente que influenciaria o resultado de *coping*, mas que não seria influenciada pela natureza do *estressor* ou pela resposta de *coping*, ou seja, os moderadores

representariam as características da pessoa (nível de desenvolvimento, género, experiência prévia, temperamento), do *stressor* (nível de controlabilidade), do contexto (influência paterna, suporte social) bem como a interação entre esses fatores. Desta forma, os mediadores, são definidos como mecanismos através dos quais a variável independente é capaz de influenciar a variável dependente. Mais precisamente no processo de *coping*, os mediadores corresponderiam à avaliação cognitiva e o desenvolvimento da atenção. A sua principal característica constituiria o facto de serem acionados durante o episódio de *coping*, em oposição aos moderadores, que seriam pré-existentes (Rudolph et al., 1995).

A falta de consenso e unanimidade em relação à definição destes conceitos, ativou uma série de designações por parte dos investigadores nesta área, para designarem construtos idênticos. Rudolph et al. (1995) descrevem que os *moderadores* podem relacionar-se com o conceito de recursos pessoais (constituídos por variáveis físicas e psicológicas que incluem saúde física, moral, crenças ideológicas, experiências prévias de *coping*, inteligência e outras características pessoais) e sócio-ecológicos de *coping* (encontrados no ambiente do indivíduo ou no seu contexto social, incluindo o relacionamento conjugal, características familiares, redes sociais, recursos funcionais ou práticos e condições económicas), descritos por Beresford (1994). Segundo o mesmo, a disponibilidade de recursos influencia a avaliação do evento ou situação, e determinando tipo de estratégias de *coping* que o indivíduo pode usar (Correia, 2010; Weisz, McCabe, & Denning, 1994).

2.1.2. Estilos e estratégias de *coping*/afrontamento

Os estilos de *coping* representam as estratégias utilizadas pelos indivíduos para lidar com acontecimentos indutores de *stress*, sejam de natureza interna ou externa, sendo que ultrapassando os recursos pessoais do indivíduo e na ausência de uma resposta automática, o indivíduo utiliza determinadas estratégias. Estas estratégias mostram-se eficazes quando reduzem a perturbação sentida pela pessoa, e não implicando com o bem-estar e estado de saúde do indivíduo (Vaz Serra, 2002).

A linguagem utilizada na investigação científica designa “*coping*”, “adaptação”, “confronto”, “gerir”, “lida com”, para se referir à mesma variável. Na área da biologia, a investigação de Walter Cannon descreveu o processo de resposta do sistema nervoso

simpático de “fight or flight” ou luta ou fuga face a situações percebidas/sentidas como ameaçadoras à segurança física ou emocional (Pais-Ribeiro, 2009).

O conceito de *coping*, embora seja difícil de definir, é descrito na literatura em termos de estratégias, estilos, respostas, cognições ou comportamentos. A palavra *coping* poderá ser traduzida para português com vários significados tais como: suportar, aguentar, lidar, confrontar. Todavia, o seu sentido científico está relacionado com a capacidade de resolver um problema que surja ou aguentar uma situação que se revele difícil (Vaz Serra, 2000).

Estas estratégias para lidar com o *stress* poderão ser diferentes entre si, nomeadamente: as estratégias orientadas para a resolução direta do problema; as orientadas para a atenuação das emoções (ou procura de apoio social); e as focadas na avaliação. Estas estratégias podem surgir isoladas, ou em conjunto (Vaz Serra, 2002).

Segundo **Folkman e Lazarus** (1980), as estratégias de *coping* podem ser classificadas em dois tipos (dependendo da sua função), o *coping* focado na emoção e o *coping* focado no problema.

O *coping* focado na emoção pode ser definido como um esforço para regular o estado emocional e reduzir a tensão emocional associado ao *stress*, dirigido ao nível dos sentimentos, sendo o seu objetivo modificar o estado emocional do indivíduo (Folkman & Lazarus, 1980). Por sua vez, o *coping* focado no problema é descrito como o esforço para atuar sobre a fonte de *stress*, na tentativa de modificá-la (eliminar a fonte de *stress*) (Folkman & Lazarus, 1980). As estratégias *focadas na avaliação* são a análise lógica, a redefinição cognitiva, e o evitamento cognitivo (Moos & Billings, 1982). Esta é a classificação dos estilos de *coping* avaliada pelo questionário de Folkman e Lazarus, “Ways of *coping*” (Haan, 1982).

Quando o *coping* focado no problema é dirigido para uma fonte externa de *stress*, são utilizadas estratégias de negociação (para resolução do conflito interpessoal com ou sem solicitação de ajuda de outros), quando é dirigido para uma fonte interna, é utilizada a reestruturação cognitiva, como por exemplo, a redefinição do agente *stressor* (Folkman & Lazarus, 1980).

A utilização destas estratégias de *coping*, (focadas no problema, ou focadas na emoção), depende de uma avaliação da situação na qual o próprio indivíduo está envolvido (Folkman & Lazarus, 1980). Esta avaliação poderá ser de ordem mais

primária, ou *secundária*. A avaliação primária reporta-se ao processo cognitivo através do qual os indivíduos analisam o risco envolvido numa determinada situação de *stress*. E a avaliação secundária, à verificação de quais os recursos disponíveis e opções para o indivíduo lidar com o problema. Nas situações identificadas/avaliadas como inalteráveis os indivíduos tendem a usar estratégias de *coping* focado na emoção, por outro lado, as situações avaliadas como modificais, os indivíduos adotam estratégias de *coping* mais focadas no problema (Folkman & Lazarus, 1980).

Para Carver e Scheier (1994), estas duas categorias (*coping* focado na emoção e *coping* focado no problema), poderão ser facilmente percebidas inicialmente, contudo, os seus efeitos poderão ser confundidos.

A literatura aponta para o sentido de que estas duas estratégias de *coping* possam ser de facto usadas em todos os episódios considerados pelo indivíduo como *stressantes*, e que a seleção entre uma ou outra, poderá variar em termos de eficácia, mas condicionado os tipos de agentes *stressores* (Compas, 1987).

Desta forma, o *coping* focado na emoção poderá facilitar o *coping* focado no problema pelo motivo de conseguir reduzir ou até extinguir a tensão, e o *coping* focado no problema também poderá diminuir/atenuar a ameaça (reduzindo a tensão emocional do indivíduo) (Carver & Scheier, 1994).

Coyne e DeLongis (1986) sugeriram uma terceira estratégia de *coping* (1996). Esta estratégia é focada nas relações interpessoais, em que indivíduo para solucionar a situação de *stress* passa por um processo de procura apoio social no seu grupo de pares. Esta estratégia apresenta como principal objetivo, entender melhor o papel da personalidade e dos fatores situacionais nas escolhas das estratégias de *coping* & DeLongis, 1996).

Watson e Greer (1998) utilizaram outra classificação (associada a um outro questionário) na área de investigação sobre o cancro. Estes autores definem os estilos de *coping* mais *passivos* ou mais *ativos*. O *coping* passivo conglobera o fatalismo, preocupação ansiosa e desamparo/desespero. O *coping* mais ativo, abrange o espírito de luta e o evitamento (Watson & Greer, 1998).

As investigações na área do cancro da mama, evidenciam o desamparo/desespero (Watson et al., 1998), o evitamento (Hamptom & Frombach,

2000) como estilos de *coping* menos ativos relacionados com uma resposta mal adaptada e pior prognóstico da doença (Watson & Greer, 1998). Enquanto os estilos de *coping* mais ativos estão associados a uma resposta mais adaptada e a um melhor prognóstico da doença (Classe net al., 1996; Watson & Greer, 1998).

Existem quatro grande abordagens teóricas acerca *coping*, mais precisamente: a *teoria psicanalítica*, a *teoria do ciclo de vida*, *teoria da evolução e da modificação do comportamento*, *perspectivas cultural, social e ecológica* (Moos & Billings, 1982). A *teoria psicanalítica* aborda o ego como sendo agente que soluciona os conflitos entre os impulsos do indivíduo e os constrangimentos da realidade, através de mecanismos cognitivos, com função de defesa (da realidade) centrado nas emoções com objetivo de reduzir a tensão. Na *teoria do ciclo de vida* é dada relevância à aglomeração de recursos pessoais para lidar com diferentes situações ao longo da vida. De outra forma, a *teoria da evolução e modificação do comportamento*, tem em especial atenção as competências existentes para a resolução dos problemas, face à avaliação feita pelo indivíduo da situação, tendo este de dar resposta, sendo a autoeficácia um dos recursos importantes. *As perspectivas cultural, social e ecológica* ressaltam a influência que as fontes ambientais exercem em auxilia da avaliação que o indivíduo faz das situações, e consequente resposta. É através da anexação do contributo de todas estas teorias que resulta um modelo integrativo, que conceptualiza a avaliação e a resposta a um acontecimento *stressante* mediatizada por recursos pessoais e do exterior (Moos & Billings, 1982).

Haan (1982) refere que a avaliação do *stress* e a forma que se reage ao mesmo é objetivamente difícil, contudo, ainda que existam melhores e piores formas, nem sempre é negativo.

Apesar de a literatura existente acerca do *coping* não ser consensual ao nível da definição dos construtos estilos de *coping* e estratégias de *coping*, de uma forma mais generalizada, os estilos de *coping* estão relacionados com características de personalidade (Ryan-Wenger, 1992), e as estratégias de *coping*, vinculadas a fatores situacionais (com características flutuantes, o facto de poderem mudar de um momento para o outro durante o decorrer de uma situação *stressante*) (Folkman & Lazarus, 1980). Diferentes pessoas adotam formas diferentes para gerirem situações *stressantes*, contudo, também desenvolvem formas habituais de lidar com o *stress*. São estes estilos

de *coping* que podem influenciar as suas reações face a novas situações (Carver & Scheier, 1994). Desta forma, os estilos de *coping* podem definir-se como uma disposição a usar uma reação de *coping* com maior ou menor intensidade (Carver & Scheier, 1994). Contudo, os estilos de *coping* não preveem a presença de traços subjacentes de personalidade que preparam o indivíduo a responder de uma ou outra forma, ao invés disso, os estilos de *coping* podem refletir a disposição a responder de uma forma particular quando estão perante um conjunto específico de circunstâncias (Antoniazzi et al. 1998).

Folkman e Lazarus (1980) apontam que as estratégias de *coping* podem mudar de um momento para outro, durante os estágios de uma situação *stressante*. Dada esta variabilidade nas reações individuais, estes autores defendem a impossibilidade de se tentar prever respostas situacionais a partir do estilo típico de *coping* de uma pessoa.

A literatura acerca do *coping*, demonstra a relação entre os traços ou estilos de personalidade relacionados com o *coping* (Compas, 1987; Rudolph et al., 1995).

Mathews, em 1982, determina um estilo de *coping*, denominado de o comportamento Tipo A, com características específicas, tais como: a luta competitiva, o sentido de urgência/impaciência e agressividade/hostilidade (Mathews, 1982).

Miller (1981) distingue dois estilos de *coping*, mais precisamente o *atento* (monitorador) e o *desatento*. O estilo atento é caracterizado por utilizar estratégias que envolvem um estado de vigília, tendência para valorizar os aspetos negativos das experiências, tentando obter permanentemente o controlo da situação (Miller, 1981). O estilo desatento tem um comportamento de desatenção, recuando das ameaças internas e externas, evitando a informação com abandono da ação (Miller, 1981).

Band e Weisz (1988) distinguem distinção *coping* primário e *coping* secundário. O *coping* primário é utilizado para lidar com situações (condições) aparentemente mais objetivas, e o *coping* secundário está associado à capacidade por parte do indivíduo se adaptar às situações de *stress* (Band & Weisz, 1988).

Billings e Moss, (1984) e Holahan e Moss, (1985), definiram os tipo de *coping* passivo versus ativo. O *coping* ativo associa-se a situações em que existem esforços de aproximação à fonte de *stress*, enquanto que o estilo passivo, evita esta fonte de *stress*. Estes tipos de *coping* assemelha-se às situações de *aproximação* versus *evitamento*, que que envolvem vários tipos de estratégias de *coping* relacionadas com comportamentos

de aproximação e evitamento da fonte de *stress*, nomeadamente a procura de informação e evitamento de informação; atenção e distração; passividade e atividade (Rudolph et al., 1995).

Outro tipo de classificação encontrada, destaca os modelos de personalidade de tipo A e tipo B, monitorador e desatento, repressor e sensível, primário e secundário, passivo e ativo, aproximação e evitação, direto e indireto, pró-social e antissocial. Estes estilos de *coping* apresentam-se muito similares e contingentes, podendo alguns deles serem encarados como paralelos (Compas, 1987; Rudolph et al., 1995).

O comportamento tipo A é definido por Mathews (1982) como sendo um estilo distinto de *coping* com eventos potencialmente incontroláveis, cujo padrão comportamental é caracterizado por características de: luta competitiva, senso de urgência e impaciência e agressividade/hostilidade. O padrão de comportamento do tipo A apresenta-se como fazendo mais esforços para controlar uma situação do que o padrão do tipo B. Indivíduos com a presença elevados níveis de comportamento tipo A apresentam-se menos empáticos, com maior competitividade, impaciência, sendo que os sentimentos hostis poderão alienar indivíduo da sua possível preocupação com o bem-estar dos outros, Mathews (1982).

Beresford (1994) salienta que o processo de *coping* não pode ser simplificado pois, devido ao facto de quando um indivíduo esta face a uma situação avaliada por si como *stressora*, as estratégias de *coping* são utilizadas nessa situação, são feitas individualmente, consecutivamente e em combinação. Desta forma, o impacto de uma estratégia de *coping* pode ser confundida pelo efeito de outras estratégias.

2.2.VARIÁVEIS RELACIONADAS COM O ESTILO DE AFRONTAMENTO PRESENTE EM FAMÍLIAS COM CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO

A família é a instituição a nível social com maior potencial para atuar como protetor do *stress* reativo à doença, perturbação e disfunção, contudo, em situações de doença, é certamente a mais afetada pelo *stress*, cessar de recursos e/ou sobrecarga ou alteração das funções de alguns dos seus membros (Barros, 2010).

Por um lado, prima pela função de proteção dos seus membros, contudo, detém uma grande capacidade para exacerbar o *stress* imposto pela doença podendo danar a saúde dos seus constituintes. A família assume um papel de grande importância em 5 áreas, nomeadamente: a) Na definição do que é saúde e doença; b) Na promoção da saúde e no incentivo a comportamentos de saúde e/ou de risco (esforços conscientes ou inconscientes e automáticos); c) Na decisão acerca do pedido de ajuda (quando e a quem); d) Na definição do papel de doente; e) Na adesão a tratamentos e recomendações dos profissionais de saúde. Os pais constituem-se como agentes protetores e/ou moderadores da saúde da criança e do adolescente, modelos de comportamento e de significações, organizadores de contextos e de experiências de vida dos seus filhos, essenciais para a construção de saúde ao longo de todo o ciclo de vida (Barros, 2010).

Sendo o *coping* todo um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança, para lidar com as exigências específicas que são avaliadas como constituindo uma sobrecarga, excedendo os recursos de cada indivíduo (Folkman & Lazarus, 1991; Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986). Desta forma e para que o indivíduo consiga gerir do meio, desenvolve estratégias de *coping*, com cartelistas: de controlo, evitar ou aceitar as condições indutoras de *stress* (Folkman & Lazarus, 1988).

Para Lazarus (1993), o *coping* é um processo com propósitos bem definidos, através do qual o indivíduo dirige as suas cognições e comportamentos com a intenção de resolver as fontes de *stress* e regular as reações emocionais do *coping*. Para estes mesmos autores, existe uma fraca relação entre o modelo animal e o *coping* humano, sendo que este segundo integra as defesas intrapsíquicas e um *coping* cognitivo, o que faz com que este conceito seja encarado como um processo ativo de transação cognitiva, entre o indivíduo e o meio envolvente (Correia, 2010).

Uma família ao se confrontar com uma situação de doença (doença ou perturbação da criança) terá de fazer toda uma série de adaptações por forma a preservar um equilíbrio dinâmico familiar. Para este ajustamento, é importante ter em conta variáveis referentes ao início e causas da doença, de como é percebida esta situação e o significado atribuído pela família à mesma (Monteiro et al., 2002; Romano, 1999; citados por Antoniazzi et al., 1998).

O *coping* tem sido considerado uma variável de estudo muito promissora na área da saúde e das diferentes doenças (Silva, 2003). Encontram-se estudos ao nível da literatura que relacionam o *coping* com a saúde e as doenças (Endler, Parker, & Butcher, 1993; Endler, Parker, & Summerfeldt, 1998), nestes estudos é dado enfoque à forma de como os indivíduos lidam com os seus problemas de saúde sendo que em algumas situações as estratégias de *coping* utilizadas têm-se mostrado saudáveis adaptações psicológica à doença (Antoniazzi et al., 1998).

É já objeto de estudo no âmbito da Psicologia da Saúde, a relação existente entre o *coping* e os problemas de saúde, contudo, nas últimas décadas o maior enfoque é dado à forma de como os indivíduos lidam com o *stress*, promovendo um melhor ajustamento e bem-estar físico, psicológico e social ao invés do *stress* por si só (Folkman & Lazarus, 1988).

O impacto do *coping* na área da saúde é compreendido e enquadrado a partir de dois modelos, nomeadamente o *modelo de efeito direto* (em que os efeitos de *coping* atuam de uma forma benéfica na saúde psicológica aquando a presença de fatores de *stressantes*, mais especificamente, uma doença) e o *modelo amortecedor* (em que os efeitos de *coping* atuam como inibidores do efeito do *stress* na saúde do indivíduo). Apesar de alguma controvérsia, os autores Penninx et al. (1998) afirmam existir evidência empírica no sentido do favorecimento e reconhecimento dos dois modelos. As estratégias de *coping* funcionam como mediadores entre o *stressor* e a doença, atuando como um canal, através de qual, os efeitos do *stress* podem ser atenuados (adaptação psicológica positiva) ou ampliados (adaptação psicológica negativa) (Roesch & Weiner, 2001).

Pesquisadores avaliam a relação entre *coping* e personalidade, determinando traços de personalidade relacionados com as estratégias de *coping*, sendo estes: o otimismo, a rigidez, a autoestima e locus de controle (Carver & Scheier, 1994; Carver et al., 1989; Compas et al., 1991; Lopez & Little, 1996).

Beresford (1994), salienta o facto de os recursos de *coping* se encontrarem muito associados à vulnerabilidade do indivíduo, uma vez que a vulnerabilidade aos efeitos do *stress* é mediada por recursos de *coping*. Desta forma, é a qualidade e disponibilidade destes recursos que faz com que a pessoa fique mais ou menos vulnerável aos efeitos

adversos do *stress*. O *stress* poderá ainda afetar os recursos do *coping*, aumentando a vulnerabilidade.

Lazarus e DeLongis (1983) referem que os processos de *coping* variam com o desenvolvimento da pessoa, ou seja, vão variando devido a grandes alterações que vão surgindo, nomeadamente ao nível das experiências vivenciadas pelos indivíduos. Nesta perspectiva, o envelhecimento é um fator importante neste processo desenvolvimental, contudo, o significado dos eventos *stressantes* nos diversos momentos da vida dos indivíduos assume uma maior relevância. É devido a essa variabilidade em termos de desenvolvimento com impacto no *coping*, que estes os autores defendem que o *coping* deverá ser estudado longitudinalmente.





CAPÍTULO 3.

STRESS

3.1. STRESS

Embora a definição de *stress* ainda não seja consensual, é sabido que é proveniente do latim, significando “tensão” (Lipp, 1984). De acordo com a literatura na área, o *stress* pode ser visto como uma resposta do organismo face a determinados acontecimentos de vida, entendidos e sentidos pelo sujeito como constituindo uma possível ameaça o seu bem-estar (Gatchel, Baum, & Krantz, 1989; Selye, 1974). Contudo também poderá constituir-se como sendo o resultado da transação entre o indivíduo e o meio, dando enfoque aos processos cognitivos (Folkman, 1984; Lazarus & Folkman, 1984).

De acordo com Vaz Serra (1992), o *stress* pode ser ainda considerado como uma forma de defesa adaptativa para o indivíduo, ou por outro lado, como uma doença, no sentido em que, quando atinge níveis elevados e persistentes no tempo, pode mesmo afetar a vida do indivíduo, desencadeando doenças. Existem autores que categorizam o *stress* em positivo ou negativo, dependendo da capacidade de perceção resposta por parte do indivíduo (Costa, 2011). Os indutores de *stress* podem caracterizar-se por terem uma natureza física, psicológica ou social (qualitativos: acontecimento que desencadeia *stress* ou quantitativos: as consequências do *stress*) (Silva, 2012).

Lazarus e Folkman (1984), foram responsáveis pela definição sistemática do conceito de *stress* (início do século XIX), sendo que este construto foi integrado por parte das ciências médicas, como estando presente na base das doenças. Até à data, este era um conceito associado ciências físicas (século XIV) e com uma conotação mais negativa de adversidade, aflição e sofrimento.

São muitos os investigadores que salientam a existência de mais de um tipo de *stress*, sendo que este conceito tem sido sempre muito projetado na sua vertente mais negativa. Desta forma, encontramos o *stress* maligno, perigoso e nocivo entendido promotor de sofrimento, designado de *distress* e o *stress* benéfico e positivo (adaptativo, envolvendo a motivação e ação) designado por *eustress* (Andrade, 2001; Odgen, 2004; Selye, 1979).

Atkinsons, Atkinsons, Smith, e Bem (1995), dão especial atenção à força dos componentes psicológicos no processo de reação ao *stress*, sendo que as características individuais assumem uma importante função nas diferentes reações ao *stress*, devido a

fatores como o controle, a previsibilidade e a extensão com que estes eventos desafiam os limites de suas capacidades. Desta forma, verifica-se que pessoas diferentes reagem de forma diferente a determinados eventos *stressantes*, estas diferenças individuais verificam-se relativamente à intensidade que é atribuída a cada evento, o grau de *stress* percebido e a importância que cada sujeito atribui a cada evento. Estes mesmos investigadores categorizam os eventos *stressantes*, mais precisamente como *eventos traumáticos* (situações de perigo extremo, situadas fora da faixa de experiências humanas habituais, tal como desastres, acidentes automobilísticos, guerras, terremotos, ataques físicos ou estupro), *eventos incontroláveis* (demissão do emprego, uma doença séria ou a morte de alguém amado), os *eventos imprevisíveis* (incapacidade do indivíduo em prever sua ocorrência), os *eventos que desafiam os limites de nossas capacidades e conflitos internos*. Há evidência científica de que tanto o homem como os animais preferem eventos aversivos previsíveis em detrimento de eventos imprevisíveis, (Schmidt, 2004).

3.1.1. Modelos Teóricos de Stress

São vários os modelos de análise do *stress* advenientes de uma inter-relação entre os fatores fisiológicos, psicológicos, e relação sujeito/meio ambiente (perspetiva biológica e a perspetiva psicossocial) (Odgen, 2004; Perez & Oltra, 2000). Desta forma, iremos abordar os modelos mais significativos e que contribuíram de uma forma complementar para a atual compreensão do fenómeno *stress* nas nossas vidas.

Modelo luta ou fuga de Canon

O primeiro modelo de *stress*, foi desenvolvido por Canon, no início do século passado (anos trinta), denominado por *Modelo luta ou fuga*, cuja definição alude para a existência do *stress* como um *estímulo* ou variável independente, resultante das características estimuladoras, advenientes das situações de risco, ou seja, resposta essencialmente fisiológica desencadeada pelo sujeito aquando a presença de situações ameaçadoras, permitindo ao mesmo lutar ou escapar a esta situação de tensão (Odgen, 2004; Pérez & Oltra, 2000; Pais-Ribeiro, 2005).

Síndrome de Geral de Adaptação de Selye

Posteriormente surge um novo modelo, proposto por Selye (1974), o *Síndrome de Geral de Adaptação* (SGA), onde concetualiza o *stress* como uma *resposta* ou

variável dependente (associado às reações do organismo). O autor considerou o *stress* como sendo uma resposta fisiológica face a presença de um estímulo. Esta teoria, deu especial enfoque à resposta do organismo do sujeito face a presença de um agente *stressor*, não valorizando a vertente psicológica e respetivas competências psicológicas por parte do sujeito. Assumindo-o como psicologicamente passivo aquando a presença do agente *stressor*. Esta teoria de Selye, compreende três fases, as quais a serem que são usadas pelo organismo face à presença de um agente *stressor*. A primeira fase, designada de fase de alarme, sendo que o sujeito ao se confrontar com um agente *stressor*, o organismo inicia toda uma organização para responder ao estímulo, ativando a via hipófise-suprarrenal, aumentando a secreção de hormonas catecolaminas (adrenalina) e corticosteróides (cortisol, fundamentalmente), desencadeando as respostas seguintes: o aumento da frequência cardíaca - taquicardia; o aumento da capacidade e da frequência respiratória – taquipneia; a libertação de hormonas – ACTH; o aumento do cortisol que provocando um aumento do nível de glicose no sangue; sudorese; aumento da coagulação do sangue; dilatação das pupilas; a redistribuição da circulação sanguínea dirigindo-se para os órgãos centrais - cérebro, coração e músculos; e o aumento da tensão muscular. A segunda fase, designada de fase de resistência ou adaptação, o organismo acaba por se adaptar, superar ou afrontar a presença do agente *stressor*. Nesta fase, o perigo sentido pelo indivíduo, já se encontra ultrapassado, sendo que os níveis de cortisol e de adrenalina (resposta parassimpática) normalizam-se, extinguindo a sintomatologia física e psicológica. A sua duração está condicionada à intensidade do agente *stressor* e à capacidade adaptativa do indivíduo. Esta fase constitui-se como uma “fase de afrontamento”, visto o sujeito não assumir uma postura passiva ou de fuga face ao estímulo sentido por si como nocivo ou perigoso, mas sim, ativa, permitindo uma adaptação por parte do mesmo. A terceira fase é designada por fase de esgotamento, consistindo numa etapa em que a presença e ação do agente *stressor* mantém-se, sem que o sujeito reúna recursos suficientes para adaptar-se ao mesmo, esgotando estes mesmos recurso e dando início a um esgotamento despoletando alterações patológicas. A continuidade e permanência desta situação, poderá levar à instalação de quadros de doenças (Selye, 1974).

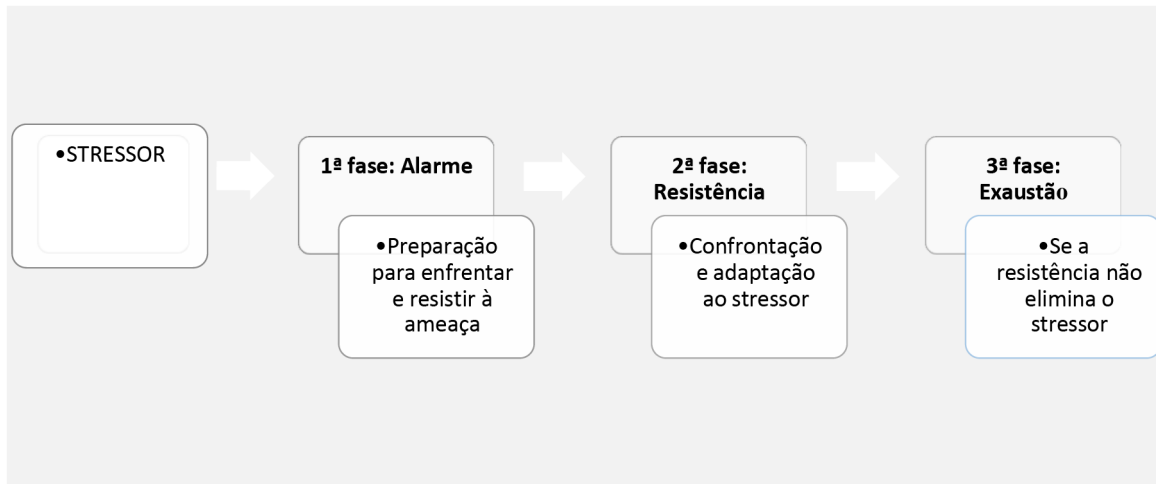


Figura 1. Modelo de Selye (1974), O Síndrome de Geral de Adaptação

Teoria dos acontecimentos importantes de vida (life events) de Holmes e Rahe

Na mesma linha dos dois modelos anteriores, surge uma abordagem ao *stress*, numa linha de estímulo-resposta, distanciando-se de uma análise fisiológica, designadamente a teoria com base nos acontecimentos importantes de vida (*life events*) de Holmes e Rahe (1967). Esta teoria teve como pretensão o estudo da variável *stress* e as mudanças com elas relacionadas, como resposta às experiências de vida. Contudo, este modelo de compreensão apresenta as suas limitações, tanto a um nível da classificação do acontecimento, das avaliações retrospectivas e ao nível da interação das experiências (Mazure et al., 2014; Odgen, 2004)

O modelo sócio-ambiental de French e Kahn

O modelo sócio-ambiental foi concebido por French e Kahn (1962 citado por Peiró), tendo contribuído de uma forma muito significativa para investigação sobre o *stress*. Este modelo alude à presença de um *stress* ocupacional, em contexto laboral (trabalho), onde se estabelece uma sequência causal, englobando as características do contexto objetivo do trabalho, a experiência subjetiva do trabalhador e das suas respostas às situações de *stress*, até aos efeitos a longo prazo, destes fatores sobre a saúde física e mental do sujeito (Peiró, 1993). Neste modelo é estabelecida uma relação entre o contexto objetivo e o contexto psicológico, sendo que ambos estabelecem relações entre o ambiente físico e social do trabalho e as perceções do mesmo por parte do sujeito. Nesta perspetiva, as respostas do sujeito são condicionadas e influenciadas pela perceção que este tem acerca do ambiente de trabalho, que por sua vez é resultado

da influência de todo contexto psicológico e das respostas do indivíduo (fisiológicas, comportamentais, afetivas). Estas respostas implicarão a médio-longo prazo com a saúde do sujeito (saúde física e mental). Os autores salientam ainda a importância das características estáveis da personalidade na percepção da realidade e face às respostas do sujeito, com base na realidade percebida pelo mesmo (Martins, 2004).

Este modelo pressupõe uma sequência de explicativa da relação existente entre o trabalho e a saúde dos trabalhadores, sendo que, na presença de uma cadeia de hipóteses, que se enceta com base em situações objetivas do contexto do trabalho e culmina com alguns critérios de saúde, especificando as variáveis intervenientes no contexto psicológico e nas respostas imediatas do sujeito (especificando a influência das diferenças individuais e das relações interpessoais nas relações causais), considerando a cadeia causal e a combinação das diversas relações estabelecidas, como fundamental na compreensão e estudos sobre a relação entre saúde e trabalho (Peiró, 1993).

A Teoria Transacional de Lazarus

Outro grande modelo de análise do *stress* em relação com outras variáveis, ocorreu dentro de uma perspectiva psicossocial, cujos seus principais impulsionadores foram Lazarus e Folkman (1984). Este modelo surge mais inclusivo, agregado e com a preocupação de preencher as limitações encontradas nos modelos anteriormente descritos. Estes autores conceptualizam o *stress* como sendo uma resposta multidimensional que envolve aspetos fisiológicos, comportamentais e cognitivos (Lazarus & Folkman, 1984).

Na sua perspectiva transacional, os autores definem o *stress* como uma resposta resultante da interação indivíduo-meio (interno– externo), adveniente de um desequilíbrio entre os recursos do indivíduo e as exigências que lhe são colocadas, em que este sente o seu bem-estar ameaçado. Segundo Vaz Serra (2000), um indivíduo sente *stress* quando considera não ter aptidões e recursos pessoais ou sociais para lidar com as exigências estabelecidas por determinada circunstância. Tudo isto está relacionado com o seu grau de vulnerabilidade ou de autoconfiança, desenvolvidos em relação a determinada situação (Lazarus & Folkman, 1984).

Esta perspectiva destaca dois tipos de processos, a avaliação e o *coping*. No que concerne à avaliação do acontecimento, esta é operacionalizada em *avaliação primária* (de natureza cognitiva, avaliação da importância do acontecimento para o seu bem-

estar) e a *avaliação secundária* (avaliação da sua própria capacidade para lidar com a situação). A avaliação primária poderá considerar o acontecimento como: irrelevante; benigno, positiva ou nocivo, perigoso. A avaliação secundária, reporta à avaliação dos prós e dos contras das diferentes estratégias de *coping* (confronto). Quanto ao *coping*, este reporta-se ao processo de lidar com as exigências internas e/ou externas que suplantam os recursos da pessoa. Estes dois processos (avaliação e *coping*) são transacionais, uma vez que integram numa transação, o meio e a pessoa (não isoladamente), acompanhados por emoções, respostas psicofisiológicas e esforços adaptativos (Martins, 2004).

Ainda assim, há uma influência no processo avaliativo das relações indivíduo-meio, sendo as características pessoais antecedentes, padrões de motivação (valores, objetivos), crenças sobre si e sobre o mundo e recursos de *coping*, são variáveis de grande peso. Também a avaliação é influenciada por outras variáveis (a natureza do perigo, a sua eminência, a duração, a existência e qualidade dos recursos de apoio social facilitadores do *coping*). São as variáveis cognitivas que assumem a função mediadora da resposta de *coping*, uma vez que normalmente, existe uma tendência para as pessoas evitarem situações ameaçadoras (avaliadas como tal). Para aceitarem situações de perda ou para se confrontarem com grandes desafios (Martins, 2004).

Lazarus (1993) sublinha que o conceito de *stress* deverá abranger o conceito de emoções, uma vez que o mesmo autor, na sua *Teoria cognitivo-motivacional-relacional das emoções* profere que o *stress* psicológico (emoções negativas) deve ser encarado como sendo um sistema que abarca toda uma constelação de emoções, nomeadamente as emoções positivas e as negativas, sendo que todas assumem uma extrema importância na forma como pensamos e agimos (Lazarus, 1993).

Na literatura existe outra perspetiva acerca do *stress* em que os autores reforçam a importância do impacto subjetivo dos acontecimentos, uma vez que um mesmo acontecimento poderá ser percecionado de formas diferentes por indivíduos diferentes (Taché & Selye, 1976). Salienta o facto de que o *stress* não poderá ser avaliado por si só, mas sim pela avaliação subjetiva que o indivíduo faz, sendo essencial a perceção do mesmo acerca do acontecimento de vida sentido como *stressante* e o significado que lhe atribui (Taché & Selye, 1976) e a intensidade do seu impacto (positivo ou negativo), (Leventhal, Patrick-Miller, & Leventhal, 1998).

O Modelo de ajustamento entre o indivíduo e o ambiente de trabalho de Harrison

O modelo de Harrison (1978), preconiza que as experiências de *stress* serão produzidas pela falta de adaptação entre as solicitações do contexto e os recursos da pessoa para as confrontar. Desta forma, o *stress* é concebido como sendo uma falta de ajustamento entre as habilidades e capacidades disponíveis do indivíduo, e as exigências e solicitações do trabalho por ele a desempenhar, como também, o desajuste entre as necessidades do indivíduo e os recursos disponíveis para as satisfazer.

Este modelo faz uma distinção entre *pessoa e ambiente*, a fim de distinguir a importância das variáveis que intervêm sobre o grau de adaptação entre o indivíduo e o ambiente de trabalho, mais especificamente entre os aspetos subjetivos e objetivos dos mesmos, tendo por base os seguintes elementos: a) o ambiente objetivo; b) o ambiente, educação, ciência e tecnologia subjetivo (percebido pelo sujeito); c) a pessoa objetiva (a pessoa tal como é); e) e a pessoa como se vê a si própria (Harrison, 1978).

Surgem outros aspetos de grande relevância, tais como o grau de exatidão da percepção subjetiva em relação ao contexto subjetivo. Desta forma, o grau de contacto com a realidade esta dependente da exatidão da percepção do sujeito em relação ao mundo objetivo, e a precisão da autoavaliação, por sua vez, depende da exatidão com que o sujeito se percebe. Outros aspetos, estão relacionados com o grau de ajustamento entre a pessoa e o seu contexto, objetivo e subjetivo. Assim sendo é possível aferir sobre o ajustamento da pessoa com o ambiente e ainda, a sua adaptação subjetiva, entre o ambiente percebido e o *eu* percebido, determinando o *stress* no trabalho (Peiró, 1993).

Um desajustamento (psicológico) entre o indivíduo e o trabalho, poderá ser um preditor de altos níveis de insatisfação laboral, ansiedade, insónias, queixas somáticas e a alterações comportamentais (aumento no consumo de tabaco, comportamento alimentar: ingestão compulsiva). Por outro lado, um bom ajustamento proporciona um bem-estar psicológico e de desenvolvimento pessoal (Peiró, 1993).

Harrison, contemplou a existência de um conjunto de mecanismos de compensação para os efeitos negativos advenientes da falta de adaptação, designadamente mecanismos de retroalimentação. Estes mecanismos designam-se por *mecanismos de confronto*, (procura modificar o contexto objetivo ou a sua própria

pessoa, afim de um melhor ajustamento objetivo entre ambos) e que quando eficazes, melhoram a adaptação objetiva e *mecanismos de defesa* (o sujeito distorce a sua percepção do contexto ou da sua própria maneira de ser, para reduzir a tensão) e estes mecanismos quando se revelam eficazes, melhoram apenas a adaptação percebida, (Martins, 2004).

O Modelo de Stress de Vaz Serra

Vaz Serra (1992) desenvolveu um modelo de *stress*, no qual descreve o processo de *stress* e de *coping* (estratégias de afrontamento/confronto). Para este autor, o *stress* só se verifica quando o sujeito se encontra mediante situações de tensão desencadeadoras de experiências de *stress*. Estas situações de tensão poderão assumir-se como sendo acontecimentos subjetivos (pensamentos, imagens ou sensações internas) ou objetivos (acontecimentos significativos ou incomodativos na vida do sujeito). Este modelo contempla a existência de uma avaliação por parte do sujeito face ao evento de vida sentido por si como gerador de *stress*, sendo esta avaliação uma ferramenta importante para o sujeito perceber se tem ou não os recursos suficientes para lidar com a situação. Quando o sujeito sente que não tem recursos para se confrontar com a situação (exigências da situação superiores aos recursos disponíveis), este poderá “entrar em *stress*”.

Este autor elaborou também um instrumento de medida do *coping* (o inventário de resolução de problemas, Vaz Serra 1987) que conduziu a numerosas investigações. Todavia, outras variáveis (apoio social, sendo sentido pelo próprio como suficiente) poderão amortecer este impacto.

Esta perspetiva, contempla que na presença do *stress*, o sujeito desencadeia uma tripla resposta, designadamente, de natureza biológica, cognitiva e de comportamento observável. Ainda assim, emergem uma série de emoções negativas, que variam em função da situação em que a pessoa se encontra, contudo, estas emoções acarretam uma componente motivacional variavelmente, inibem ou incentivam a pessoa a agir (Vaz Serra, 1992).

Este modelo contempla a presença de estratégias de *coping* (para enfrentar ou confrontar), utilizadas para lidar com o *stress*, de uma forma mais orientada para o problema ou para a emoção (quando o sujeito sente que nada pode fazer em relação ao

problema). Quando as estratégias se revelam adequadas a pessoa deixa de “estar em *stress*” (Vaz Serra, 1992).

3.2. STRESS PARENTAL

A parentalidade, para além de proporcionar momentos únicos e gratificantes, confronta igualmente os pais com novas exigências, que constituem um risco para o aumento do *stress*, o que, por sua vez, poderá levar a uma deterioração da saúde e bem-estar parental (Santos, 2008). Este *stress*, é também resultante das dificuldades intrínsecas da prestação de cuidados diários à criança, como também, às características individuais (temperamento) da mesma e todo o seu desenvolvimento continuado (Abidin, 1992). O *stress* parental assume-se como sendo um processo complexo, em que os pais passam por adaptações e mudanças, sendo que, constitui uma variável muito importante na relação pai/mãe-criança, quer no desenvolvimento da criança (Dinis, 2012). Atua na perceção que estes (pais) têm sobre as suas capacidades para corresponderem às exigências colocadas pelo papel parental. Estas exigências acarretam consequências para o desempenho da parentalidade, sendo igualmente a família (funcionamento), toda ela influenciada pela capacidade destes pais conseguirem responder a tais exigências (Dinis, 2012). Desta forma, o *stress* decorre, de acontecimentos difíceis de gerir em que os recursos físicos e psicológicos que os pais têm à sua disposição são limitados (Abidin, 1990).

A parentalidade ultrapassa a condição biológica, estando associada a todo um conjunto de condições inerentes à experiência de se tornar mãe ou pai (aceitação da herança parental, questões conscientes e inconscientes, em que a criança deverá ser e sentir-se desejada pelos seus pais). Desta forma, a parentalidade é definida como sendo o produto do parentesco biológico e do processo de tornar-se pai e mãe (Solis-Ponton e Lebovici 2004).

3.2.1. Estilos de parentalidade

Podemos encontrar diferentes estilos parentais, mais precisamente: um estilo o *permissivo* (uma ausência de regras, a uma falta de hierarquia familiar, onde a vontade do filho é sempre satisfeita), *autoritário* (submissão da criança à vontade dos pais, por

medo das consequências severas, não sendo permitido uma abertura ao diálogo), *superprotetor* (proporciona uma proteção e demonstração de afeto excessiva, provocando por sua vez uma falta de autonomia à criança que se revelará problemática na idade adulta) e *democrático* (é considerado como o mais adequado, onde a educação da criança tem por base o diálogo, o afeto, regras e autoridade adequadas por parte dos pais, promovendo a autonomia liberdade, dentro dos limites definidos) (Silva, 2012).

Desta forma, é importante referir que o *stress* decorrente do papel parental é qualitativamente diferente do *stress* desencadeado por outro tipo de acontecimentos de vida, sendo que, o *stress* parental constitui-se como um melhor preditor da saúde e bem-estar dos pais, e do desenvolvimento da criança, quando comparado com o outro tipo de *stress* (aquele gerado por circunstâncias de vida de natureza mais gera) (Deater-Deckard, 1998).

Contudo, alguns autores distinguem a exposição intermitente dos pais a fatores de *stress* parental e a exposição a *stress* crónico, considerando o *stress* crónico muito mais prejudicial quer para os pais quer para os filhos, chegando mesmo a comprometer o investimento nos cuidados à criança por parte das figuras parentais. Ainda assim, também a interferência dos contextos de interação dos pais e dos filhos é suscetível de amenizar ou exacerbar os níveis de *stress* experimentado (Crnic & Low, 2002).

No entanto, apesar de todos os pais experimentarem *stress*, a sua intensidade é variável, estando muito condicionada à perceção dos mesmos sobre os recursos disponíveis para cumprirem as exigências inerentes ao papel parental (Deater-Deckard, 1998). Apesar de tudo, nem todos os pais sentem a parentalidade como sendo geradora de *stress*, desta forma, foram identificados alguns fatores que poderão ser responsáveis pela presença *stress* na vida dos pais, nomeadamente: os fatores parentais (o nível de *stress* na gravidez, história familiar e a vulnerabilidade ao *stress*, atributos de personalidade e as crenças em relação aos cuidados e desenvolvimento da criança); fatores da criança (características individuais das mesmas: temperamento e comportamento); fatores familiares (o relacionamento marital e coparentalidade).

Salienta-se ainda, que as tarefas do dia-a-dia associadas à parentalidade, poderão ser geradores de *stress*, e ainda a vivência em outros contextos (fora do sistema familiar, tais como os contextos laborais) poderão também influenciar a intensidade de *stress* parental experimentado pelas figuras parentais (Crnic & Low, 2002).

É sabido que os pais que experimentam níveis mais elevados de *stress* (comparativamente aos que experienciam níveis mais baixos) são menos sensíveis e afetuosos com os filhos, apresentando-se menos flexíveis e com um registo disciplinar mais afirmativo e negativo (técnicas educacionais) (Guajardo et al., 2009, citado por Dinis, 2012).

As investigações na área do *stress* parental, revelam a existência de duas grandes linhas de investigação nomeadamente: uma centrada no impacto do *stress* no funcionamento familiar, decorrente das irritações quotidianas (acontecimentos *minor*) inerentes à parentalidade (Crnic & Greenberg, 1990); e outra, focada nas relações pais-filhos (Abidin, 1992; Belsky, 1984; Mash & Johnston, 1990). Estas duas perspetivas, apesar de revelarem diferenças, convergem no sentido de que, elevados níveis de *stress* podem potenciar o desenvolvimento de uma parentalidade disfuncional (Crnic & Low, 2002). Ainda assim, situações *stressantes* consideradas de grande intensidade, quando vivenciadas de forma continuada, podem predizer o desenvolvimento de uma parentalidade disfuncional (Abidin & Santos, 2003).

A perspetiva teórica centrada nos acontecimentos *minor*, aponta para que as potenciais frustrações e irritações diárias associadas à função parental e ao comportamento normal da criança, e o efeito cumulativo do *stress* adveniente desta situação, assumem-se como a principal fonte de *stress* (Crnic & Greenberg, 1990).

Na perspetiva teórica centrada nas relações pais-filhos, são considerados aspetos mais gerais relacionados com o sofrimento experimentado pelos pais em contexto familiar e as dificuldades das crianças, (por oposição às situações normais geradoras de *stress*) (Crnic & Low, 2002).

Encontram-se algumas investigações acerca da influência do *stress* parental e das suas causas, sendo que algumas delas, encontram uma associação entre os elevados índices de *stress* parental em crianças com doenças crónicas ou problemas comportamentais, contudo ainda se verifica alguma falta de consenso entre as investigações, devendo-se provavelmente ao facto da existência de diferenças culturais, influenciando os diferentes resultados em diferentes populações. Ainda assim, a maioria dos estudos apresentam uma correlação negativa entre o *stress* parental e o ambiente em que as crianças vivem, bem como a perceção negativa que os pais desenvolvem em relação aos filhos (Costa, 2011).

3.2.2. Causas (etiologia) do *stress* parental

No que concerne às causas do *stress* parental, estas poderão ser entendidas através de um modelo dinâmico e complexo, que contempla a existência de interações entre variáveis relacionadas com os pais, a criança e o meio ambiente, reconhecendo a ocorrência de mudanças no comportamento e nas cognições reativas a determinados acontecimentos (que poderão repetir-se ao longo do tempo) (Silva, 2012).

Alguns investigadores e modelos existentes nesta área consideram o *stress* parental, como sendo multideterminado, com repercussões no comportamento dos pais e, conseqüentemente, no desenvolvimento da criança (Abidin, 1992; Belsky, 1984; Mash & Johnston, 1990).

Contudo, os acontecimentos indutores de *stress* podem ser ordenados em classes, nomeadamente: os acontecimentos traumáticos; acontecimentos significativos (vida do indivíduo); situações crónicas; microindutores de *stress* (problemas/constrangimentos do quotidiano, de menor importância), macroindutores de *stress* (situações advinentes que o sistema socioeconómico impõe ao indivíduo), acontecimentos desejados associados e traumas (Silva, 2012).

Os sintomas de *stress* variam de indivíduo para indivíduo, contudo, manifestam-se maioritariamente a nível comportamental, emocional, cognitivo e por sintomas vegetativos (Costa, 2011).

3.2.3. Efeitos do *stress* parental

O *stress* tem interferência ao nível dos mecanismos biológicos e cognitivos, uma vez que, quando um indivíduo entra em *stress*, dá-se a ocorrência de um processo de ativação global. Esta ativação induz emoções e altera o comportamento manifesto/observável, variando à medida (intensidade) que a circunstância indutora de *stress* no organismo for alterando, num sentido diretamente proporcional, dado que o seu impacto no indivíduo, poderá interferir com o bem-estar e saúde do mesmo (Vaz Serra, 2002).

Existem uma série de manifestações fisiológicas (organismo) reativas à presença de uma situação de *stress*, nomeadamente: a) *manifestações biológicas* (Labrador, 1992), caracterizadas pelo fato das respostas às situações de *stress* serem excessivamente

intensas ou duradouras, podendo advir perturbações orgânicas; b) manifestações cognitivas (Vaz Serra, 2002), caracterizadas pela diminuição da tolerância à frustração, ansiedade e diminuição da capacidade de atenção, de concentração e de memória; c) *manifestações comportamentais* (Vaz Serra, 2002), que variam em função da circunstância indutora de *stress* e dos recursos e aptidões que o indivíduo possui para lidar com ela. Estas manifestações comportamentais são mais evidentes, quanto mais intenso e prolongado for o *stress* (Vaz Serra, 2002). Poderá surgir uma manifestação de resposta desproporcional em relação à circunstância e irrelevante para a resolução do problema, (estado geral de tensão e hostilidade), ou uma manifestação mais passiva, de evitamento do confronto com a situação, de isolamento e de incapacidade para resolver o problema; e d) *manifestações emocionais* (Lazarus, 1993), estas manifestações sejam elas de carácter positivo quer de carácter negativo, são respostas a uma significação relacional, não surgindo apenas pelas exigências do ambiente, constrangimentos ou recursos, mas sim pelas suas justaposições com as motivações e as crenças do indivíduo, (Silva, 2012).

3.2.4. Modelo de *stress* parental de Abidin

Neste modelo de *stress* parental, Abidin (1992) determina esta variável como multideterminada, em que o *stress* experimentado pelas figuras parentais resulta do contributo de características específicas da criança, de características da figura parental e de variáveis situacionais. Procurou desenvolver um modelo dinâmico e integrativo que incluísse características sociológicas, comportamentais e da personalidade dos pais. Salientou a importância das crenças e crenças dos pais em relação ao seu papel parental, sendo que estas assumem uma função de moderador face a potenciais elementos geradores de *stress*.

Quando os níveis de *stress* parental são normativos, este constitui-se como sendo uma variável motivacional, uma vez que irá impulsionar os pais a utilizarem os recursos disponíveis, à realização do seu papel parental (Abidin, 1992). Contudo e como se tem salientado, níveis de *stress* parental exacerbados, são passíveis de interferir negativamente a qualidade da parentalidade, implicando consequências negativas no funcionamento da criança (Abidin, 1992).

Quanto às *características específicas da criança*, neste modelo, estas estão relacionadas com o temperamento da mesma (Distração/Hiperatividade, Maleabilidade de Adaptação, Exigência e Humor) e mais duas outras variáveis, de tipo interativo, relacionadas com as expectativas dos pais face à criança (Aceitação) e ao facto de eles se sentirem reforçados por ela (Reforço aos Pais); *as características da figura parental* estão relacionadas com a personalidade e patologia (Depressão, Sentido de Competência e Vinculação; sendo que as primeiras têm um impacto na terceira); e as *variáveis situacionais*, assumem um papel de relevância no nível do *stress* experimentado (Relação Marido/Mulher, Isolamento Social, Saúde parental e Restrição do Papel) (Abidin & Brunner, 1995; Abidin & Santos 2003).

Abidin, desenvolveu um instrumento com o objetivo de avaliar o *stress* parental em contexto familiar, tomando em consideração os grupos de características acima mencionadas – o Parenting *Stress* Index (PSI; Abidin & Santos, 2003).

A família (o tipo) e a situação económica da mesma, constituem-se fatores relevantes para o *stress* parental. Como exemplo, verifica-se que as mães que constituem famílias monoparentais revelam níveis mais elevados de *stress*, em comparação com as mães casadas ou em união de fato (Taylor, Larsen-Rife, Conger, Widaman, & Cutrona, 2010; Mullins et al., 2011).

Belsky (1984) relacionou a parentalidade com características sociológicas globais e com características da personalidade, tendo constatado que o comportamento parental é diretamente influenciado por fatores relacionados com os pais (personalidade), com a criança (características individuais e desenvolvimento) e com o contexto social em que as relações pais-filhos estão inseridas (relação conjugal, rede de apoio social e ambiente profissional dos pais) (Belsky, 1984).

O modelo de Mash e Johnston (1990), evidencia que as características ambientais (contexto de interação imediato, acontecimentos de vida *minor* e *major*), parentais (cognições, personalidade, comportamento e saúde) e da criança (personalidade, atributos físicos e cognitivos, e a presença ou ausência de problemas de comportamento), assumem-se com um impacto direto no *stress* parental, sendo essa relação bidirecional (os fatores relacionados com a figura parental podem atuar como mediadores entre os restantes determinantes).

3.2.5. *Stress* parental em famílias com crianças com perturbação de desenvolvimento

A presença de uma doença crónica ou perturbação na criança, constitui uma situação de *stress* com impacto muito significativo na família (Drotar, 1992; Kazak, 1989). Após o diagnóstico, pais são confrontados com, três grandes objetivos: a) gerir a doença, e/ou apoiar a criança nessa gestão; b) ajudá-la a lidar com as realidades da doença, contudo, encorajando-a a crescer e viver da forma mais normal possível; c) levar a cabo os dois objetivos anteriores, sem que surjam variáveis disfuncionais para o funcionamento familiar (Johnson, 1985).

A parentalidade, detendo à priori já alguma complexidade, torna-se ainda mais complicada quando a criança apresenta algum distúrbio (Abidin, 1990). As mães de crianças com uma doença crónica, apresentam níveis de *stress* mais elevados, comparativamente com as mães de crianças sem patologia física (Gupta, 2007; Santos, 2002). Relativamente às perturbações de desenvolvimento, verifica-se o mesmo, estas mães (crianças que sofrem de algum tipo de perturbação do desenvolvimento) apresentam maiores níveis de *stress*, comparativamente com as outras mães (filhos saudáveis) (Gupta, 2007; Woolfson & Grant, 2006). Por seu turno, o nível de *stress* parental é mais elevado nas mães de crianças com uma doença física crónica do que nas mães de crianças com uma deficiência física (Hung, Wu, & Yeh, 2004). Tendo por base o que foi referido anteriormente (estudos), o nível de *stress* apresenta-se com variações, relativamente ao fato de a criança ser saudável ou portadora de uma doença, bem como em função do tipo de patologia física ou psicológica (Santos, 2008).

Existe uma associação entre o género da figura parental, e o nível de *stress* experienciado pelos mesmos. As famílias que têm crianças com perturbações do desenvolvimento, o nível de *stress* é maior na mãe do que no pai, sendo que o mesmo não se verifica nas famílias de crianças com desenvolvimento normativo (Oelofsen & Richardson, 2006). Reforçando a ideia anterior, famílias de crianças com problemas de comportamento, apresentam níveis de *stress* mais elevados nas mães do que nos pais, (Saloviita, Itälina, & Leinonen, 2003). Contudo, os pais de crianças com PHDA, apresentam níveis de *stress* parental semelhantes em ambos os sexos (Baker, 1994) e que quando estes apresentam uma parentalidade disfuncional, esta disfuncionalidade

pode ter consequências nefastas na criança com PHDA, mais especificamente no exacerbar dos sintomas que estão na base desta perturbação (Johnston & Mash, 2001).

Konstantareas, Homatidis e Plowright (1992), defendem que os efeitos das dificuldades inerentes às perturbações de desenvolvimento sobre os pais, estarão relacionadas com a interação de um conjunto de variáveis, nomeadamente, entre a severidade das características individuais da criança e características de personalidade dos pais, bem como a disponibilidade de recursos comunitários e sociais.





CAPÍTULO 4.

SAÚDE MENTAL: ANSIEDADE E DEPRESSÃO

4.1. SAÚDE MENTAL - DEFINIÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014), o conceito “saúde”, mais do que a ausência de doença, representa um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, “the state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity”.

A saúde mental define-se como um equilíbrio dinâmico que resulta da interação do indivíduo com os seus vários ecossistemas, nomeadamente o seu meio interno e externo, as suas características orgânicas e os seus antecedentes pessoais e familiares (Fonseca, 1985). Este conceito deverá envolver o homem no seu todo biopsicossocial, o contexto social em que está inserido assim como a fase de desenvolvimento em que se encontra (Martins, 2004).

Alberdi e Vasco (1994) consideram que a saúde mental, deixou de ser a ausência de doença, problemas mentais e psíquicos, mas sim, a percepção e consciência dos mesmos, e a possibilidade pessoal e/ou coletiva de os solucionar, de os modificar, de intervir sobre eles.

Alguns estudos referem a existência de uma relação entre os comportamentos e as respostas do indivíduo ao ambiente com o risco da doença (Martins, 2004).

Segundo Binik (1985), considera que não existe termo mais apropriado, do que *psicossocial*, para descrever as características da pessoa, nomeadamente os traços de personalidade, mecanismos de defesa, estados emocionais e cognitivos, e os fatores sócio-ambientais (situações indutoras de *stress*), ou sejam, fatores psicológicos e sociais que se relacionam com a saúde e a doença mental.

Verificam-se algumas investigações acerca da influência dos fatores psicossociais na saúde e na doença mental e a forma de como essas variáveis podem contribuir para o desenvolvimento e manutenção de comportamentos inadequados. Sendo que algumas investigações apontam para o fato de os fatores psicológicos se constituírem como fatores riscos para a manutenção da saúde mental, através do comportamento e da emoção. Contudo, apesar de todas estas variáveis mencionadas anteriormente (dimensões psicossociais da pessoa, na sua relação com a saúde e com a doença mental) salienta-se a importância da vertente biológica, devido à sua insusceptibilidade genética ou adquirida, considerada de extrema importância para a

saúde mental. Desta forma salienta-se o fato de os fatores psicossociais poderem interagir com a dimensão biológica, contribuindo para o desenvolvimento de comportamentos inadequados (Martins, 2004).

4.1.1. Ansiedade e Depressão

A ansiedade e depressão caminham juntas, e um facto é que a evidência científica comprova a comorbilidade entre estes dois construtos. Apresentam-se com semelhanças em termos fisiopatológicos e terapêuticos (ao nível do sistema serotoninérgico, tendo sido encontradas alterações a este nível na ansiedade e na depressão, sendo a abordagem farmacológica centrada na serotonina uma das abordagens reconhecidas para o tratamento de ambas as situações) (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Kendler, Neale, Kessler, Heath, e Eaves (1992) chegam a afirmar que a ansiedade e a depressão (assim como outras perturbações do humor) podem constituir uma diferente expressão fenotípica de um genótipo comum (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Os modelos que relacionam a ansiedade e depressão com a doença física são o modelo *biológico* e o *comportamental*. Segundo o modelo biológico, os fatores médicos integrados no sistema imunológico, neuroendócrino e inflamatório, medeiam a relação doença física e ansiedade/depressão. Presentemente, a sua compreensão passa pela existência de uma correlação bilateral, podendo a depressão/ansiedade ser influenciada ou influenciar a doença médica. O modelo comportamental, contempla que a ansiedade e depressão constituem-se variáveis que influenciam a doença, através de fatores comportamentais (mecanismos de *coping* desadequados, baixa adesão à terapêutica, etc), (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

House (1988) refere ser essencial considerar outras variáveis da psicologia da saúde (mecanismos de *coping* e estilos de personalidade), sendo que estas podem influenciar a doença médica por intermédio (ou não) da ansiedade e depressão, dando enfoque à existência de uma influência bilateral. Estes mesmos fatores verificam-se presentes em outros modelos da psicologia de saúde, tais como o modelo de Moos e Schaefer e o modelo de Leventhal (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

4.2. ANSIEDADE

4.2.1. Modelos de Ansiedade

Os principais modelos teóricos que contribuíram de forma muito significativa para a atual compreensão do conceito de ansiedade são, nomeadamente: o Modelo da ansiedade de Goldstein, o Modelo da Ansiedade Traço/Estado e o Modelo transacional do *stress* de Lazarus.

Foram várias as referências a conceitos próximos do constructo atual de ansiedade, contudo, os modelos teóricos atuais baseiam-se nas concepções dos autores do século XIX. Landré-Beauvais, em 1813, definiu ansiedade como: “certo mal-estar, inquietude, agitação excessiva”. Darwin em, 1873, sem estabelecer uma distinção entre ansiedade e medo, enfatizou que a ansiedade se encontrava transversal a todas as espécies animais (não a distinguindo do medo), sendo um mecanismo adaptativo essencial para lidar com o perigo e lutar pela sobrevivência. Alguns anos depois, Freud introduz duas formas de ansiedade, distinguindo a ansiedade *objetiva* (relacionada com o meio ambiente) e a ansiedade *neurótica* (tendo uma origem intrapsíquica, relacionada com uma predisposição genética importante e/ou um conflito sexual reprimido e não resolvido). Esta terminologia “neurose de ansiedade”, introduzido por Freud e Janet, foi igualmente utilizado por outros autores como, Morel e Krishaber (que referiam que esta perturbação tinha uma origem predominantemente a nível do sistema nervoso simpático). Os atuais modelos da ansiedade, distinguem este construto da ansiedade de uma forma mais dicotómica, mais precisamente como: a *ansiedade orientada para o estímulo vs. ansiedade como resposta*. Na primeira, a ansiedade é encarada como sendo uma resposta a um estímulo específico (situações, emoções e pensamentos) enquanto que na segunda, a ansiedade constitui-se como uma resposta emocional, independente do estímulo (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Desta forma seguem-se os principais três modelos de ansiedade: Modelo da ansiedade de Goldstein; Modelo da Ansiedade Traço/Estado; Modelo transacional de *stress* de Lazarus.

O Modelo da Ansiedade de Goldstein

Kurt Goldstein (1940), investigou esta variável da ansiedade, centrado na hipótese *Ansiedade orientada para o estímulo*. O seu modelo teve por base os trabalhos

que desenvolvia com acidentados na 1ª guerra mundial, tendo dado grande enfoque ao que chamou de “reação catastrófica”. Segundo o mesmo, esta situação catastrófica correspondia a qualquer situação que representasse uma ameaça à existência de um indivíduo ou aos valores essenciais à sua existência (contemplando a existência como sendo de ordem física e psicológica). Desta forma, a ansiedade definia-se como sendo a percepção subjetiva que cada indivíduo tinha acerca de uma condição catastrófica, (Goldstein, 1940).

O Modelo da Ansiedade Traço/Estado de Cattell, Scheir e Spielberger

O Modelo da Ansiedade Traço/Estado foi desenvolvido inicialmente por Cattell e Scheir (1961 citado por Telles-Correia & Barbosa, 2009) e posteriormente desenvolvido por Spielberger (1972 citado por Telles-Correia & Barbosa, 2009). Neste modelo os autores distinguem dois aspectos alicerçais da ansiedade, mais precisamente: a ansiedade como um *estado* emocional transitório e a ansiedade como um estado mais permanente, correspondendo a um *traço* de personalidade. Segundo Spielberger (1972), não se consegue estabelecer uma ligação firme entre elevados níveis de ansiedade-traço e as manifestações de ansiedade-estado, em situações que envolvam perigo. Contudo, em situações que coloquem em causa a integridade pessoal e a autoestima, os indivíduos com elevada ansiedade-traço ficam mais vulneráveis (estes indivíduos apresentam como característica individual, pensamentos recorrentes associados a um medo de falhar). Desta forma, esta ameaça é sentida pelo indivíduo como um resultado de uma combinação de significâncias e experiências passadas, características pessoais e o estímulo no presente (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

O Modelo transacional do stress de Lazarus

Lazarus (1966), neste seu modelo contempla a hipótese da existência da *Ansiedade orientada para o estímulo*, desta forma, a avaliação da ameaça é considerada como um mediador essencial para o desenvolvimento do *stress*. Desta forma, o autor distingue dois estádios de avaliação, nomeadamente, a avaliação primária onde se estima a natureza do estímulo, ou seja, se este é irrelevante, positivo ou *stressante*. Caso no âmbito da avaliação primária, o estímulo tenha sido considerado *stressante*, o indivíduo prossegue para uma avaliação secundária, onde através de uma complexidade de processos, são otimizados os mecanismos de *coping*. Assim sendo, a ansiedade (e

outras emoções negativas), surge em situações avaliadas pelo indivíduo como *stressantes* e acima de tudo, quando este não apresenta recursos suficientes para lidar com a situação sentida como ameaçadora (Lazarus, 1966).

4.3. DEPRESSÃO

A depressão é definida pela Organização Mundial de Saúde como “uma perturbação mental comum que apresenta humor deprimido, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, perturbações do sono e do apetite, baixa energia, e pouca concentração. Estes problemas podem tornar-se crônicos ou recorrentes e deixar prejuízos substanciais nas capacidades do indivíduo para exercer as suas responsabilidades diárias” (WHO, 2014).

No âmbito da saúde mental, a conceptualização de depressão está focada na observação e descrição dos sintomas (compreensão fenomenológica), ou pela descrição da sua origem e fatores influentes no curso do desenvolvimento da perturbação (compreensão etiológica) (Martins, 2011).

Historicamente, o conceito *depressão* parece ter tido origem no termo *melancholia* usado por Hipócrates, sendo que este o estado melancólico era justificado pelo excesso/alteração de bÍlis negra (humores básicos), tendo particular incidência na primavera e Outono. Em 1621, Burton publica a «anatomia da melancholia», no qual o autor descreve a sua experiência pessoal, relatando uma alternância de estados de humor, caracterizados pela presença de períodos melancólicos alternados picos de alegria exagerada (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Posteriormente, nos séculos seguintes, a melancholia foi sendo descrita por inúmeros autores, até à elaboração de uma conceptualização que surgiu na viragem do século XIX, proposta por Kraepelin (1913), sendo que este estabeleceu a fronteira entre a psicose maníaco-depressiva e a demência precoce. A nosologia apresentada por este autor, criou uma plataforma para os modelos atuais da depressão, contudo, alguns aspetos kraepelinianos, constituam atualmente alguma controvérsia (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Freud (1917 citado por Telles-Correia & Barbosa, 2009), na sua publicação *Mourning and melancholia*, clareou a diferença entre o luto normativo (como não

constituindo um problema psiquiátrico) e as perturbações depressivas (resultantes de conflitos intrapsíquicos e podendo ter uma predisposição genética). Mais tarde, a melancolia é substituída pela terminologia, depressão, (Adolf Meyer). Meyer, define as perturbações depressivas, como sendo reações mal adaptativas ao *stress* ambiental, introduzindo o conceito de *reatividade na depressão* (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

A perturbação depressiva está relacionada com o sistema de classificação taxionómico, nomeadamente: o categorial ou o dimensional. Os manuais de diagnóstico mais utilizados (por psicólogos e psiquiatras) para o estabelecimento do diagnóstico são o DSM-5 (APA, 2014), e o ICD-10, International Classification of Diseases – 10th Revision (ICD-10; WHO, 1992). Estes manuais estabelecem o diagnóstico de uma forma categórica, com definições breves e critérios de diagnósticos escritos que permitem aos profissionais obterem diagnósticos fíaveis e consistentes (Blatt & Levy, 1998). Contudo, esta forma (objetiva e estandardizada) de estabelecer os critérios diagnósticos assume algumas limitações, nomeadamente a desvalorização da intensidade dos sintomas, o aumento da comorbilidade e a heterogeneidade no seio de uma mesma categoria diagnóstica, entre outras (Blatt & Levy, 1998; Jones, 1998). Outros autores afirmam que o sistema de classificação categorial poderá tornar-se portanto “enganador” devido não ter em consideração a complexidade das perturbações ao nível da saúde mental (Widiger, 1992, citado por Blatt & Levy, 1998), mais precisamente ao nível das perturbações depressivas e perturbações da personalidade (Martins, 2011).

As perturbações mentais diferenciam-se consoante o campo de atuação clínico, de investigação ou estatístico (APA, 2002). Quanto melhor for a nosografia do das perturbações depressivas, mais fácil será o diagnóstico e a respetiva prescrição terapêutica (Ey, Bernard, & Brisset, 1998). Contudo, nunca existiu um consenso em relação à nosografia das perturbações depressivas, devido às diversas formas assumidas pelas mesmas, daí a existência de múltiplas abordagens acerca deste tipo de perturbações, (Monteiro, 2010).

Segundo o DSM-5 (APA, 2014), um Episódio Depressivo Major é caracterizado pela presença de um humor depressivo (perda de interesse, em quase todas as atividades), durante um período nunca inferior a duas semanas. Desta forma, o sujeito deverá sentir pelo menos, mais quatro sintomas seguintes: alterações no apetite/peso,

sono e atividade psicomotora; diminuição da energia (astenia); sentimentos de desvalorização pessoal/culpa; dificuldades em pensar, concentrar-se ou em tomar decisões; pensamentos recorrentes com temáticas relacionadas com a morte; ideação suicida (ideação, com/sem planeamento, tentativas de suicídio). No que concerne ao seu diagnóstico, o Episódio Depressivo Major só poderá ser estabelecido se o sintoma estiver presente há pouco tempo ou piorado, comparativamente com o estado anterior ao episódio. Estes sintomas deverão ocorrer e persistir durante a maior parte do dia, quase todos os dias, durante, pelo menos, duas semanas consecutivas. Este episódio é normalmente acompanhado por *distress* ou por um mais isolamento (social) e capacidade para o trabalho (ou outras áreas de funcionamento) diminuída (APA, 2014).

Em termos epidemiológicos, estima-se que aproximadamente 1 em 5 indivíduos expostos a eventos de vida *stressantes* desenvolvam depressão, podendo esta proporção ser condicionada (exacerbada) dependendo da natureza e intensidade do evento (Monroe & Reid, 2009).

As taxas de incidência e prevalência da depressão a nível mundial são variáveis devido à multiplicidade cultural e às diferentes classificações nosológicas e métodos utilizados para avaliar a depressão, (o que justifica as variações e discrepâncias em termos dos resultados encontrados em estudos na área), apesar de alguns sistemas de classificação apresentaram-se transversais muitos países e culturas. Num estudo de prevalência (12 meses), da National Comorbidity Survey de Kessler, McGonagle e Zhao (1994, citados por Nierenberg, Sussman & Trivedi, 2003) verificou-se que a depressão atingia, (nesse ano) 10.3% da população, com uma prevalência ao longo da vida de 17.1%, corroborado por alguns autores quando afirmam que, ao longo da vida, cerca de 1 em 5 mulheres e 1 em 10 homens, irão experienciar um episódio clinicamente significativo de depressão (e.g., Schotte, Bossche, Doncker, Claes, & Cosyns, 2006). Outro estudo realizado pela National Institute of Mental Health (2002 citado por Monteiro, 2010), relata que no período de 1 ano, 9.5% da população americana sofre de uma depressão, (equivalente a 18.8 milhões de americanos). Outro estudo epidemiológico de larga-escala (Depression Research in European Society – DEPRES de Tylee, 2000, citado por Monteiro, 2010), com uma amostra de cerca de 78.000 adultos, provenientes de seis países diferentes, revelou uma prevalência a 6 meses, de 17% (dos 70.000 adultos) de episódios de depressão (Monteiro, 2010).

A incidência da depressão verifica-se em ascensão (e.g., Schotte et al., 2006), esperando-se que, com o envelhecimento da população, o número de indivíduos com perturbações mentais aumente (com implicações sociais) (WHO, 2003). De facto a este crescimento tem surgido galopantemente, sendo que os dados epidemiológicos fornecidos pela WHO reportam que em 2007 haviam 121 milhões de pessoas afetadas por esta perturbação no mundo inteiro (WHO, 2008) e, atualmente este número exacerbou para as 350 milhões de pessoas afetadas com depressão no mundo inteiro (WHO, 2012; Marcus et al., 2012).

Portugal (e a Irlanda do Norte) é o país com a mais elevada prevalência de doenças psiquiátricas na Europa, mostrando um padrão muito diferente do encontrado nos outros países do sul, no entanto (WHO, 2012; Marcus et al., 2012). Portugal destaca-se dos outros países europeus no grupo das perturbações de ansiedade, em detrimento da depressão (Wang et al., 2011).

No 3º censo psiquiátrico, realizado em Portugal, em 2001, pela Direcção-Geral da Saúde do Ministério da Saúde, verificou-se que a depressão era a segunda patologia mais frequente, com 14.9% (N = 2525) dos casos de consultas, internamentos e urgências em instituições públicas e privadas, quer no continente, quer nas regiões autónomas (Bento, Carreira & Heitor, 2001).

4.3.1. Fatores Protetores vs. Fatores de Risco para a Depressão

Os fatores protetores contribuem para a compreensão da resiliência (Anaut, 2005; Schoon, 2006) e os fatores de risco, para a compreensão da vulnerabilidade, desta forma, estes dois tipos de variáveis estão intimamente ligadas, podendo caracterizar a mesma realidade, embora em sentidos opostos, ou seja, as mesma característica mediante determinados contextos e circunstâncias, tanto poderá assumir-se como sendo um fator de risco, ou, pelo contrário, num fator protetor (Anaut, 2005; Schoon, 2006).

Normalmente, a acumulação da exposição a fatores de risco (acontecimentos *stressantes* ou situações pessoais/ambientais potenciam perturbações mentais ou do comportamento, comprometendo a capacidade de adaptação) poderão ser os responsáveis por desenvolver uma vulnerabilidade à psicopatologia (Anaut, 2005; Lloyd & Turner, 2003).

Algumas investigações demonstram a existência de determinadas que funcionam como fatores protetores no desencadear de situações adversas ou até mesmo na gestão do impacto que estas mesmas situações poderão ter no indivíduo (Sacker & Schoon, 2002, citado por Schoon, 2006). Nesta linha, alguns estudos evidenciam que a resiliência tem por base uma tríade de fatores protetores (Anaut, 2005; Schoon, 2006), que favorece a resiliência, uma vez que contribuem para a melhoria da autoestima e autoeficácia, facilitando a capacidade de adaptação (Anaut, 2005; Rutter, 1990). Estes fatores são: a) *Individuais* - temperamento afável e amável, idade jovem, boas capacidades cognitivas, sentimento de autoeficácia e autoestima, motivação para estudar (gosto pela escola), boas capacidades de organização e planeamento, capacidade de tomada de decisão, inteligência social/competências sociais, humor, empatia, locus de controlo interno e ser atraente para os outros (charme e carisma); b) *Familiares* – bom ambiente familiar, pais calorosos, responsivos, compreensivos, com diálogo acerca dos interesses e projetos futuro com os filhos; atividades conjuntas; interajuda nas tarefas domésticas entre os pais; c) *Extrafamiliares/Apoio Social* – rede de apoio social para além dos pais (pares, professores, outros familiares), que encorajem e apoiem as necessidades ligadas à escola e ocupacionais; e um bom relacionamento e ambiente entre os pares (Anaut, 2005).

Estudos epidemiológicos apontam para situação de que, os indivíduos com um membro familiar que sofra de uma perturbação de humor têm 2.8 vezes maior probabilidade de ter depressão, comparativamente com a população em geral (Sullivan, Neale, & Kendler, 2000). Um estudo acerca do risco de transmissão intergeracional da vulnerabilidade, relatou que os filhos de mães vulneráveis (com um fraco funcionamento interpessoal e baixa autoestima), apresentam-se com um risco quatro vezes maior para desenvolverem uma perturbação similar, comparativamente às crianças em que as mães não apresentam esta vulnerabilidade (Bifulco et al., 2002), contudo, estas crianças (filhos destas mães vulneráveis), apresentam-se com o dobro da probabilidade de terem vivido adversidades antes dos 17 anos (negligência grave, abuso físico ou sexual). É devido à presença de negligência, e não exclusivamente ao facto de estas crianças terem tido mãe com uma perturbação depressiva, que estas crianças ficam com um risco acrescido para desenvolverem outras patologias. Weissman et al. (2005), num estudo longitudinal (retrospectivo familiar de coorte de 20 anos), com uma amostra

composta por 161 indivíduos (netos, pais e avós), concluíram que 59,2% dos netos cujos pais e avós tiveram depressão major, apresentavam já na infância, perturbações de ansiedade. O estado atual de saúde mental dos avós, assumia um grande impacto sobre a saúde mental dos pais e dos netos, evidenciando influência geracional, sendo que: em famílias com avós deprimidos, o risco de ansiedade ou de qualquer outra perturbação mental dos netos acresce 5 vezes quando os seus pais estão também deprimidos comparativamente com aqueles que não estão deprimidos. A severidade do grau de depressão dos pais, aumentava 2 vezes o risco de perturbação emocional nestas crianças (Weissman et al., 2005).

4.3.2. Modelos de Depressão

A depressão é considerada pela comunidade científica mundial como uma psicopatologia, contemplada nos principais manuais psiquiátricos, contudo, e como já foi referido anteriormente, foi confundida anteriormente com melancolia ou tristeza, tendo sido clarificada (distinção entre melancolia e depressão) nos anos 80. Com isso a intenção era e continua sendo Desta forma, foram estabelecidos critérios universais, a fim de se obter alguma concordância entre clínicos e pesquisadores quanto ao diagnóstico da depressão. Estes critérios diagnósticos, devido à sua objetividade, possibilitam a existência de uma leitura e compreensão objetiva e consensual entre profissionais, que, face à mesma situação, independentemente de qualquer que seja a sua formação teórica de referência, conseguem realizar uma leitura coerente e uniformizada (Vasconcellos, Rocha, & Maciel, 2010).

Perspetiva diátese-stress na depressão

A conceção (compreensiva) de diátese-stress na depressão é baseada na hipótese de que determinadas predisposições biológicas, fisiológicas e desenvolvimentais (estilo cognitivo, experiências familiares, problemas interpessoais ou sociais), tornam as pessoas vulneráveis à depressão, aquando são confrontadas com eventos sentidos como *stressantes* (Coyne & Whiffen, 1995; Pacheco, 2005). Desta forma, sendo a diátese (factor predisponente), a capacidade/incapacidade de adaptação ao evento *stressor* (factor precipitante) o que vai determinar se o indivíduo é resiliente (lidando e se adaptando) ou se desenvolve psicopatologia (depressão). Muitos dos modelos de diátese-stress da psicopatologia, sugerem que todas as pessoas possuem sempre algum tipo de fator

predisponente (diátese) para algum tipo de perturbação mental (Monroe & Hadiyannakis, 2002). Contudo, também outros autores defendem que cada pessoa apresenta um limiar próprio, que a permite resistir/não resistir à situação de *stress*, o qual está dependente das interações dos fatores de risco (predisponentes), os fatores protetores e as experiências indutoras de *stress* (Ingram & Luxton, 2005).

A diátese pode, basear-se em fatores biológicos (insuficiência no abastecimento de noradrenalina ou serotonina) ou psicológicos (visão negativa de si próprio ou do mundo), o que fará com que o indivíduo fique mais vulnerável ao *stressor* posterior (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2007). Nesta perspetiva de diátese-*stress*, o desenvolvimento de uma perturbação deve ser compreendido numa conceção biopsicossocial (Ingram & Luxton, 2005).

Gathercole (2004) desenvolveu um modelo em que a depressão surge como um produto de duas vertentes distintas, mais precisamente: *vulnerabilidades individuais* (aspetos intrapessoais e passados, relaciona-se com a predisposição genética, biológica, desenvolvimento e estratégias de *coping*) e *toxicidade ambiental* (centrada nos aspetos interpessoais e presentes, como perdas e outros acontecimentos de vida indutores de *stress*), em que, quanto mais surgirem eventos, mais tóxicos ou prejudiciais se tornarão para o indivíduo. Esta perspetiva concebe que os atributos constituintes da vertente “vulnerabilidades individuais” interagem entre si, aumentando ou diminuindo o risco de depressão, por outro lado, os atributos da vertente “toxicidade ambiental”, relacionam-se com as dimensões dos contextos de vida do indivíduo. Estas duas vertentes não são agentes causais, mas sim de vulnerabilidade (Gathercole, 2004).

Perspetiva da Vulnerabilidade Cognitiva da Depressão

Os modelos cognitivos da vulnerabilidade à depressão, preconizam que esta psicopatologia é caracterizada pela presença de esquemas cognitivos, ou seja, estruturas de pensamento que influenciam as perceções, interpretações ou as memórias de cada indivíduo, de forma negativa (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997). Este conceito de *esquemas*, assume várias terminologias, dependendo de alguns autores, nomeadamente de *workingmodels*, segundo Bowlby (1980), ou *estruturas de significado* (Perris, 1994, citado por Monteiro, 2010). Explicam que, a qualidade depressivogénica dos acontecimentos de vida depende da interpretação individual de cada pessoa (Bifulco & Moran, 1998 citado por Monteiro). Desta forma, a atribuição idiossincrática de

significado (idiossincrasias) assumem uma função intermediária (variável) que a pessoa vulnerabiliza à depressão (Schotte et al., 2006).

Beck et al. (1997), referem que estes esquemas disfuncionais na depressão, surgem como representações negativas e absolutistas sobre o self e sobre as suas relações com os outros, construídas em torno de experiências negativas e de desamparo (perda ou pela pessoa não se sentir amada). Desta forma, surge o conceito de Tríade Cognitiva, onde estes mesmos esquemas estão relacionados com as opiniões negativas sobre o self, o mundo e o futuro (Beck et al., 1997). Os autores defendem que estas representações facilitam as distorções cognitivas que resultam em pensamentos automáticos, deformando as experiências reais (para que sejam percebidas de forma coerente com eles) dando origem a vários erros sistemáticos no processamento da informação, nomeadamente: inferência arbitrária (tirar conclusões sem evidências), personalização (atribuição pessoal de acontecimentos externos negativos de forma inapropriada), abstração seletiva (ignorar detalhes importantes num contexto), pensamento dicotómico/absolutista (avaliar os dados da experiência segundo categorias exclusivas), sobre generalização (generalizar conclusões para várias situações a partir de acontecimentos particulares) e maximização/minimização (distorção do grau de importância de um acontecimento). Na depressão, para além da tríade cognitiva, surge um enviesamento no processamento da informação (na atenção, na recordação), constituindo um autorreferente negativo (Beck et al., 1997).

O Modelo Cognitivo

O Modelo Cognitivo evoluiu a partir de observações clínicas sistemáticas e confirmação experimental organizando-se sobre três conceitos clássicos básicos que explicam o substrato psicológico da depressão: a *tríade cognitiva*, os *esquemas cognitivos disfuncionais* e as *distorções ou erros cognitivos*.

A tríade cognitiva consiste na presença de três padrões cognitivos *major* (típico em doentes deprimidos), nomeadamente o paciente apresentar uma visão negativa de si mesmo, (vê-se a si próprio como inadequado ou defeituoso), sobre o mundo (assumindo-se como derrotado nas situações de interação com o meio ambiente) e sobre o futuro. (antecipa o seu sofrimento, como algo permanente). Através dessa interpretação enviesada, a pessoa deprimida sente-se encurralada, envolvida em situações revestidas de deceções, sofrimento, desamparo e desesperança (Beck, 1976).

Os esquemas cognitivos são padrões cognitivos relativamente estáveis e dizem respeito à forma sistemática como a pessoa interpreta as situações adequando-as a suas referências vivenciais e também designam padrões estáveis que categorizam e avaliam as experiências. Na organização estrutural do paciente deprimido, esses esquemas podem permanecer estáveis (inativos), por longos períodos de tempo e manifestar-se perante estímulos ambientais específicos (por exemplo *stress*). Esses padrões estáveis, que servem de base para transformar os dados em cognições, encontram-se disfuncionais gerando percepções distorcidas da realidade que se encaixam aos esquemas depressores, previamente ativados (Goldrajch, 1996). Assim sendo, a pessoa perde grande parte do controle dos seus pensamentos, não encontrando viabilidade na utilização de outros esquemas que melhor se adaptem às situações. Este automatismo a nível do pensamento vai aumentando à medida que a depressão aumenta, sendo que a pessoa poderá ser dominada por este mesmo esquema disfuncional (Monteiro, 2010).

Os pensamentos automáticos /erros cognitivos representam as distorções que acontecem no processamento das informações, no sentido de adaptar a realidade aos esquemas negativistas. São erros sistemáticos no pensamento da pessoa deprimida, que reforçam a crença do paciente em seus conceitos depressivos. Esses pensamentos ocorrem automaticamente, parecendo e naturais ao paciente. Segundo Burns (1980 citado por Telles-Correia & Barbosa, 2009), os principais erros cognitivos são: absolutismo ou pensamento dicotômico, hipergeneralização, abstração seletiva, desqualificação, inferência arbitrária, magnificação e minimização, racionalização emocional, sensação de obrigação, rotulações e personalização (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

O Modelo Cognitivo da Depressão - Beck

A teoria cognitiva defende que todos os afetos são secundários à cognição, sendo esta, o responsável pelo modo como vivenciamos e interpretamos os acontecimentos nas nossas vidas. Foi Beck (1963), que preconizou a importância dos componentes cognitivos na depressão, postulando que a cognição é o fator determinante da doença, sendo o transtorno cognitivo o elemento primário na patologia, e as construções negativistas do pensamento, o primeiro elemento na cadeia sintomatológica. O mesmo autor atesta a possibilidade da existência de uma predisposição cognitiva para a depressão, com origem em experiências iniciais das pessoas, formando esquemas

negativistas sobre si mesmas e sobre a vida. Esses mesmos esquemas (disfuncionais depressivo génicos), estariam latentes, manifestando-se aquando os indivíduos vivenciassem situações similares, responsáveis pela introjeção da atitude negativista (Beck, 1976). Bandura (1969), salienta que as pessoas deprimidas apresentam expectativas de desempenho excessivamente elevadas, o que as conduz a experimentar muitos fracassos (pouco sucesso), desenvolvendo uma atenção seletiva aos eventos negativos, com uma autoavaliação negativa. Bandura (1977), alude ao facto de que as pessoas depressivas, estando pessimistas, despertam a rejeição, e partindo de um pressuposto de que o comportamento que influencia também é influenciado (ciclo vicioso dos deprimidos) o que irá intensificar sua autodesaprovação, tornando-as mais negativas e assim alimentando o ciclo doentio. Seligman et al. (1979), na sua teoria do desamparo aprendido, corrobora com os conceitos cognitivistas, reforçando que o aprendizado da impotência perante os acontecimentos, que se estabelece em determinadas pessoas no início da vida, é responsável pela representação cognitiva de fracasso existente nas pessoas deprimidas. Schreiber (1998), faz referência a que as distorções negativistas dos pacientes depressivos podem ser equiparadas aos sintomas básicos da depressão.

Beck et al. (1997) acreditam que a depressão se caracteriza por uma distorção da natureza humana e que a organização cognitiva da pessoa deprimida sofre uma *revolução cognitiva*, que envia a forma da mesma interpretar a realidade. Uma das características do paciente muito deprimido (depressão major) é o seu desinteresse face a temáticas ambientais, perseverando em temas pessimistas, com uma organização cognitiva autônoma – o *modelo cognitivo autónomo*.

Numa perspetiva *desenvolvimental*, o concretismo durante a infância (anos pré-escolares), em que a criança antecipava a organização da realidade, com reações de raiva ou tristeza (Guidano, 1987), é a fase em que o *self* é (normalmente) integrado, pelo que as experiências adversas neste período (abuso físico, sexual, negligência) aumentam a probabilidade do desenvolvimento um *self* fragmentado (Macfie, Cicchetti, & Toth, 2001). Na adolescência, este concretismo infantil dá lugar, a uma reorganização da realidade (mais complexa e articulada), devido à presença de novas capacidades, normativas da fase de desenvolvimento, que promovem, a existência de um *self* que impõe ordem à realidade (Guidano, 1987). O autor, faz referência acerca do facto da

pessoa deprimida fazer uma atribuição causal interna (*locus interno*), de todos os seus fracassos, o que nesta perspectiva, constitui um processo de ajustamento entre as duas componentes: concretismo e nova reorganização da realidade. Este processo, faz com que a pessoa descentre a incontornabilidade da avaliação imediata e negativa da realidade típica da sua infância, concentrando-a em aspetos percebidos do seu próprio self. Desta forma, o self torna-se mais diferenciado, sendo que a pessoa sente que tem de se esforçar, contra a negatividade das suas experiências, para evitar a sensação de isolamento e de abandono (Guidano, 1987). Estes modelos explicam que determinadas vulnerabilidades (para a depressão) face a determinados acontecimentos (atuais), podem advir de acontecimentos negativos ao longo do desenvolvimento (Bahls, 1999).

O Modelo Comportamental da Depressão

A objetividade da corrente behaviorista em estabelecer critérios objetivos ao nível da compreensão e tratamento da psicopatologia, adequou esta filosofia ao tratamento da depressão, sendo que o estudo da depressão, feito pelos analistas do comportamento abandona a conceção de doença, em detrimento das interações organismo/ambiente (atuais) e históricas, do indivíduo (Vasconcellos et al., 2010).

Segundo esta corrente, a pessoa deprimida sofre de falta de reforçadores, (sendo o comportamento mantido por reforçadores), e a falta dos mesmos, gera uma alteração comportamental, que podendo levar, a uma diminuição da iniciativa (passividade), isolamento social, pouca ingestão de alimento e de atividade sexual. Desta forma, o estudo da depressão deverá compreender a identificação dos processos que reduzem o valor reforçador dos estímulos disponíveis no ambiente, ou os que geram ausência de reforçadores. Os modelos de depressão onde é feita a análise das relações funcionais supostamente envolvidas nesse estado patológico são: a) *desamparo aprendido*; b) *anedonia* ou *Chronic Mild Stress (CMS)*, e a c) *extinção ou separação* (Vasconcellos et al., 2010).

O Modelo da Desesperança /Desamparo Aprendido – Seligman

Seligman (1974), desenvolveu o modelo da desesperança aprendida com experiências em cães. Estes eram expostos a um *stress* intenso e prolongado, e posteriormente a situações superáveis. Estes animais revelaram que em vez de usarem estratégias adaptativas, adotavam uma postura passiva à qual o autor chamou de “desesperança aprendida”. Segundo Seligman, este modelo explicaria determinados

tipos de depressão nos seres humanos, contudo sem comprovação científica nos seres humanos, (Seligman, Abramson, & Semmel, 1979).

O modelo “desamparo aprendido” mostrou em experiências laboratoriais que condições análogas podem estimular o ser humano a aprender comportamentos depressivos, mostrando que, histórias de vida que envolvem grande complexidade e incontrolabilidade, têm como consequência, a redução da atuação do sujeito sobre seu meio ambiente (Vasconcellos et al., 2010).

Existe um outro modelo experimental, desenvolvido pelos mesmos autores em 1971, que mostra a produção de depressão, tendo-a denominado por *separação* ou por *extinção*. Este modelo foi aplicado a sujeitos primatas, tendo por base a separação do filhote da sua mãe, ou de um macaco adulto separado do seu meio social, por um período de 30 dias. O macaco “filho” continuava sendo alimentado, (necessidades básicas asseguradas), mas não usufruindo outros reforçadores que eram fornecidos pela mãe, (contato físico, muito importante nessa fase de desenvolvimento). O macaco adulto, era afastado do grupo, estando colocado em gaiolas verticais, que não permitiam muita agilidade física, motivo pelo qual, ao ser liberado para o convívio com os outros macacos, o sujeito mostrava uma redução de deslocamento, e de interesse em explorar o ambiente (Vasconcellos et al., 2010).

Esse é equiparado à extinção operante, que mostra o quanto a interrupção da relação de reforçamento produz um aumento na taxa de respostas anteriormente reforçadas, e, depois, por uma baixa generalizada da taxa de resposta. No modelo de separação, a relação resposta/reforço diminui devido às respostas (anteriormente contingentes aos reforçadores), que posteriormente não podem ser emitidas pela falta do agente reforçador (mãe ou outros macacos) (Vasconcellos et al., 2010).

O Modelo Biológico da Depressão

As teorias explicativas da vertente biológica da depressão, assentam nos neurotransmissores cerebrais e seus recetores, contudo, outras áreas ainda se encontram em investigação. Os neurotransmissores cerebrais, mais precisamente as monoaminas, que se constituem na principal hipótese envolvendo os neurotransmissores cerebrais. Estes subdividem-se em catecolaminas (dopamina - DA e a noradrenalina - NE), e na indolamina (serotonina - 5HT) (Bahls, 1999).

Esta hipótese das monoaminas baseia-se no conceito da deficiência das aminas biogênicas, particularmente NE, 5HT e DA, como a causa das depressões. Schildkraut (1965) e Bunney & Davis (1965) desenvolveram a primeira hipótese aminérgica, denominada de hipótese *catecolaminérgica*, sendo que esta propunha que a depressão se associava a um deficit das catecolaminas, principalmente a NE. Posteriormente Van Praag e Korf (1971), introduziram a hipótese *serotonérgica*, tendo sido esta responsável pelo desenvolvimento da classe de antidepressivos, nomeadamente os Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRS). Posteriormente, a hipótese *dopaminérgica* proposta por Willner (1990), em que propunha a existência da implicação da nos fenômenos de recompensa cerebral, estando envolvida na fisiopatologia da anedonia, tendo-se verificado que o uso continuado de antidepressivos tricíclicos (ADT) aumenta a resposta comportamental à DA injetada no núcleo accumbens (estrutura cerebral ligada à sensação do prazer, integrante do sistema mesolímbico dopaminérgico, próximo do hipocampo), que age como interface entre o sistema motor e o sistema límbico. Esta hipótese surgiu primeiramente da compreensão advinda do conhecimento sobre o mecanismo de ação dos primeiros antidepressivos (tricíclicos e inibidores da monoaminoxidase - IMAO), que aumentam as concentrações das monoaminas nas fendas sinápticas cerebrais (Graeff & Brandão, 1993; Stahl, 1998).

Como reforço da hipótese das monoaminas, surgem outras evidências, nomeadamente: a) drogas, como a reserpina, que despoletam esses neurotransmissores são capazes de induzir depressão; b) precursores da 5HT: L-triptofano e 5-hidroxi-triptofano apresentam efeito antidepressivo leve; c) vários estudos relataram anormalidades nos metabólitos das aminas biogênicas, como o ácido 5-hidroxiindol acético (5HIAA), o ácido homovanílico (HVA) e 3- metoxi-4-hidroxifenilglicol (MHPG) no sangue, urina e líquido de pacientes deprimidos; d) a redução da concentração de 5HT e seu principal metabólito 5HIAA ocorre no cérebro de vítimas de suicídio, alcançado de maneira violenta, e no líquido de pacientes deprimidos; e) a privação aguda de triptofano causa recidiva em 80% dos pacientes deprimidos tratados com sucesso com os antidepressivos da classe dos ISRS (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1994).

Contudo, apesar da relevância da hipótese das monoaminas na investigação da depressão, verifica-se uma certa resistência sua aceitação integral, devido ao fato de que

todos os antidepressivos aumentam, de imediato, as monoaminas em nível das fendas sinápticas, daí seu efeito clínico só ocorrer algumas semanas depois (Oswald, Brezinova, & Dunleavy, 1972). Outras substâncias, tais como a cocaína, elevam igualmente os níveis das monoaminas, não apresentando qualquer efeito antidepressivo (Stahl, 1998). Nenhuma alteração nos índices de DA ou NE no líquor (líquido cefalorraquidiano) parece caracterizar pacientes deprimidos como um todo, e o nível reduzido de 5HIAA, mais relacionado a problemas de controle do impulso do que propriamente à depressão (Leonard, 1997).

Atualmente, a ciência mostra que a complexa interrelação entre os sistemas neurotransmissores cerebrais restringiu as hipóteses de *deficits* de neurotransmissores nas fendas sinápticas a concepções mais simplistas, sendo que uma de suas consequências foi o deslocamento do foco das hipóteses biológicas da depressão para os recetores dos neurotransmissores (Bahls, 1999).

O conhecimento acerca dos recetores cerebrais está em permanente evolução. Contudo, foram já identificados quatro subtipos de recetores *noradrenérgicos*, sete subtipos de recetores *serotoninérgicos* e cinco subtipos de recetores *dopaminérgicos*. Alguns desses subtipos são ainda subclassificados em diferentes isoformas, tendo por base características farmacológicas e moleculares (Stahl, 1998).

Supondo a existência de algumas anormalidades funcionais em alguns recetores, os estudos evidenciam algum suporte significativo advindo das pesquisas com ligantes marcados radioativamente, evidenciando que, após o uso de antidepressivos por algumas semanas, ocorrem no cérebro de pacientes deprimidos alterações nos recetores noradrenérgicos, principalmente uma redução no número de recetores beta-adrenérgicos pós-sinápticos (*down-regulation*) (Graeff & Brandão, 1993; Leonard, 1997).

Noções neuroanatômicas e neurofisiológicas

Através dos estudos de neuroimagem estrutural e funcional é já possível localizar determinadas áreas cerebrais que se apresentam alteradas em pacientes com depressão *major*. É possível verificar uma redução de volume e hipometabolismo nos lobos frontais, gânglios da base e estruturas mediais e temporais do cérebro, envolvendo essencialmente conexões entre os gânglios da base, os lobos frontais e o sistema límbico. O sistema límbico encontra-se ligado aos gânglios da base e ao hipotálamo lateral (Graeff & Brandão, 1993). Desta forma, considera-se que a disfunção no sistema

límbico possa ser responsável pelas alterações ao nível das emoções; que a disfunção nos gânglios da base envolva as alterações motoras; a disfunção no córtex pré-frontal anterolateral esquerdo responda pelo prejuízo cognitivo; a disfunção hipotalâmica seja a causa das alterações de sono, apetite, comportamento sexual, endocrinológicas, imunológicas e cronobiológicas na depressão (Kaplan et al., 1994).

Partindo dos pressupostos anteriores, considera-se que existe uma heterogeneidade ao nível dos quadros depressivos, baseada na rutura em diferentes regiões do circuito cerebral gânglios da base, tálamo-cortical (Lafer, Renshaw, & Sachs, 1998).

No que concerne à vertente biológica, salienta-se que as principais alterações somáticas da depressão, atualmente já muito bem objetivadas, envolvendo alterações no sono, comprovadas através da polissonografia, a dessincronização nos ritmos circadianos e as perturbações neuroendocrinológicas, particularmente, nos eixos hipotálamo/hipófise/adrenal e hipotálamo/hipófise/tiróide (Graeff & Brandão, 1993; Kaplan et al., 1994).

4.4. PERSONALIDADE E PSICOPATOLOGIA

O conceito de *personalidade* é de facto muito abrangente, envolvendo todo um vasto conjunto de processos psicológicos multideterminados e com expressões multidimensionais (Millon & Grossman, 2006). Envolve uma série de vivências do ser humano podendo ser descrita de variadas formas, perspetivas e domínios. A forma como as pessoas pensão, sentem e agem irá assumir um papel primordial ao nível do seu ajustamento ao mundo (Triandis & Suh, 2002).

Contudo, é importante referir que o modo funcionamento de cada um, sofre uma série de influências ao nível das cognições, emoções e hábitos, sendo estes ativados face à presença de determinados estímulos ou situações quotidianas (Martins, 2011).

Quando falamos em personalidade, e para operacionalizarmos o seu conceito, teríamos de estudar e aprofundar as características mentais e comportamentais do indivíduo e todas as suas mudanças ao longo da vida (Lerner, Lerner, Almerigi, & Theokas, 2006).

McAdams e Olson (2010) consideram a existência de três componentes da personalidade que se desenvolvem de forma dinâmica, nomeadamente: os *traços disposicionais* (características internas e gerais do indivíduo que contribuem para a consistência dos seus comportamentos, pensamentos e sentimentos nas várias situações e ao longo do tempo); as *adaptações características* (aspectos mais existenciais do indivíduo, como os seus planos, objetivos, valores, estratégias e todas as componentes ligadas à motivação humana que permitem compreender o seu modo de viver); e as *narrativas integrativas de vida* (ligação do indivíduo com o seu meio sociocultural, o seu passado e a forma como integra a sua história de vida no seu modo de ser, como chegou ao presente e como perspetiva o futuro).

4.4.1. Desenvolvimento da Personalidade

Lerner et al. (2006), consideram que um dos principais fatores para a formação da personalidade e mudanças no indivíduo corresponde à forma ativa de como o sujeito se relaciona com o contexto, da nascença até à morte. Estas teorias que consideram o desenvolvimento da personalidade ao longo da vida, para além dos aspetos biológicos inerentes ao ser humano, salientam a extrema importância da interação do indivíduo com o meio nos mais variados níveis da sua vivência (Lerner, et al., 2006).

As teorias psicodinâmicas conceptualizam a personalidade dando especial enfoque às vivências precoces na formação da mesma (Blatt & Lerner, 1983; McAdams & Olson 2010). Nesta perspetiva são valorizadas a atividade simbólica complexa e as relações interpessoais (Blatt & Lerner, 1983) partindo do pressuposto, que já desde o nascimento, as relações da criança com os seus cuidadores são fundamentais para a formação da sua personalidade. Esta teoria psicanalítica, defende a noção de que o desenvolvimento do *self* e da personalidade tem por base a identificação da criança aos seus cuidadores e a construção do sentido de si, que decorre no seio das relações intersubjetivas precoces (Wolitzky, 2006).

Segundo Blatt e Lerner (1983), a representação do objeto refere-se a esquemas mentais (cognitivos, afetivos e experienciais) de encontros que foram significativos com os principais cuidadores. E é a partir das representações das experiências precoces da criança com os cuidadores principais, que se criam os modelos internos dinâmicos de

vinculação (internal working models), em que o *self* e os outros estão mentalmente representados tal como são lembrados nas interações mais precoces, direcionando a forma de reagir do indivíduo no futuro (Wolitzky, 2006).

A perspectiva fenomenológica considera que as intenções, os significados e as motivações de cada pessoa emergem das estruturas das representações de si e dos outros. Estas representações comportam componentes cognitivo-afetivas e motivacionais, as quais se inserem nas teorias desenvolvimentais, cognitivas e sociopsicológicas (Blatt & Lerner, 1983). Desta forma, a construção do sentido de si e dos outros fica condicionada à qualidade das relações precoces que se tiverem ocorrido de forma saudável, irão permitir a construção de representações estáveis, integradas e positivas de si e dos outros (Wolitzky, 2006), possibilitando à criança uma maior autorregulação e interações estáveis e satisfatórias com os pares (Clarkin, 2006, citado por Martins, 2011).

4.4.2. Perturbações da Personalidade

As relações precoces quando se revelam satisfatórias e de qualidade, são fundamentais para o estabelecimento dos modelos internos dinâmicos de vinculação, estes que funcionam como estruturas dinâmicas que influenciam significativamente os padrões de ação, de reação e de adaptação ao meio. Se os padrões comportamentais de interação das figuras de vinculação não forem consistentes e as relações adequadamente responsivas e empáticas com a criança, a internalização da relação com o objeto não será devidamente estruturada, dando origem a conflitos intrapsíquicos e a modelos internos dinâmicos de vinculação distorcidos (Blatt & Lerner, 1983).

As perturbações da personalidade podem ser caracterizadas num contínuo de progressivo desequilíbrio das representações de si e dos outros, apesar de multideterminadas, apresentam-se assinaladas pelas vivências do indivíduo ao longo da vida (Luyten & Blatt, 2011). Estas perturbações, devido ao seu caráter dimensional e não estático (modelos categoriais, que se baseiam apenas nos sintomas e caracterizam sobretudo perturbações estáticas), possibilitam uma melhor compreensão dos aspetos comuns em cada tipo de perturbação, apesar da heterogeneidade dos sintomas (Trull & Durrett, 2005, citado por Martins, 2011).

De acordo com a teoria de S. Blatt, a construção e desenvolvimento da personalidade sucede por intermédio de uma transação dialéctica complexa entre duas linhas fundamentais, o relacionamento interpessoal (capacidade de estabelecer relações interpessoais satisfatórias, maduras e recíprocas) e a individualidade (individualidade refere-se ao desenvolvimento do conceito de self diferenciado, integrado, positivo e realista), dando assim origem ao modelo das *duas polaridades* (Blatt, 2008; Blatt & Blass, 1992). Os processos psicológicos que estão associados a estas duas linhas de desenvolvimento, interagem de modo dialético e equilibrado, promovendo o desenvolvimento recíproco dos dois alicerces da personalidade durante toda a vida do indivíduo (Martins, 2011).

É através da linha de desenvolvimento (relacionamento interpessoal ou individualidade) que se constroem as referências mentais estruturantes das cognições, estilos de relação, e mecanismos de ação. Contudo, cada pessoa poderá dar maior ênfase a uma ou a outra dimensão, mediante as suas características individuais (Blatt & Luyten, 2009), sendo que, a evolução de cada uma delas irá influenciar a outra (quanto mais maduro/consistente for o sentido do *self*, melhor será a evolução das relações interpessoais e quanto mais consistentes forem as relações com os outros, mais coerente e desenvolvida será a representação de si) (Blatt, 2008).

Blatt e Blass em 1992, reformularam o modelo de Erickson, afim de melhor identificarem a relação complexa das duas dimensões dentro da compreensão do desenvolvimento da personalidade, verificando a relação entre as duas dimensões básicas do desenvolvimento (relacionamento interpessoal e individualidade) estão presentes nos vários níveis de desenvolvimento psicossocial. Desta forma, esta integração das duas dimensões no desenvolvimento maduro da personalidade, sendo que desta forma, se compreende que uma personalidade adulta terá a capacidade de expressar a sua individualidade em contextos relacionais estáveis, positivos, caracterizados pela mutualidade e reciprocidade, pela intimidade e integridade (Blatt & Blass, 1992).

Sendo a psicopatologia, o resultado de alterações significativas ao nível do desenvolvimento, as perturbações psicopatológicas serão o resultado de respostas centradas numa das linhas do desenvolvimento, de forma distorcida ou desequilibrada. (Blatt, Besser & Ford, 2007). Este modelo preconiza que as duas configurações

primárias da psicopatologia provêm de alterações das dimensões do relacionamento interpessoal e da individualidade desenvolvendo, nomeadamente: a linha *analítica* (perturbações das relações interpessoais do indivíduo) e a linha *introjetiva* (perturbações da imagem de si e da identidade) (Blatt, 2008; Blatt & Levy, 1998).

Os autores apontam para que a maior ênfase numa das dimensões em detrimento da outra aconteça reativa a vários variáveis, tais como as predisposições biológicas, fatores culturais, de género, capacidades básicas e vulnerabilidades, padrões culturais e familiares. O efeito cumulativo de acontecimentos traumáticos e repetitivos, associados às predisposições biológicas irão afetar a relação entre estas dimensões e alterar o desenvolvimento da personalidade (Blatt & Blass, 1992).

É levada em consideração a severidade das perturbações, mediante a fase do desenvolvimento em que os desequilíbrios começam a ocorrer. Blatt e Levy (1998) referem que os acontecimentos da vida do indivíduo e/ou predisposições biológicas precoces e graves têm maior impacto e estão associadas a perturbações mais graves, enquanto por outro lado, desvios menos severos ou ocorridos em fases mais avançadas do desenvolvimento irão estar representados no carácter do indivíduo (Blatt & Levy, 1998).

Salienta-se que, numa situação em que surja uma centração exacerbada na dimensão analítica, sucede-se um esforço distorcido e exagerado para manter as experiências interpessoais satisfatórias, refletindo-se no exagero e distorção de questões relacionais, desprezando a construção da individualidade e do *self*. Por outro lado, grande centração na dimensão introjetiva, vai refletir-se em tentativas distorcidas de estabelecer e manter o sentido do *self*, e com preocupações exageradas em relação à autonomia, controlo, autoestima e identidade, em detrimento das relações interpessoais (Blatt, 2008; Blatt & Levy, 1998). É através desta conceptualização que os autores constroem uma continuidade em termos de espectro, entre o normal e o patológico, sendo que, no caso da perturbação depressiva, esta intensidade poderá variar entre estados ligeiros, moderados e/ou graves (Martins, 2011).

Desta forma, e à luz da teoria das duas polaridades, tendo em conta a dimensão da na personalidade (a mais evidente) e determinados acontecimentos de vida, a pessoa poderá desenvolver uma *depressão introjetiva* (autocrítica), ou uma *depressão analítica* (dependente) (Blatt & Zuroff, 1992).

A Depressão Analítica ou dependente foi definida por Blatt (1974), como sendo um estado caracterizado por sentimentos de solidão, desamparo e fraqueza. Segundo o mesmo, indivíduos com este tipo de depressão apresentam medos intensos (crônicos) tornando-se mais vulneráveis e com sentimentos de desproteção. Apresentam grande necessidade ao contacto físico (próximo), com grande desejo de serem amados, e protegidos. Dependem muito dos outros para se sentirem bem, não conseguindo lidar com a separação e a perda. Consequentemente, apresentam-se com grandes dificuldades na externalização das emoções negativas (zanga, raiva), afastando-se das pessoas, originando sentimentos de desamparo (Blatt, 2008).

A depressão Introjetiva é caracterizada pela presença de sentimentos de indignidade, inferioridade e culpa, elevada autocritica, perfeccionismo, e preocupação excessiva com a autonomia e o autocontrolo (Blatt, 2008). As experiências afetivas normalmente geram sentimentos de culpa e vergonha, dando lugar a uma fraca expressão dos afetos. Pessoas com depressão introjetiva apresentam preocupações relacionadas com a autonomia e o não ser controlado por outros (Blatt, 2008).

Este modelo é validado por muitos outros teóricos na área, tais como Beck et al. (1983) e Bowlby (1980). Contudo, apesar das diferenças terminológicas, todos estes autores fazem alusão a dois tipos de depressão, mais precisamente, uma com origem em acontecimentos relacionados com relações interpessoais (depressão analítica, segundo Blatt), e outra associada a acontecimentos que afetam o autoconceito (depressão introjetiva, segundo Blatt) (Blatt & Homann, 1992; Blatt & Zuroff, 1992).

4.4.3. Depressão e Vinculação

As experiências precipitantes dos episódios depressivos são compreendidas à luz da teoria de S. Blatt, sendo que esta defende que, as representações mentais das relações de vinculação são fundamentais no desenvolvimento da vulnerabilidade à depressão (Blatt & Homann, 1992).

Estas experiências precoces nas relações de vinculação, são responsáveis pela etiologia das vulnerabilidades individuais, fazendo com que acontecimentos de ruptura nas relações interpessoais e de experiências de insucesso pessoal possam desencadear episódios de depressão (Blatt & Blass, 1992; Blatt & Zuroff, 1992).

Investigações mais recentes (Blatt & Luyten, 2009) revelam que a presença de uma interação mãe-criança equilibrada entre a vinculação estabelecida e a separação, constitui-se como um antecedente do desenvolvimento entre as dimensões do relacionamento interpessoal e individualidade. Desta forma, um estilo de vinculação segura irá proporcionar uma integração e coordenação destas duas dimensões, dando origem a um desenvolvimento saudável da personalidade (Hazan & Shaver, 2009; citado por Blatt & Luyten, 2009), dando origem a relações interpessoais satisfatórias e uma identidade positiva, realista, diferenciada e integrada (Blatt & Levy, 2003). Ao invés do que foi referido, um ambiente familiar frio e não responsivo será preditor da presença de representações distorcidas de si e dos outros por parte da criança, aumentando a sua vulnerabilidade à depressão (Blatt & Homann, 1992; Blatt & Zuroff, 1992).

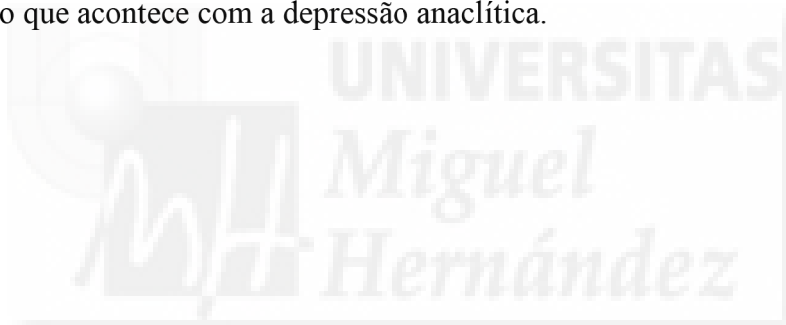
Os modelos internos dinâmicos de vinculação vão ser representados de forma diferente nos dois tipos de depressão (analítica e introjetiva), verificando-se a existência de uma relação entre estas dimensões e aos dois padrões de vinculação insegura de Bartholomew e Horowitz (1991).

Assim sendo, o estilo de vinculação insegura-ansiosa está presente em indivíduos com depressão analítica, enquanto que o estilo de vinculação insegura-evitante estará mais representada em indivíduos com depressão introjetiva (Blatt & Homann, 1992; Luyten & Blatt, 2011). Desta forma, e segundo a teoria de S. Blatt, verifica-se a existência de uma relação de continuidade entre as dimensões do desenvolvimento da personalidade (relacionamento interpessoal e individualidade) e da psicopatologia (anaclítica e introjetiva) com os dois padrões da vinculação insegura (ansiosa e evitante) de Bartholomew e Horowitz (Blatt & Levy, 2003).

Por outro lado, existem evidências de que uma vinculação *insegura-ansiosa* poderá ser preditora de uma depressão mais focada na dependência, ou seja, na dimensão anaclítica (Blatt & Homann, 1992; Blatt & Levy, 2003). Nestas situações, a mãe (figura de vinculação privilegiada) utiliza o seu amor e cuidado como forma de controlar a criança, não lhe conferindo espaço para desenvolver uma representação estável da relação. No tempo, a criança não irá internalizar uma representação estável e segura que garanta o sentimento de ser continuamente amada e cuidada. Desta forma, em adulto, a pessoa irá necessitar e apelar a uma atenção e cuidados constantes por parte

dos outros. Este funcionamento irá refletir-se mais tarde em situações de separação ou percepção de abandono, desencadeando reações sob forma de uma depressão anaclítica (Blatt & Homann, 1992).

Um estilo de vinculação *insegura-evitante* poderá predizer o despoletar de uma depressão focada no autocriticismo, do tipo introjetiva (Blatt & Levy, 2003; Blatt & Homann, 1992). Este perfil está associado ao facto da criança considerar o amor dos pais como sendo uma condição para o seu bom desempenho, levando-a a ser exigente consigo própria a fim de satisfazer as expectativas restritas e severas dos mesmos, pretendendo a sua aprovação. Sentimentos como a culpa e a vergonha estão presentes na depressão introjetiva e associadas a percepções negativas de si próprio na infância, reflexo das avaliações negativas dos cuidadores (Blatt & Homann, 1992). Campos, Besser e Blatt (2010) referem que a vulnerabilidade a este tipo de depressão está intimamente relacionada com a percepção que o indivíduo tem das relações de cuidado, mais do que o que acontece com a depressão anaclítica.





CAPÍTULO 5.
AUTO-EFICÁCIA

5.1.AUTOEFICÁCIA

O conceito de autoeficácia surge na área da Psicologia proposto por Bandura (1977), definindo-a como: “o juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca de quanto são capazes de organizar e implementar atividades em situações desconhecidas, passíveis de conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de *stress*”. Mais tarde, Bandura (1986) redefine este conceito, descrevendo-o como um julgamento das potencialidades de um indivíduo para organizar e executar os trajetos de ação necessários para alcançar determinado tipo de desempenho. Defende ainda que a autoeficácia representa o acreditar nas capacidades de cada indivíduo afim de este organizar e executar os trajetos necessários para produzir uma determinada ação (Bandura, 1997a).

A autoeficácia é uma variável cognitiva com uma função motivacional (Bandura, 1977). Esta teoria defende que a perceção que as pessoas têm das suas capacidades tem influência no seu comportamento, no seu nível de motivação, no seu padrão de pensamento e na sua reação emocional (O'Leary, 1985). A motivação é a ativação e persistência do comportamento, suportada pela atividade cognitiva (a representação cognitiva de resultados futuros, a definição de objetivos, e a avaliação da realização pessoal) (Bandura, 1977). Influencia ainda a forma como cada indivíduo pensa, sente e age. Existe uma associação entre baixos níveis de autoeficácia e depressão, ansiedade e desamparo, por outro lado, bons níveis de autoeficácia ajudam a ultrapassar as adversidades da vida e a alcançar o sucesso (Morgado, Pires, & Pinto, 2000).

Bandura, defende que esta teoria baseia-se no fato de que os processos psicológicos, medeiam a criação e o fortalecimento de expectativas de eficácia pessoal, distinguindo a expectativa de eficácia de expectativa de resultado (Bandura, 1977).

Salienta-se a distinção entre expectativas de autoeficácia e expectativas de resultados, que se referem à crença pessoal de que um determinado comportamento resultará num determinado resultado (Bandura, 1997b). Contudo, as expectativas de eficácia e as de resultado, caracterizam-se por serem cognições específicas e alteráveis (ao invés de variáveis globais e estáveis), com origem em êxitos e fracassos do passado,

observação do comportamento dos outros, na persuasão verbal e nos diferentes estados fisiológicos (Cid, Orellana, & Barriga, 2010).

Salienta-se que a um nível terminológico, no que concerne a este conceito de autoeficácia, e devido à sua versatilidade, dependentemente dos autores, surgem diferentes formas de nomear o conceito, nomeadamente por: percepção de autoeficácia, expectativa de autoeficácia e sentimento de autoeficácia. Contudo, todas estas designações, pretendem ter o mesmo significado.

5.1.1. Percepção, Expectativas, Crenças e Sentimento de Autoeficácia

A percepção de autoeficácia constitui-se uma variável de grande importância ao nível mediação e a transformação construtiva do comportamento (Smith, 1989), pessoas com elevados sentimentos e percepção de autoeficácia, promovem reações afetivas que orientam e impulsionam para a realização da ação (Pastorelli et al., 2001). Por outro lado, pessoas com um sentimento de ineficácia ficam mais vulneráveis ao *stress* (Bandura, Pastorelli, Barbaranelli, & Caprara, 1999),

Os estudos científicos realizados acerca da autoeficácia, referem que esta funciona como um regulador do ser humano, promovendo o seu bem-estar através de quatro processos fulcrais, nomeadamente: *cognitivos, motivacionais, afetivos e seletivos* (Bandura, 1997a).

A percepção de autoeficácia poderá surtir diversos efeitos ao nível do comportamento, nos padrões de pensamento e nos aspetos emocionais. Assume influência ao nível da escolha das atividades e dos ambientes ou situações; determina, a quantidade de esforço a despender por parte do indivíduo e o tempo que irá persistir face aos obstáculos e experiências negativas; a percepção acerca da sua capacidade irá influenciar os processos de pensamento e as reações emocionais (antes e durante as situações sentidas como *stressantes*) (Correia, 2010).

Bandura (1997a) concebe que a percepção de autoeficácia assume uma função reguladora nas mais importantes transações de vida, com especial interesse durante adolescência. Desta forma, salienta-se que, quanto mais precoce o indivíduo desenvolver um bom sentido de autoeficácia, mais precocemente irá desenvolver as suas próprias competências, projetar as suas opiniões e aspirações, resistente às pressões do meio social (protegido do ingresso em condutas antissociais) (Bandura, 1997a). Esta

percepção inf

, 1992).

As expectativas de autoeficácia, assumem um papel preponderante na resposta do indivíduo face a uma situação sentida como *stressante*, sendo que estes acreditam

, 1992).

As crenças de autoeficácia caracterizam-se por ser o resultado de um complexo processo de autopersuasão associado a processos cognitivos advenientes de conhecimentos adquiridos na família e grupo de pares (escolar) (Pastorelli et al., 2001). Esta percepção de autoeficácia inicia-se desde cedo junto da família (primeira fonte de informação de eficácia, seguindo-se o grupo de pares) (Pastorelli et al., 2001).

5.1.2. Convicção de Autoeficácia

A convicção de autoeficácia é o resultado de todo um conjunto de processos cognitivos, provenientes das *experiências de domínio pessoal do desempenho* (percepção de ter obtido sucesso num desempenho, capacidade de perseverar na criação e execução das ações necessárias para superar obstáculos e dificuldades a tal desempenho. É considerada a fonte de informação mais eficaz para o desenvolvimento de um forte senso de eficácia, contudo, a percepção de fracasso poderá interferir negativamente esta convicção de autoeficácia), de *experiências por meio de modelos sociais* (a pessoa julga automaticamente a sua competência ao observar os outros na execução de uma tarefa, adquirindo conhecimentos, habilidades e estratégias), da *persuasão social* (sucede por intermédio de avaliações por parte dos outros em relação à capacidade pessoal para o desempenho de uma atividade, se a avaliação for positiva tenderá a fortalecer o senso de autoeficácia, e vice-versa), *estados emocionais e fisiológicos* (*stress*, tensão e humor depressivo tendem a serem interpretados como sinais de vulnerabilidade, assim como o cansaço e a fadiga podem ser percebidos como sinais de debilidade física) (Bandura, 1995, 1997b).

Alguns estudos têm demonstrado a relação entre a expectativa de autoeficácia no desempenho prestados por pais, a nível dos cuidados prestados (gerais) aos seus filhos, e o sentimento de capacidade por parte dos mesmos para realizarem estas tarefas com sucesso. Mouton e Tuma (1988) mostram que a autoeficácia parental apresenta uma

relação negativa com os problemas comportamentais de crianças. Johnston e Mash em 1989, referem que baixos níveis de autoeficácia estão associados a pouca persistência, depressão e diminuição da satisfação quanto ao papel parental (Johnston & Mash, 1989).

5.1.3. Dimensões na Autoeficácia: Magnitude, Força e grau de Generalização

Bandura (1977a) contempla a existência de três *dimensões na autoeficácia*, nomeadamente a *magnitude* (o nível de dificuldade com que o indivíduo percebe a tarefa) a *força* (relaciona-se com a intensidade da expectativa, ou seja, fracas expectativas de autoeficácia serão extintas por experiências que as contrariem, por outro lado, fortes expectativas de eficácia levam a insistir nos esforços para obter sucesso na realização da tarefa, tendo consideração, situações em que as experiências não correspondem ao conjunto de crenças do indivíduo) e o *grau de generalização* (certas experiências produzem expectativas específicas, outras, desencadeiam um sentido de eficácia mais abrangente, mais generalizado) (Bandura, 1977a).

5.1.4. Autoeficácia e saúde

A autoeficácia caracteriza-se como sendo o juízo pessoal que os indivíduos concretizam acerca da sua capacidade para organizar e implementar atividades, em situações por eles desconhecidas, com a possibilidade de conter elementos ambíguos, imprevisíveis e potenciadores de *stress* (Pais-Ribeiro, 1995).

E as crenças de autoeficácia percebidas pelos indivíduos assumem um lugar privilegiado ao nível do comportamento face à presença de situações adversas (Pereira & Almeida, 2004).

Segundo Bandura (1997a), uma elevada autoeficácia, face a situações sentidas como *stressantes*, atua como um mecanismo psicológico protetor da doença, existindo segundo o mesmo, quatro processos através dos quais as crenças e expectativas de autoeficácia regulam o funcionamento e adaptação humana, inclusivamente a criação de um estilo de vida saudável, nomeadamente: processos cognitivos; processos motivacionais; processos afetivos; e processos de seleção.

Johnston e Mash (1989), defendem que o conceito de autoeficácia refere-se à confiança que os pais se sentem relativamente à sua competência e habilidades para lidarem com os seus filhos. Com base na perspectiva da aprendizagem social, Bandura (1977, 1995, 1997a), define a autoeficácia como sendo o julgamento do indivíduo sobre sua habilidade para desempenhar com sucesso um padrão específico de comportamento. Este construto (autoeficácia) tem sido utilizado na compreensão de comportamentos de proteção de saúde (problemas comportamentais, prática de exercício físico, dieta adequada e controle do peso, uso de preservativos, prevenção do HIV/outras doenças sexualmente transmissíveis e adesão a tratamentos como o alcoolismo (Leite et al., 2002). A expectativa de autoeficácia é o principal preditor de sucesso no desempenho desses comportamentos, revestindo-se de grande importância ao nível da intervenção nesta área, (Schmidt, 2004).

A autoeficácia é uma variável que assume um papel de grande impacto no que concerne à adequação de comportamentos relacionados com a saúde (Pereira & Almeida, 2004). É uma variável promissora ao nível da promoção da saúde, quer na prevenção e intervenção das doenças (O'Leary, 1985, 1992; Pais-Ribeiro, 1993).

A autoeficácia afeta a saúde por duas vias, nomeadamente: através da prática de comportamentos que influenciam a saúde (indivíduos com elevada perceção de autoeficácia adotam mais facilmente comportamentos de promoção da saúde e modificam mais facilmente comportamentos de prejuízo de saúde) e através da resposta fisiológica ao *stress*, reduzindo o seu impacto negativo (O'Leary, 1992).

Holden (1991), numa revisão da literatura, mais precisamente num estudo de meta-análise a partir de 56 artigos publicados entre 1981 e 1989, analisou a relação entre autoeficácia e saúde, sendo que a autoeficácia predizia a saúde. Assumindo grande importância na adoção de comportamentos protetores ao nível da saúde (Mullen et al., 1988), no controlo do comportamento sexual (O'Leary, 1992), na recuperação na doença, como o controlo da dor ou doenças do aparelho circulatório (O'Leary, 1985), desenvolvimento do sistema imunitário (Wiedenfeld et al., 1990) prevenção do cancro (Baker 2002;), entre outras situações.

(1992) faz referência a que os indivíduos com elevada perceção de autoeficácia adotam mais facilmente comportamentos de promoção de saúde alterando os comportamentos prejudiciais à sua saúde (de risco). Por outro lado, baixos níveis de

percepção de autoeficácia determinam uma fraca adesão terapêutica (Correia, 2004). Por seu turno, Bandura (1997a) refere que altos níveis de autoeficácia estão relacionados com uma melhor saúde, maior realização pessoal e melhor integração social (Bandura, 1997a).

As expectativas de eficácia e de resultado podem influenciar a saúde por intermédio mecanismos emocionais e motivacionais. Estas variáveis, devido à sua natureza motivacional de carácter cognitivo, determinam em grande parte a escolha de comportamentos, o esforço e persistência nos mesmos, sendo que estes uma vez sendo ativados na prática irão: a) Regular as intenções para abandonar as condutas de risco; b) Determinar o esforço e a persistência na adoção de novos comportamentos promotores de saúde e de prevenção; c) Atuar na rapidez e magnitude da recuperação dos hábitos quotidianos (familiares, sociais, autocuidados, etc.) depois de traumas e doenças incapacitantes (Cid, 2003).

5.1.5. Mediadores da expectativa de autoeficácia

Os processos *cognitivos*, *afetivos*, *motivacionais* e *seletivos*, são processos mediadores da expectativa de autoeficácia no comportamento humano (Leite et al., 2002). Desta forma, os *processos cognitivos* são o primeiro tipo de mediadores da expectativa de autoeficácia no desempenho de um padrão de comportamento. São também aqueles que são influenciados pela expectativa de autoeficácia, relativamente ao estabelecimento de regras, para predizer e influenciar eventos, metas e estratégias e antecipar possibilidades de sucesso nessas metas, por sua vez, influenciando alguns processos cognitivos determinantes na solução de problemas. O segundo processo mediador da expectativa de autoeficácia é a *seleção de atividades e ambientes* (Bandura, 1977a). Neste processo, verifica-se a existência de uma seleção estabelecida pelo indivíduo, a fim de evitar situações que ultrapassem as suas capacidades, tendendo a ingressar em situações, ambientes, nos quais o indivíduo acredita poder vir a ter um desempenho de sucesso. Este mediador é afetado pela expectativa de autoeficácia, que por sua vez, afeta o desempenho pessoal (Schmidt, 2004).

Os *processos afetivos* constituem o terceiro mediador da expectativa de autoeficácia. As reações afetivas (tipo e a intensidade) a eventos vitais muito

influenciados pela crença na autoeficácia, com implicação ao nível das cognições e ações (Bandura, 1997a).

Maddux e Meier (1995), referem que a presença de uma baixa autoeficácia ao nível do desempenho de determinados comportamentos considerados essenciais ao alcance objetivos, é preditor de quadros depressivos e de desmotivação. Por outro lado, a baixa autoeficácia com o objetivo de prevenir situações *stressantes*, será preditora de níveis consideráveis de ansiedade ou agitação (Maddux & Meier, 1995).

Os *processos motivacionais* são igualmente mediadores da expectativa de autoeficácia, que influenciam as intenções de desempenhar um determinado comportamento, o esforço e a persistência aquando o confronto de dificuldades. Desta forma, a autoeficácia influencia processos motivacionais quando: modifica significados e valores de influências externas, afeta expectativas de resultados de comportamentos e valores desses resultados e modifica avaliações de desempenho no alcance de metas pessoais (Schmidt, 2004).

5.2. MODELOS DE AUTOEFICÁCIA

5.2.1. Teoria Social Cognitiva de Bandura

Bandura (1977), através da sua teoria da autoeficácia, propõe uma variável de grande impacto na área da promoção e proteção da saúde, como também ao nível da prevenção e remediação das doenças (O'Leary, 1985, 1992; Pais-Ribeiro, 1993).

Esta variável faz referência ao juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca das suas capacidades relativamente à organização e implementação de tarefas e atividades, em situações desconhecidas, revestidas de alguma ambiguidade, imprevisibilidade e geradoras de *stress*. A perceção de autoeficácia pode ter grande impacto, nomeadamente: a um nível comportamental, no pensamento, nos aspetos emocionais; influenciando ainda a escolha das atividades e dos ambientes ou situações; determinando, igualmente, a quantidade de esforço dispensável por parte do indivíduo e a sua persistência face aos obstáculos e más experiências; a perceção acerca da capacidade individual do mesmo, que por sua vez, irá influenciar, os processos de pensamento e as reações emocionais às situações (antes e durante) (Pais-Ribeiro, 1995).

Segundo Bandura, esta teoria tem por base a importância que os processos psicológicos, ao nível da mediação da criação e fortalecimento de expectativas de eficácia pessoal. Faz uma distinção ao nível da expectativa de eficácia de expectativa de resultado, sendo a expectativa de resultado a estimativa que o indivíduo faz de que determinado comportamento conduz a determinado resultado e a expectativa de eficácia é a convicção de que ele próprio consegue realizar, ou executar um determinado comportamento para produzir um determinado resultado (Bandura, 1977). Esta distinção é devida ao fato dos indivíduos poderem acreditar que determinada ação conduz a determinado resultado, contudo, na dúvida face à sua capacidade para realizar essa ação, a sua crença inicial não irá influenciar o seu comportamento (Pais-Ribeiro, 1995).

São variadas as teorias na área da Psicologia que propõem que os indivíduos apresentam determinadas expectativas face ao que identificam ter capacidades para fazer (também com base nas consequências dos seus atos), e por esse fato, apresentam-se motivados para novas tarefas (Sanna, 1992).

As expectativas de autoeficácia, segundo a Teoria Social Cognitiva, estão relacionadas com os efeitos do pensamento autorreferente com funcionamento psicossocial, devendo ser levado em consideração a interação deste com o meio circundante, os seus pensamentos e as suas ações (Bandura, 1977). Desta forma, a crença de autoeficácia é organizada pela ação humana, pelos processos cognitivos, motivacionais, emocionais e de decisão (Bandura, 1977).

Bandura (1997a) defende que a forma como o indivíduo sente, pensa e atua, são determinantes na construção e manutenção da autoeficácia e que os níveis de autoeficácia influenciam significativamente a motivação e desempenho do indivíduo face a realização de uma determinada tarefa. Indivíduos com baixa autoeficácia, apresentam-se igualmente com baixa autoestima, com pensamentos pessimistas sobre as suas ações e sobre o seu desenvolvimento pessoal, e desmotivados para a ação (Scholz, Dona, Sud, & Schwarzer, 2002).

Bandura (1989) sugere a presença de três tipos de expectativas: as *expectativas de resultado da situação* (consequências são determinadas pelos acontecimentos ambientais, onde não existe intervenção humana) as *expectativas de resultado da ação* (são os resultados ou as consequências que advêm da própria ação) e a *percepção de*

autoeficácia (focaliza-se na convicção pessoal quanto às competências para realizar um determinado resultado).

A expectativa de eficácia corresponde à crença de que o indivíduo tem relativamente ao facto de conseguir realizar, com sucesso, o comportamento necessário para produzir um tal resultado, por outro lado, a expectativa de resultado é a avaliação que o indivíduo faz de que um determinado comportamento irá levar a um determinado resultado (Bandura, 1977) assim sendo, a expectativa de eficácia está relacionada com fatores internos e individuais, e a expectativa de resultado, a fatores externos e ambientais (Bandura, 1986). Contempla quatro fontes de informação sobre a expectativa de eficácia, nomeadamente as experiências de realização e desempenho pessoal; experiências vicariantes; persuasão verbal, estados emocionais e reações fisiológicas (Bandura, 1977). As experiências vicariantes, contribuem para a formação de expectativas de autoeficácia, uma vez que reúnem conhecimentos acerca da realização e desempenho dos outros (Neves & Faria, 2004).

Os estados emocionais assumem grande, uma vez que a presença de alguma ansiedade face a uma dada situação, poderá criar um sentimento de incapacidade por parte do indivíduo para dominar a situação, não conseguindo levar a cabo o comportamento e assim obter um resultado (Scholz, et al., 2002). As experiências de realização e desempenho pessoal que estejam associadas a sucessos do próprio indivíduo, tenderão a repetir-se no tempo (Scholz, et al., 2002).

Bandura (1977) contempla a existência de três *dimensões na autoeficácia*: a magnitude, a força e o grau de generalização.

Esta teoria da autoeficácia está relacionada com a teoria motivacional, requerendo uma base de motivação, não se restringindo à atenção e retenção de informação como ferramentas para executar um comportamento. Bandura (1986) suporta-se nas potencialidades das teorias behavioristas da motivação, sobretudo nas que apelam aos mecanismos de recompensa e punição, contudo, referindo que é necessário compreender, que em situações imediatas, é necessário o indivíduo deter nalguma capacidade de autorregulação que antecipe o comportamento (ao invés do que é preconizado pelas teorias: a explicação da motivação para a ação através de fontes externas).

5.3. AUTOEFICÁCIA GERAL

O conceito de autoeficácia geral, foi proposto por Schwarzer em 1992, sendo que, este a definiu como uma autopercepção ampla e estável em relação a diferentes acontecimentos ou problemas diversos. Partindo deste pressuposto, indivíduos com uma elevada percepção de autoeficácia geral, apresentar-se-ão com mais capacidade para controlar acontecimentos *stressantes* nas suas vidas, com mais determinação no momento da resolução dessas mesmas situações (independentemente do tipo de problema) (Martín-Aragón et al., 2003; Schwarzer & Schmitz, 2004).

Já Bandura (1977), fazia referência a um conceito de autoeficácia mais generalizado, referindo existirem algumas experiências desencadeadoras de um sentido de eficácia mais generalizado, e não uma situação específica, (Bandura, 1977).

Contudo, quer a autoeficácia específica como a geral, serão representativas e predictoras do esforço que cada indivíduo irá despende aquando a concretização de um determinado comportamento, e constituindo um determinante essencial na adaptação a novos acontecimentos (Martín-Aragón et al., 2003).

A autoeficácia apresenta-se como preditora de ansiedade, uma vez que os estudos nesta área revelam que pessoas com baixa autoeficácia para afrontar as exigências do meio, ampliam as suas próprias dificuldades e as potenciais dificuldades, apresentando-se com maiores índices de *stress* e depressão (Martín-Aragón et al., 2003). Nesta sequência, outras teorias relacionadas com a autoeficácia, relatam que elevados níveis de eficácia, poderão funcionar como motivadores para sucessos individuais de alto nível (Vancouver et al., 2002). Mostrando desta forma, que a autoeficácia é um conceito versátil e heurístico, que pode ser aplicado em diversas áreas e especialidades da psicologia (Pereira & Almeida, 2004).

Outros estudos relacionam a autoeficácia com o desenvolvimento intelectual (Bandura et al., 1999), com a saúde (Bandura, 1997a) e com o desenvolvimento social e bem-estar (Caprara et al., 1998).

Alguns autores fazem referência à autoeficácia geral como sendo um traço motivacional (Gardner & Pierce, 1998) e que indivíduos com uma maior percepção de autoeficácia geral, apresentam maior capacidade para a gestão de eventos sentidos como *stressantes*, independentemente da natureza do evento *stressor* (Schwarzer & Schmitz, 2004).



CAPÍTULO 6.
VINCULACIÓN

6.1. VINCULAÇÃO

Segundo Ainsworth & Bell (1970, pp.50) a vinculação pode ser definida como "(...)as an affection tie that one person or animal forms between himself and another specific one - a tie that binds them together in space and endures over time. The behavioral hallmark of attachment is seeking to gain and maintain a certain degree of proximity to the object of attachment, which ranges from close physical contact under some circumstances to interaction or communications across some distance under other circumstances." Bowlby concebe os fenómenos de procura e de manutenção da proximidade à figura materna como resultantes de um sistema de comportamentos presentes desde o nascimento (Bernardo, 2012).

6.2. TEORIAS DA VINCULAÇÃO

A parentalidade implica toda uma transição ao longo do processo desenvolvimento do indivíduo, em que, aquando o confronto do mesmo com a criança (filho) ou criança a quem presta cuidados) e tarefas inerentes à parentalidade, este passa para uma perspetiva de figura cuidadora, de prestação de cuidados (anteriormente numa perspetiva de criança, vinculada aos cuidadores), que por sua vez é acompanhada pelo desenvolvimento de representações mentais, nomeadamente: a) de si próprios enquanto prestadores de cuidados (tendo por base os modelos internos dinâmicos do *self* como tendo ou não capacidade e valor); b) da criança como recetora de cuidados (a partir dos modelos internos dinâmicos dos outros); e c) da relação pais-criança (George & Solomon, 1996, 1999; Mikulincer & Shaver, 2007).

A disponibilidade do cuidador face às suas respostas aos sinais (pedidos de ajuda) por parte da criança, está associada sobretudo a aspetos motivacionais. Uma eficaz prestação de cuidados está associada à disponibilidade (genuína) do indivíduo para prestar cuidados (motivações altruístas). Contudo, se o indivíduo não se perceber, ou sentir disponível para ajudar os outros, o seu desempenho ao nível da sua prestação de cuidados será conduzido por motivações focadas no *self* (motivações egoístas, como conseguir recompensas ou evitar consequências negativas) e ainda pelas suas necessidades, em detrimento do bem-estar e das necessidades dos outros, tudo isto

correspondendo ao inverso do que é preconizado pelo sistema comportamental de prestação de cuidados (Reizer & Mikulincer, 2007; Fonseca, Nazaré, & Canavarro, 2013).

Existe todo um conjunto de fatores que influenciam o sistema de vinculação, nomeadamente os associados à criança (fome, fadiga, cansaço, dor) e os fatores relacionados com as condições ambientais (a presença ou ausência de estímulos ameaçadores face à presença/ausência e disponibilidade da figura de vinculação) (Soares, 2007). Desta forma, as interações entre o cuidador e a criança, quando são pautadas e revestidas de sensibilidade, responsividade e apoio na exploração do meio, possibilitam que a criança incorpore e represente o outro como disponível, com um self como valorizado e competente na solicitação de cuidados e merecedor, destas respostas, assim como uma perceção positiva do mundo, sendo sentido como seguro. Por outro lado, as relações revestidas de indisponibilidade, em que as necessidades de vinculação não se encontram satisfeitas, inibidoras da exploração do meio, fomentam uma representação do outro como sendo não confiável, distante, do seu próprio self como incompetente, sem valor e não merecedor de cuidados e afeto, e do mundo como imprevisível (Cassidy & Shaver, 2010).

6.2.1. Teoria do Apego de John Bowlby

O apego ou vinculação, foi proposto por Bowlby, para caracterizar a existência de um laço afetivo entre o bebé e outra pessoa significativa, na maior parte dos casos, a mãe (Bowlby, 1969/1982).

Existem diferentes conceções acerca da teoria da vinculação. Segundo as *correntes comportamentalistas*, com base nas teorias da aprendizagem social e nas teorias do condicionamento operante, a ligação criança-mãe constitui uma aprendizagem, devido ao contexto de dependência da criança face à mãe (Montagner, 1993), enquanto, para a *corrente psicanalítica*, o conceito de relações objetais está ligado à teoria psicanalítica do instinto, em que o objeto do instinto (a mãe), é o agente através do qual o objetivo instintual é alcançado. Alguns autores, dizem que a criança adquiriu a mãe como objeto através do seu estado de dependência da mesma, sendo que em primeiro lugar está a criança com necessidades ou instintos e em segundo lugar a mãe com a função de lhe satisfazer tais necessidades, estabelecendo-se de imediato

uma relação mãe-criança (Pinto, 1982). Já para a *corrente etológica*, as relações mãe-criança apresentam uma função essencialmente social e relativamente independente das necessidades fisiológicas, apesar de se pressupor a existência de bases biológicas, compreendidas num contexto evolutivo, uma vez que o comportamento não é aprendido (Montagner, 1993).

Bowlby (1990), numa tentativa de atualização das conceções psicanalíticas com os dados etológicos, propôs que a vinculação do bebé à mãe assentasse num conjunto de comportamentos, típicos da espécie humana, os quais são, numa fase inicial, independentes uns dos outros, tornando-se organizados em relação à mãe (objeto principal). Estes comportamentos, nomeadamente sugar, agarrar, seguir, chorar e sorrir, evidenciam o papel fundamental da vinculação em toda a génese das relações afetivas da criança (Bowlby, 1990).

A revolucionária teoria do Apego ou Vinculação (Bowlby, 1969/1982) surgiu como fundamental na compreensão da interação da criança com a figura parental, com especial enfoque ao reconhecimento dos mecanismos que determinam o comportamento da figura parental (George & Solomon, 1996). Esta teoria preconiza que o comportamento da figura parental é organizado por um sistema comportamental, recíproco ao sistema comportamental de vinculação, mais precisamente, o sistema comportamental de prestação de cuidados (Bowlby, 1969/1982; George & Solomon, 1999). A função biológica deste sistema compreende primeiramente a proteção da criança em condições de ameaça/perigo (Solomon & George, 1996), sendo que, estendendo-se, através de processos de educação e socialização, incluindo a preocupação dirigida às pessoas que precisam de ajuda ou que estão em sofrimento (de forma temporária ou crónica).

O sistema (comportamental) constitui-se como um sistema altruísta, focado no bem-estar dos outros e no seu desenvolvimento, ao invés de apenas centrar-se no bem-estar ou no estado emocional do próprio indivíduo (Mikulincer & Shaver, 2007). A ativação do sistema comportamental de prestação de cuidados sucede quando o indivíduo se apercebe que a outra pessoa está em perigo ou que precisa de ajuda (quando a figura parental percebe as situações como ameaçadoras para a criança), tudo isto através de percepções e pistas internas ou externas. Salienta-se que esta ativação é devida à avaliação que a pessoa faz das pistas que recebe, e não da necessidade efetiva

da outra pessoa. Este sistema quando ativado, orienta o cuidador na utilização de todo um repertório de comportamentos, cujo objetivo se relaciona com a proteção ou o alívio do sofrimento da pessoa (figura parental: agarrar e manter-se próximo da criança ou, em interações entre adultos: mostrar interesse pelos problemas da pessoa e proporcionar ajuda) (Mikulincer & Shaver, 2007; Solomon & George, 1996).

A ativação e todo o funcionamento do sistema comportamental de prestação de cuidados tem subjacentes processos cognitivos (Mikulincer & Shaver, 2007). As experiências prévias de interações de prestação de cuidados vão sendo codificadas e integradas sob a forma de representações mentais cognitivas, as *representações mentais de prestação de cuidados*, que orientam e organizam os comportamentos de prestação de cuidados quando o sistema comportamental é ativado tendo influência sobre as expectativas e os sentimentos do prestador de cuidados (Bell & Richard, 2000). Desta forma, as representações mentais constituem o fator explicativo das diferenças inter-individuais ao nível da prestação de cuidados e, concomitantemente, da continuidade intra-individual ao nível das interações de prestação de cuidados (Mikulincer & Shaver, 2007).

É ao longo do primeiro ano de vida que o bebé adquirindo conhecimentos e expectativas em relação à acessibilidade e responsividade das figuras de vinculação (através de interações), bem como sobre o self, do seu valor próprio e capacidade de influenciar os outros (Soares, 2007). Bowlby (1969/1982) designou estes conhecimentos e expectativas como *Modelos Internos Dinâmicos* (Internal Working Models), sendo que estes consistem em constructos cognitivo-emocionais que se desenvolvem no decurso da relação da criança com as figuras de vinculação, organizando a experiência em representações generalizadas sobre o *self*. Desta forma, as figuras de vinculação e as relações, auxiliam a criança nesta regulação, interpretação e predição dos seus comportamentos, pensamentos e sentimentos (Fernandes, 2012).

Para além de Bowlby, outros autores e teóricos desta área da vinculação, postulam que uma relação sustentada por uma base segura entre os pais/criança, é responsável pelo processo de autorregulação dos afetos, da cognição e das relações próximas ao longo do desenvolvimento (Fernandes, 2012). Assim sendo, entende-se que a criança apresenta uma tendência inata a vincular-se a uma figura adulta que, por sua

vez, na presença de um grupo de adultos, sobressairá como a figura de vinculação privilegiada (Canavarro, 1999).

Com base nestas características, é possível identificar quatro tipos de vinculação; a *vinculação segura*, em que a criança protesta no momento de separação, regressando ao seu progenitor com uma expressão de alívio, procurando uma proximidade e interação com a mãe; a *vinculação insegura-evitante*, em que a criança transmite não ter necessidade de conforto, dando uma impressão de independência, ignorando a presença do pai no seu regresso, nem mesmo como base securizante; a *vinculação insegura-ambivalente*, em que a criança procura o conforto do seu progenitor como forma de conseguir escapar a toda uma situação que a assusta, mostrando-se agitada e ansiosa no momento da separação, embora recuse ser consolada; a *vinculação insegura-desorganizada*, em que a criança mostra sinais de confusão e de apreensão com a aproximação da mãe ou uma atitude rígida (Bénonny, 2002).

Estas diferentes categorias de vinculação mostraram prever o desenvolvimento emocional e comportamental posterior da criança (Bowlby, 1980). Estudos efetuados concluíram acerca da existência de um maior número de dificuldades escolares e perturbações do comportamento nas crianças com um padrão de vinculação inseguro (Bénonny, 2002).

6.2.2. Vinculação e Situação Estranha de Mary Ainsworth

Posteriormente, Mary Ainsworth (1988, citado por Leal & Carvalho, 2005), operacionalizou a observação de comportamentos de vinculação através do procedimento da *situação estranha*, que assenta num cenário constituído por separações e reencontros. Esta situação permite avaliar as capacidades de crianças de 12 meses face à sua procura de conforto junto dos progenitores, e aí encontrar uma base segura, permitindo a posterior exploração do seu meio envolvente. A partir das observações efetuadas com base neste paradigma Ainsworth (1990) definiu quatro características que distinguem as relações de vinculação de todas as outras relações sociais: a *procura de proximidade*; a noção de *base segura* (exploração mais espontânea na presença da figura de vinculação); a noção de *comportamento de proteção/segurança* (retorno à figura de vinculação quando é percebida uma situação de ameaça) e as reações marcadas pela *separação da figura de vinculação*. Desta forma, o sistema de vinculação

caracteriza-se como sendo um sistema relativamente estável e permanente, que persiste ao longo do desenvolvimento da criança, no seio de um ambiente relativamente fixo (Sroufe & Waters, 1977), tal como tudo aquilo que mantém e favorece a proximidade, promovendo todo um sentimento de segurança (Guedeney & Guedeney, 2004).

6.2.3. Vinculação na infância e nos primeiros anos de vida: Fases do seu Desenvolvimento

Bowlby (1969/1982), contrariando algumas correntes na área da Psicologia, aludia ao facto de que o bebé não nascia como uma tábua rasa, dando especial enfoque ao seu equipamento ou seja, às suas características individuais e todo um conjunto de sistemas que são ativados no meio e que estão na base do desenvolvimento da vinculação. Numa fase mais inicial, os sistemas apresentam-se um pouco diferenciados e elementares, sendo, compostos por padrões fixos de ação, que gradualmente, vão-se articulando entre si por forma funcionarem conjuntamente face ao contexto de ações corrigidas para a meta (Bowlby, 1969/1982).

A Vinculação na infância pressupõe a passagem por quatro fases, com mudanças inerentes às sucessivas tarefas e conquistas desenvolvimentais da criança (Bowlby, 1969/1982). Na *primeira fase*: a orientação e sinais por parte da criança sucede com discriminação limitada das figuras de vinculação, decorrendo até aos 3 meses, onde o bebé manifesta nesta fase comportamentos percussores de vinculação (seguir com o olhar, sorrir, apaziguar ou parar de chorar ao ouvir uma voz), não diferenciando os prestadores de cuidados, o que se justifica com o facto de não dirigir ainda o seu comportamento a uma figura específica. Na *segunda fase*: a orientação e sinais dirigidos para uma ou mais figuras, já sucede de forma mais discriminada, ocorrendo entre os 3 e os 6 meses. Esta fase caracteriza-se essencialmente, pela assunção gradual de comportamentos de vinculação. O bebé apresenta neste período, uma responsividade diferenciada, orientando-se para determinados estímulos com aproximação aos que percebe como mais familiares (Soares, 2007). Na *terceira fase*: dá-se a manutenção da proximidade com uma figura discriminada, sendo que estes comportamentos manifestam-se através da locomoção e de determinados sinais emitidos, ocorrendo entre os 6 e os 24 meses. A locomoção e a linguagem possibilitam a manutenção da proximidade à figura de vinculação, sendo que esta figura de vinculação atua neste processo como uma base segura, a partir da qual o bebé explora o meio com segurança.

Nesta fase, os padrões comportamentais simples são substituídos gradualmente por comportamentos de vinculação organizados num sistema comportamental, orientado por objetivos (Soares, 2007). Na *quarta e última fase*: é visível o estabelecimento de uma relação recíproca (entre a figura de vinculação e a criança) orientada por objetivos. Ocorre por volta dos 24/30 meses, em que se denota a capacidade gradual por parte da criança para incorporar o ponto de vista do outro, aprimorando os sistemas comportamentais corrigidos por objetivos. A acessibilidade e responsividade das figuras de vinculação são responsáveis pela presença de um sentimento de segurança por parte da criança, capacitando-a a tolerar a separação de forma mais prolongada das figuras de vinculação (Cassidy & Shaver, 2010; Soares, 2007).

De acordo com o que tem sido referido, o estabelecimento desta ligação ou vinculação só é possível devido à presença de toda uma panóplia de comportamentos utilizados pela criança que permitem sinalizar o desejo de proximidade à mãe (choro, sorriso, balbuceio, chamar a pela figura parental), que, sendo que, à posteriori, que promovem a procura ativa e facilitam manutenção do contacto (agarrar, seguir, desejo em ir para o colo). Estes comportamentos, quando interpretados pela figura materna ou de vinculação, irão promover uma resposta por parte da mesma, por forma a salvaguardar o bebé do perigo. Nesta relação de vinculação, organizada segundo modelos de reciprocidade, o bebé desenvolve uma ligação privilegiada com uma figura (cuidador) específica, que lhe transmite segurança e proteção (Bowlby, 1980).

6.2.4. Vinculação e Sistemas Comportamentais

A forma ou o modo através do qual a uma criança se desloca em direção à mãe (correndo, gatinhando, arrastando-se), não assume grande relevância, sendo que é o objetivo desta deslocação/locomoção o que se assume como sendo de maior importância (Fuertes, 1998, citado por Bernardo, 2012). Bowlby (1969/1982) apresenta 5 métodos comportamentais distintos para promover o processo de vinculação, nomeadamente: o *sexual* (reprodutivo), o *parental* (prestação de cuidados), o *alimentar*, o *exploratório* (reconhecimento e experimentação do ambiente) e o de *vinculação*. Desta forma, observa-se que um determinado comportamento poderá estar simultaneamente ao serviço de vários métodos comportamentais (o olhar, como comportamento exploratório, em que servirá para a criança apreender o ambiente ou

então, com o objetivo de seguir os movimentos da mãe). Inicialmente, estes comportamentos de vinculação, são ativados por um conjunto de informações sensoriais e desativados por outros, seguindo um pressuposto do tipo *Estímulo-Resposta*, (Bowlby, 1969/1982).

Bowlby (1988) considera que os processos de vinculação são controlados a nível comportamental, contribuindo para a organização da personalidade. Postula que o organismo só conseguirá desempenhar a sua função na íntegra se estiver capacitado para perceber a ocorrência dos acontecimentos relevantes. De acordo com Soares (1996), "*As ações adequadas às circunstâncias serão escolhidas e implementadas até ao momento em que os sensores dos sistemas indicarem que a situação mudou, o que será experienciado pela criança através de sentimentos de conforto e segurança*". É relevante o conhecimento que a criança vai adquirindo em relação aos outros, em relação a si própria e ao meio que a rodeia. Desta forma, irá adquirir uma maior capacidade de autocontrolo, e conseqüentemente, exercer um controlo mais eficaz sobre os outros (Fuentes, 1998, citado por Bernardo, 2012).

6.3. TIPOS E ESTILOS DE VINCULAÇÃO

Os estudos em torno da temática da vinculação nem sempre têm convergido em termos de opinião dos autores no que concerne aos determinantes da mesma e, particularmente, sobre quais os fatores propícios ao estabelecimento de uma vinculação segura (Costa & Santos, 2011).

A interação entre a figura prestadora de cuidados e a criança será um dos fatores de grande influência no estabelecimento da relação de vínculo, desta forma, a responsividade materna e a vinculação assumem-se com uma relação estreita (Main & Weston 1981; Main, Kaplan, & Cassidy 1985; citados por Costa & Santos, 2011).

Um estudo de meta-análise, com base em 18 estudos, apoia de certa forma a ideia de que a insegurança na vinculação é função directa do comportamento emocional da criança (Goldsmith & Alansky, 1987). Rothbart e Bates (1998, 2006) consideram que o temperamento assume-se como um fator que poderá modificar a estrutura de vinculação.

Neste sentido, outros autores apontam para a grande influência que a atividade regulatória, legitimamente associada ao processamento sensorial (que por sua vez envolve a comunicação e o controlo dos níveis de excitabilidade) assume na estruturação emocional e comportamental da criança (Cicchetti, 1996; Greenspan, 1994).

Ainsworth, Blehar, Waters, e Wall (1978) classificaram a vinculação em três tipos, tendo por base a experiência denominada de Situação Estranha e respetivos padrões comportamentais durante a reunião das crianças com os cuidadores, correspondendo nomeadamente: à *Vinculação Segura* (Grupo B, primeira classificação), dizendo respeito às crianças com relações de vinculação segura, sendo o grupo mais representativo, atingindo 65% dos sujeitos das amostras típicas (de classe média). Neste tipo de vinculação, prestador de cuidados serve como base segura para a exploração durante toda a situação, sendo que o seu regresso desencadeia grande satisfação na criança, em que esta sorri à sua chegada, podendo procurar ativamente a proximidade ou o contacto. A segunda classificação foi denominada de *Insegura-Evitante* (Grupo A), constituindo 20% das amostras típicas. Há uma predominância ao nível comportamental de evitamento da proximidade e do contacto, não se verificando quaisquer respostas por parte da criança face à chegada da mãe. Finalmente, a terceira classificação, denominada de *Insegura-Resistente* (Grupo C), constituindo 15% das amostras típicas. Inicialmente, as primeiras classificações, denominavam este tipo de vinculação, por vinculação *Ambivalente*, devido ao facto destas crianças (deste grupo) revelarem aquando a ausência da mãe, alguma preocupação relacionada com o seu regresso, reagindo com alguma resistência (ou irritabilidade). Após a distribuição das amostras pelos padrões aferidos, observou-se que um pequeno grupo de bebés não era classificável com aquela tipologia. A este grupo, nos estudos realizados por Main & Solomon (Ainsworth, 1978) foi chamado de *inseguro-desorganizado/desorientado* (Grupo D), precisamente por apresentarem comportamentos contraditórios, estereotipados, anómalos, despropositados, acompanhados de expressões faciais de confusão e desorientação (ver figura 2).

Bartholomew e Horowitz (1991) propuseram um modelo de vinculação composto por quatro categorias. Este modelo assenta nas representações internas que a pessoa tem sobre si próprio e sobre os outros. Adicionalmente às dimensões expostas

Vinculação

pelos autores anteriores, nomeadamente a *segura* e *preocupada*, estes autores introduzem dois subtipos do *estilo evitante*, nomeadamente o *evitante-desligado* (que reporta à percepção que o indivíduo tem de si próprio como merecedor de cuidados dos outros, sentindo que estes não são capazes de responder às suas necessidades) e o *evitante-amedrontado* (caracterizado pela percepção que o indivíduo tem de si próprio de não merecedor dos cuidados dos outros, sentindo que não poderá confiar nos mesmos), (Bartholomew & Horowitz, 1991).

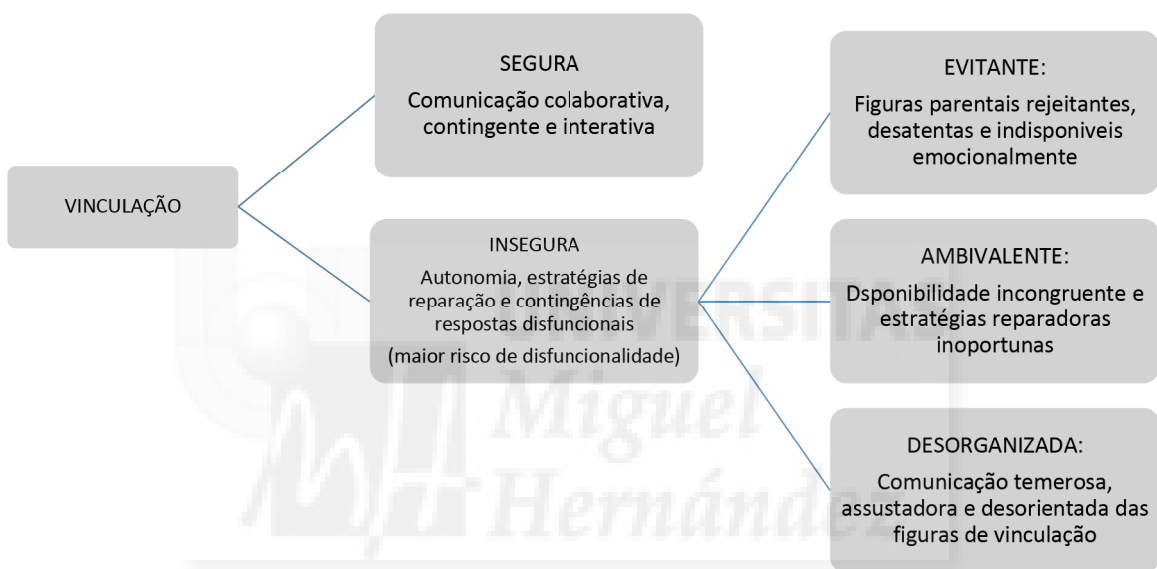


Figura 2. Tipos de Vinculação (Ainsworth et al., 1978).

6.4. VINCULAÇÃO DO ADULTO

6.4.1. Abordagens conceptuais da vinculação do adulto

Bowlby fazia alusão ao aspeto da continuidade da vinculação ao longo da vida adulta (Faria, Fonseca, Lima, Soares, & Klein, 2007) mais precisamente, às semelhanças encontradas ao nível das relações românticas com a vinculação e as figuras cuidadoras na infância (Canavarro, Dias, & Lima, 2006). No que concerne à vinculação no adulto, Bowlby (1980) propôs a presença de variabilidade no que toca ao nível da insegurança da vinculação do adulto, tendo estas, origem na infância, e apresentando-se

com os estilos: *prestação de cuidados compulsiva*, *procura de cuidados compulsiva*, *autoconfiança compulsiva* e *desvinculação emocional*. Contudo, a vinculação no adulto diferencia-se da forma de vinculação vivenciada infância, especialmente devido à reciprocidade das relações adultas e à esfera da sexualidade (Hazan, Campa & Gur-Yaish, 2006).

Estudos revelam que em situações de separação da figura de vinculação (saída de casa dos pais, separação conjugal, morte de uma figura de vinculação), no caso dos adultos e adolescentes, as respostas dadas às situações de separação apresentam-se semelhantes às respostas dadas pelas crianças face à separação da figura de vinculação, correspondendo a comportamentos caracterizados como sendo um conjunto de reações normativas de intolerância à ausência da figura de vinculação, (Monteiro, 2010).

Mikulincer e Shaver (2007) propuseram um modelo de vinculação no adulto que se caracteriza por ser mais integrativo, incluindo várias componentes já identificadas na investigação nesta área, nomeadamente, os modelos internos dinâmicos de vinculação formados na infância; as experiências de vinculação relevantes que decorrem ao longo da vida da pessoa; e as experiências de vinculação significativas a decorrer no momento. Posteriormente, outros autores deram seguimento ao estudo deste modelo, sendo que esta continuidade decorreu em duas linhas de investigação diferenciadas, (Simpson & Rholes, 1998). Uma destas linhas de investigação alude à necessidade em explorar a linha de continuidade das representações mentais ou modelos internos dinâmicos de vinculação dos adultos com os seus estilos de vinculação na infância (George, Kaplan, & Main, 1985, citado por Simpson & Rholes, 1998); a outra linha de investigação estuda a vinculação do adulto no mundo dos seus pares, amigos e companheiros românticos (Hazan & Shaver, 1987).

Hazan e Shaver (1987), nos seus estudos, relacionaram os padrões de vinculação das crianças, verificados e operacionalizados na Situação Estranha de Ainsworth, com os padrões de vinculação dos adultos observados na relação com o seu par romântico. Concluíram que a prevalência dos estilos de vinculação na infância e no adulto é semelhante; que os adultos experienciam as relações amorosas de forma diferente, de acordo com o seu padrão de vinculação; e que os padrões de vinculação dos adultos estão relacionados com os seus modelos internos dinâmicos de vinculação e com as experiências relacionais com os pais ou cuidadores (Hazan & Shaver, 1987).

Vinculação

Estes mesmos autores abordam a vinculação de um ponto de vista categorial, onde os padrões de vinculação são considerados como categorias descontínuas. Contudo, esta conceptualização não permite perceber a extensão dos padrões de vinculação nos indivíduos (Simpson & Rholes, 1998).

Não parecendo existir consenso relativamente ao número de estilos de vinculação dos adultos, num âmbito geral, os autores propõem a existência de um estilo seguro e de vários estilos inseguros. Contudo, alguns investigadores propõe a existência de dois, a quatro estilos de vinculação insegura (Monteiro, 2010).

Hazan & Shaver (1990) defendem a existência de três tipos de vinculação no adulto, que se caracterizam pelos padrões de relacionamento entre estes adultos com quem eles se relacionam intimamente. Estes tipos de vinculação são, nomeadamente: o *seguro*, *evitante* e *ansioso/ambivalente*.

Os estudos que se debruçam sobre a área da vinculação do adulto, referem que esta surge conceptualizada em três formas diferenciadas, nomeadamente: a) a vinculação como um *estado*, que se ativa face a situações de *stress*, como forma restabelecer o contacto e proximidade com a figura de vinculação (este tipo de vinculação remete para os trabalhos realizados por Bowlby (1973), tendo identificado às respostas da criança face à separação da mãe, operacionalizando em várias fases, nomeadamente: protesto; desespero e desorganização; e desvinculação); b) a vinculação como um *traço* ou tendência para formar relações de vinculação idênticas e semelhantes ao longo da vida; c) a vinculação como um *processo de interação* no contexto de uma relação específica, (Berman & Sperling, 1994; Shaver & Mikulincer, 2000, citados por Monteiro, 2010).

Na bibliografia desta área, no que se reporta à conceptualização da vinculação do adulto, ressalta-se a presença das diferenças individuais estáveis ao longo do tempo, tendo por base os modelos internos dinâmicos, que determinam as respostas dadas pela criança às separações e reuniões (reais ou imaginadas), da figura de vinculação. Estes modelos apresentam-se consistentes ao longo do tempo, transversais aos variados contextos relacionais, com origem nas experiências precoces de vinculação (pressuposto apoiado pela maioria dos autores). Contudo, ainda é difusa a relação entre estes modelos representacionais da infância e os existentes na idade adulta (Shaver et al., 1988, citado por Monteiro, 2010).

A avaliação da vinculação do adulto centra-se essencialmente em três grandes dimensões, nomeadamente: *as relações com os pais na infância; as relações com figuras de vinculação na adolescência e idade adulta: os pais e os pares; e a vinculação ao companheiro(a) romântico* (Monteiro, 2010).

6.4.2. Conceptualização Dimensional da Vinculação

Collins e Read (1990) com o objetivo de desenvolver uma conceptualização dimensional da vinculação, no seguimento à teoria de Hazan e Shaver (1987), defendem que os três estilos de vinculação (seguro, ansioso e evitante) estão ligados às três dimensões, *Close*, *Depend*, e *Anxiety*, dimensões estas também alvo de investigação por parte de Canavarro e colaboradores (Canavarro, 1997; Canavarro et al., 2006), por estes designados de *Conforto com a Proximidade*, *Confiança nos Outros*, e *Ansiedade*, respetivamente. Estes mesmos autores e de acordo com Hazan and Shaver (1987), defendem que estas dimensões, devido a características relacionadas com a sua intensidade, diferenciam os três estilos de vinculação a que estão associados. Desta forma, os indivíduos que apresentem um padrão de *vinculação segura*, apresentar-se-ão: confortáveis com a proximidade, maior confiança e capacidade de depender dos outros, e sem preocupação com o abandono (menor intensidade na dimensão Ansiedade, e maior intensidade nas dimensões Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros); os indivíduos com padrão de *vinculação evitante*, apresentar-se-ão: pouco confortáveis com a proximidade, maior desconfiança nos outros e sem preocupação no que toca à possibilidade de poderem ser abandonados (apresentando menor intensidade em todas as dimensões); e indivíduos com o padrão de *vinculação ansioso*, apresentar-se-ão: pouco confortáveis com a proximidade, sem confiança nos outros e preocupados com a possibilidade de poderem ser abandonados (maior intensidade da dimensão Ansiedade e menor intensidade das outras dimensões) (Canavarro et al., 2006; Collins & Read, 1990).

Vinculação

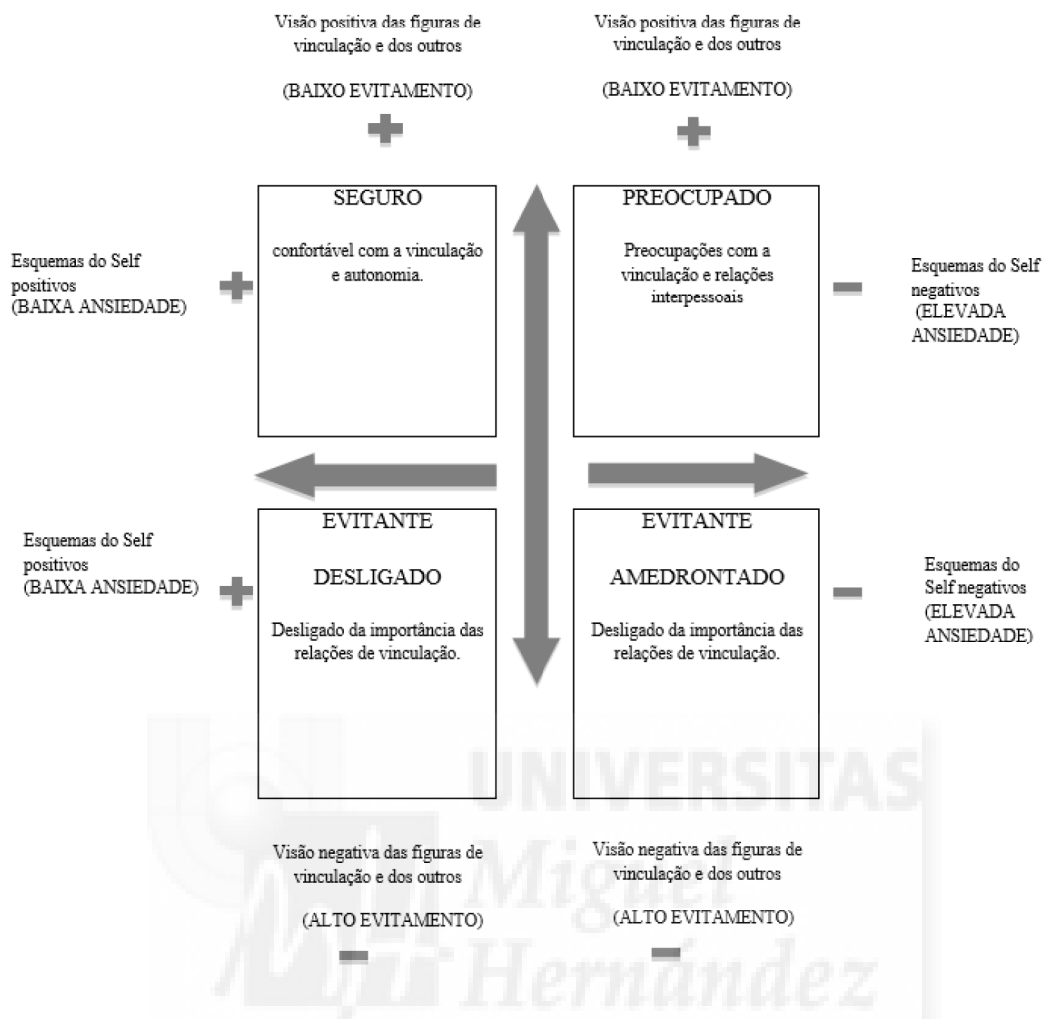


Figura 3. Modelo Conceptual dos Estilos de Vinculação Adulto, baseado no modelo de Bartholomew e Horowitz (1991)

Para além dos autores anteriormente mencionados, Bartholomew e Horowitz, (1991) apresentam igualmente uma visão dimensional da vinculação, postulando que o padrão de vinculação dos indivíduos, não será fixo e estanque, mas mais dimensional, no sentido em que apresentarão uma maior ou menor tendência, relativamente estável, num determinado sentido e de acordo com a relação estabelecida. Esta perspetiva, tendo por base os trabalhos realizados por Bowlby (1973) e a adaptação dos trabalhos de Main sobre vinculação no adulto, propôs e validou um modelo assente em dois eixos dicotómicos (imagem ou “esquemas do self” e “imagem dos outros”) que produzem quatro categorias, que variam em termos de proximidade, evitamento e baixa/alta ansiedade. Definiram a existência de quatro padrões de vinculação, que se estabelecem através da associação da imagem (positiva ou negativa) que o indivíduo tem de si e dos

outros. Desta forma, indivíduos que possuam *modelos positivos, de si e dos outros*, caracterizam-se por apresentar um padrão de vinculação seguro, por outro lado, *modelos negativos de si, e positivos dos outros*, apresentam um padrão de vinculação preocupado; *modelos positivos de si, mas negativos dos outros*, apresentam um padrão de vinculação evitante-desligado; e *modelos negativos de si e dos outros*, apresentam um padrão evitante, com medo ou receio (Bartholomew & Horowitz, 1991; Canavarro, 1999). Neste modelo conceptual, os autores conglobam a avaliação da vinculação atual com o tipo de esquema cognitivo associado, em relação aos pares e mundo à sua volta, ao contrário dos trabalhos de Main, que focavam a avaliação da vinculação no adulto em relação a uma perspetiva de vinculação com enfoque na relação pais-filhos (Coe, Dalenberg, Aransky, & Reto, 1995).

Esta categorização dimensional da vinculação sugerida pelos autores Hazan e Shaver (1987) e Bartholomew e Horowitz (1991), apresenta diferenças ao nível dos padrões de vinculação (ver figura 3). Outros autores, como é o caso de Levy, Blatt, e Shaver (1998) estabelecem uma comparação entre os padrões sugeridos anteriormente, e verificaram a que existência de uma correlação entre os padrões seguros de ambos os modelos, entre o padrão ansioso de Hazan e Shaver e o padrão preocupado de Bartholomew e Horowitz, e uma correlação moderada entre o padrão evitante de Hazan e Shaver e os padrões evitante-desligado e evitante de Bartholomew e Horowitz (Monteiro, 2010).

Baumgardner reforça a importância da compreensão das experiências que sucedem ao longo do desenvolvimento, e seu impacto na construção do estilo de vinculação e na vulnerabilidade à depressão na idade adulta (Monteiro, 2010).

Quando o estilo de vinculação é insegura, a pessoa desenvolve uma autoimagem desvalorizada e um sentimento de não ser digna ou merecedora de amor, induzindo a uma baixa autoestima (Guidano, 1991).

A Perspetiva desenvolvimental, que se assume como sendo uma das premissas centrais da teoria da Vinculação, defende que a origem de um estilo de vinculação inseguro provém das experiências adversas durante a infância (Bifulco et al., 2006; Bowlby, 1988). Contudo, a vulnerabilidade à depressão surge como uma consequência da forma como o indivíduo organiza os acontecimentos adversos do passado (incontingência e falta de sensibilidade dos cuidadores em relação às necessidades da

criança, perdas), o que à posteriori a pessoa irá sentir os acontecimentos adversos da sua vida sob a forma de sentimentos de abandono/ desamparo e desespero (Guidano, 1987).

Bowlby, e apesar de em toda a sua obra (1973, 1988) ter reconhecido a importância da vinculação ao longo do ciclo vital do ser humano, focou a sua investigação na infância. e Ainsworth deu igualmente atenção às origens desenvolvimentais do sistema de vinculação, contudo, de uma forma mais centrada na ligação da criança aos pais (maioritariamente à mãe). Mais tarde, outros investigadores na década de 80, especialmente Main, desenvolveram trabalhos e contributos na área da vinculação durante a adolescência e idade adulta. Main e a sua equipa, debruçaram-se sobre a dimensão representacional da vinculação, de onde em 1984 surgiu a escala de avaliação da vinculação no adulto: *Adult Attachment Interview (AAI)* – George, Kaplan, & Main). Hazan e Shaver, a partir dos estudos de Ainsworth sobre a aplicação da classificação da vinculação e a toda a organização emocional e comportamental dos adolescentes e jovens adultos, dando enfoque à área do *amor romântico* enquanto processo de vinculação, (Canavarro et al., 2006).

De acordo com Crowell, Fraley, e Shaver, na década de noventa, o conceito de vinculação do adulto pressupõe duas ideias fundamentais, com importantes implicações para os processos de avaliação. A primeira prende-se com a assunção sobre os aspetos normativos do sistema de vinculação e com a sua relevância durante a idade adulta; a segunda, com a presença de diferenças individuais na organização da vinculação, no contexto das relações interpessoais (Canavarro et al., 2006).

Segundo Bowlby (1973, 1980) o sistema de vinculação está permanentemente ativo, funcionando como que num nível mínimo, permitindo a constante monitorização das situações ambientais e disponibilidade da figura de vinculação. Desta forma, os comportamentos de vinculação só serão ativados face a situações de *stress*, perigo ou aquando a presença de novas situações. A ativação deste sistema permite a manutenção da proximidade e contacto com a figura de vinculação, sendo que face ao contexto, estas manifestações de vinculação irão permitir à criança procurar a proximidade física com a figura de vinculação sentindo-se mais segura. Bowlby (1969/1982) não encontrou muitas diferenças entre a vinculação na idade adulta (entre pares ou companheiros românticos) e a da infância (entre as crianças e as figuras cuidadoras), salientando que a

vinculação nestas duas fases de desenvolvimento é muito semelhante, no que toca à sua essência.

No que concerne à vinculação ao longo da vida, Ainsworth (1991) considerou fulcral o fenómeno de base segura, referindo que uma relação de vinculação segura é aquela que é facilitadora promotora de autonomia e de competência fora da relação, (Canavarro et al., 2006).

A vinculação estabelecida na infância difere daquela que é estabelecida na idade adulta, sendo que esta última é geralmente estabelecida entre pares, não se colocando em causa a sobrevivência, e as relações de vínculo estabelecidas acarretam componentes de ordem sexual (Weiss, 1982).

6.4.3. Diferenças Individuais e Modelos Internos Dinâmicos

Ainsworth *et al.* (1978) introduziram o conceito da existência de diferenças individuais na organização da vinculação. Estas diferenças, encontradas entre os diversos padrões de vinculação na infância, desenvolvem-se de acordo com as diferentes experiências de interação com a figura de vinculação. No que concerne aos diferentes tipos de vinculação estabelecida, a um padrão “seguro” está associado a uma interação dotada de proteção e conforto por parte da figura de vinculação face à criança, promovendo um comportamento de exploração da criança. O padrão “inseguro” (evitante e ambivalente), caracteriza-se por padrões de interação de rejeição ou inconsistência, por parte da figura de vinculação, sendo que, a criança face a este tipo de relação, tende a desenvolver respostas de hipo e hiper ativação do sistema de vinculação, adaptativas ao contexto, mas por outro lado, desadequadas em outras relações, comprometendo o sistema de exploração. Bowlby (1973, 1980), através da sua conceção da existência de modelos representacionais ou modelos internos dinâmicos, construídos através de experiências relacionais e de trocas afetivas, em que as diferenças individuais da criança influenciavam diretamente na organização da vinculação. Nesta linha, estes modelos pressupõem que as crianças desenvolvem um conjunto de expectativas acerca de si próprias, dos outros e do mundo, permitindo, inicialmente, interpretar e prever o comportamento da figura de vinculação e, constituindo uma base para interpretação de experiências relacionais ao longo da vida. Contudo, apesar da relativa estabilidade destes modelos internos dinâmicos e (em que

surtem automaticamente influenciando expectativas, estratégias e comportamentos nas relações estabelecidas ao longo da vida, (Bretherton), a sua designação e caracterização de *dinâmicos (working models)*, aponta para a possibilidade de serem reformulados no contexto de experiências de vinculação significativas, com capacidade para infirmarem experiências anteriores e/ou de possibilitarem novas conceções sobre as experiências passadas, sugerindo mudança ao longo da vida (Canavarro et al., 2006).

6.5. PATOLOGIA DA VINCULAÇÃO

A conceção de Vinculação, apesar de assumir uma estabilidade temporal, tem no entanto em conta, a existência de diferenças intra-individuais, bem como os desvios, que, não sendo adaptativos, constituem a base para possíveis formas de patologia (Bénony, 2002; Soares, 1996).

As relações de vinculação são ligações emocionais que promovem a procura de proximidade e conforto junto de uma pessoa segura promotora de segurança, designada de figura de vinculação, quando a criança percebe algum perigo ou ameaça (Barbosa et al., 2010).

Certas investigações mostraram que a segurança da vinculação é um fator protetor contra a formação de perturbações psicológicas. As crianças com um padrão de vinculação inseguro mostram-se menos eficazes na resolução de problemas, vivenciam mais emoções negativas, cujo somatório das mesmas origina níveis de ansiedade difíceis de gerir (Bénony, 2002; Bowlby, 1990). As crianças desorganizadas, face à sua inaptidão na resolução de problemas, têm uma visão deturpada e ameaçadora do mundo que as rodeia, tornando-as desta forma mais vulneráveis à manifestação da psicopatologia (Guedeney & Guedeney, 2004).

O estilo de vinculação assume-se como sendo uma característica de traço, manifestando-se em determinadas fases de vida da pessoa, especialmente em alturas de *stress*, que impliquem normalmente separação ou a perda. Sabe-se que estes padrões de vinculação que envolvem modelos representacionais ou modelos internos dinâmicos, assumem alguma estabilidade no tempo, apesar de poderem vir a ser reformulados durante a vida (porque são dinâmicos), e resultam da inter-relação de factores ambientais (relacionais/parentais) e genéticos. Contudo, também é sabido que estes

estilos de vinculação, poderão influenciar e afetar a saúde física e psicológica da pessoa, nomeadamente através do impacto da amplificação dos sintomas, do comportamento de saúde, da sua resposta ao *stress*, relações entre cuidador e procura de suporte social. Contudo, as relações vinculação ajudam a regular o sofrimento psicológico, procurando suporte no outro, como base segura (Barbosa et al., 2010).

Pessoas com um estilo de vinculação inseguro, (perceção negativa de si e dos outros), terão mais dificuldade em confiar nos profissionais de saúde, sendo conseqüentemente menos colaborantes, com menor adesão às prescrições médicas. Contudo, ainda apresentam grande dificuldade em lidar com os problemas do dia-a-dia, ficando mais vulneráveis à psicopatologia, e aquando na presença de um quadro de doença crónica, com grandes implicações em todas as áreas da vida (pessoal, relacional, social, profissional e existencial) (Barbosa et al., 2010).

6.5.1. Perturbação de Vinculação

As *perturbações da vinculação* assumem como principal característica, a coexistência na ausência de um padrão de vinculação discriminado ou na perturbação da organização básica do sistema comportamental da vinculação (O'Connor & Zeanah, 2003).

O manual de classificação mundial das Perturbações Mentais (sistema categorial) DSM-5 (APA, 2014), a perturbação de vinculação integra um quadro nosológico, inserido nas *Perturbações relacionadas com Trauma e Fatores de Stress*, designado por Perturbação Reativa de Vinculação (PRV), compreendendo uma incapacidade persistente em estabelecer e manter interações sociais de forma adequada, com reduzida ou ausente reciprocidade social, de acordo com o nível de desenvolvimento da criança, caracterizada por um retraimento e hiper vigilância, elevada repressão emocional e procura de proximidade do cuidador de modo bizarro ou ambivalente. Apresenta dificuldade na regulação das emoções (APA, 2014; Rutter et al., 2009; Soares, 2007). Esta perturbação, surge antes dos 5 anos de idade (nunca antes dos nove meses de idade), sendo caracterizada pela presença de relações sociais perturbadas (quase todos os contextos), e marcadas por cuidados patológicos (em pelo menos, numa das seguintes características): a) negligência permanente das necessidades físicas básicas e emocionais da criança, relacionadas com o conforto, estimulação e afeto; b)

Vinculação

mudanças repetidas da pessoa que cuida primariamente da criança, inviabilizando a formação de vínculos estáveis; c) crescimento em ambientes invulgares que limitam gravemente as oportunidades para estabelecer vinculações seletivas (crescimento em instituições com altas taxas de crianças por cuidadores) (Barbosa et al., 2010).

Outros investigadores contribuíram de uma forma significativa para a descrição do repertório comportamental de vinculação, utilizado posteriormente na distinção dos subtipos da Perturbação Reativa de Vinculação (DSM-5). Este tipo de perturbação tem sido associada a crianças com história de institucionalização e de maus-tratos, crianças adotadas e mesmo em crianças sem história de institucionalização (Hodges & Tizard, 1989).

Contudo os critérios diagnósticos da PRV têm sido alvo de discussão, sendo que alguns autores contestam o critério associado aos cuidados patogénicos, devido à dificuldade e subjetividade em identificar retrospectivamente a presença/ausência desta condição (Van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2003). Richters e Volkmar (1994), referem que, os cuidados adversos não são uma condição imprescindível ao seu diagnóstico.

Ainda assim, este diagnóstico clínico (PRV) tem sido utilizada regularmente por clínicos e investigadores da área da vinculação, sendo reconhecida a sua utilidade na compreensão das perturbações de vinculação na infância (O'Connor & Zeanah, 2003).

Segundo Bowlby, a personalidade é uma estrutura que se desenvolve ao longo da vida, numa determinada *trajetória*, entre várias possíveis. Segundo este autor, inicialmente a pessoa tem ao seu dispor um leque variado de trajetórias, tendo a possibilidade de escolher a que melhor lhe convém. Contudo, esta escolha é baseada em influências internas e ambientais, sendo que, é nos primeiros anos de vida que os processos psicológicos do sujeito (associados à estrutura da personalidade), são dotados de maior sensibilidade ao meio, especialmente ao meio familiar, tendendo a decrescer (sensibilidade) ao longo da infância, encontrando-se muito limitada no fim da adolescência. Este processo, devido à sua natureza dinâmica, pode assumir variações, estando condicionadas ao meio onde ocorrem. Por seu turno, este desenvolvimento (personalidade) também poderá permanecer na mesma trajetória, não só devido a características estruturais da personalidade e seus processo de autorregulação, e ao sujeito apresentar-se como uma agente ativo na construção da sua história, como

também, se determinadas variáveis intervenientes, tais como o meio, ambiente familiar, também permanecerem pouco alteradas (Neves, 2008).

Bowlby (1988) identificou alguns padrões de funcionamento parental que se assumem como fatores de risco ao normal desenvolvimento da personalidade e desencadear um estilo de vinculação ansiosa por parte dos filhos, caracterizada por uma constante ansiedade em relação à perda eminente da figura de vinculação. Desta forma, identificou um padrão relacional não responsivo persistente e/ou rejeição e depreciação (uma ou ambas as figuras parentais); uma relação parental descontínua (intermitente), com ausências de uma das figuras de vinculação (hospitalização ou outras situações); um comportamento caracterizado pela presença constante de ameaças em deixar de gostar do filho ou de abandono da família, de suicídio ou morte, atribuição aos filhos e responsabilização pela doença ou morte de uma das figuras de vinculação (Bowlby, 1988). Outros estudos relacionam o estabelecimento de um padrão de vinculação seguro, com a maior capacidade para elaborar lutos no futuro, estando desta forma, o luto patológico associado a um padrão de vinculação inseguro (Hauser, 2007).

Estudos realizados nesta área, defendem que a qualidade das relações de vinculação assumem-se como contributo para a integração neuronal, para a saúde mental e capacidade de relacionamento com os outros (Siegel, 2001). Filhos de mães sensíveis e responsivas apresentam maior atividade elétrica cerebral frontal esquerda associadas a emoções positivas e aproximação (realizados através de eletroencefalogramas), por outro lado, os filhos de mães pouco responsivas apresentam maior atividade elétrica cerebral frontal direita associada a emoções negativas, medo e apresentado um temperamento inibido (Hane & Fox, 2006).





PARTE II.
ESTUDO EMPÍRICO



CAPÍTULO 7.
ESTUDO EMPÍRICO

7.1.OBJETIVOS E HIPÓTESES

7.1.1. Objetivo Geral

O objetivo geral deste estudo será o de determinar o tipo de vinculação, a percepção de autoeficácia, o *stress* parental e a forma como se relacionam com os estilos de *coping* e sua implicação no estado emocional, em pais de crianças com perturbação de desenvolvimento

7.1.2. Objetivos específicos

- Verificar a incidência de ansiedade e depressão na amostra;
- Verificar a relação existente entre as variáveis independentes, nomeadamente, entre o nível de perturbação de desenvolvimento (global ou específica), *stress* parental (reativo a à, presença de uma PD nos seus filhos) estilo de vinculação dos participantes e a sua percepção de autoeficácia (H1 / H2 / H3);
- Verificar a correlação entre o estilo de *coping* utilizado pelos pais de crianças com PD, nível de perturbação de desenvolvimento, *stress* parental, estilo de vinculação dos participantes e a sua percepção de autoeficácia (H4/H5);
- Determinar qual o estilo de *coping* que prevalece no diferentes níveis de Perturbação de desenvolvimento (global ou específica) (H6);
- Avaliar a existência de uma correlação entre um determinado estilo de *coping* adotado e a existência de psicopatologia (ansiedade/depressão) (H7 / H8);
- Determinar se existe uma correlação entre psicopatologia (ansiedade / depressão) e o sentimento e percepção de autoeficácia destes pais no decurso do exercício das suas funções de parentalidade; nível de *stress* parental experienciado pelos cuidadores e estilo de vínculo dos mesmos e o nível de Perturbação de desenvolvimento (global ou específica) dos filhos (H9 / H10 / H11 / H12 / H13);
- Avaliar o efeito de moderação da variável *coping*/afrentamento, face ao efeito das variáveis independentes na ansiedade e depressão (VD) (H14).

7.1.3. Hipóteses

HIPÓTESE 1 – Pais de crianças com uma Perturbação do desenvolvimento mais global (com maior severidade), apresentam-se com índices de *stress* parental mais elevados comparativamente aos pais de crianças com uma Perturbação do desenvolvimento mais específica (ou mais ligeira);

HIPÓTESE 2 – O estilo de vínculo estabelecido pelos pais durante o seu processo de desenvolvimento às sua figuras de vinculação, esta relacionado com a sua autoeficácia para a resolução de problemas em situações de crise;

HIPÓTESE 3 – Os pais que não se encontrem tão bem ajustados nas suas relações conjugais, apresentam, padrão de relação (vínculo) mais inseguro (tipo de vínculo dos pais com os companheiros e com os seus cuidadores na sua infância)

HIPÓTESE 4 – Pais de crianças com um nível de perturbação de desenvolvimento global, tenderão a utilizar estratégias de *coping* mais ativas.

HIPÓTESE 5 – Pais de crianças com PD que apresentem estratégias de *coping* mais ativas associadas a uma boa perceção de autoeficácia na resolução dos seus problemas, correspondem a um estilo de vínculo seguro.

HIPÓTESE 6 – A presente amostra revela a presença de uma ou mais estratégias de *coping*, que surgem de forma expressiva e significativa, face às restantes.

HIPÓTESE 7 – Pais de crianças com PD, que apresentem um estilo de *coping* mais ativo e confrontativo, e também com estratégias de procura de suporte social, apresentam menor índices de ansiedade e depressão.

HIPÓTESE 8 – Pais de crianças com PD, que apresentem um estilo de *coping* mais passivo e evitativo, com estratégias de distanciamento ou fuga/evitamento apresentam maiores índices de ansiedade e depressão.

HIPÓTESE 9 – A presença de quadros psicopatológicos (depressão) e alterações emocionais nos pais ou cuidadores serão preditores do estabelecimento de relações de vinculação inseguras (menos vinculados) com os seus filhos.

HIPÓTESE 10 – A natureza e dimensão da Perturbação de desenvolvimento (global), apresenta uma associação com o despoletar de psicopatologia (ansiedade e depressão);

HIPÓTESE 11 – Os pais que não se encontrem tão bem ajustados nas suas relações conjugais, apresentam maiores índices de ansiedade e depressão;

HIPÓTESE 12 – Pais de crianças com PD que apresentam uma menor percepção de autoeficácia para a gestão e resolução dos seus problemas, encontram-se mais vulneráveis à Psicopatologia (ansiedade/depressão)

HIPÓTESE 13 – Pais de crianças com PD que estabeleceram um padrão de relação mais insegura com os seus próprios pais (tipo de vínculo dos pais na sua infância) apresentam um sentimento de menor autoeficácia para lidar com a sua realidade de terem um filho com PD, e apresentar-se-ão com maiores índices de ansiedade e depressão;

HIPÓTESE 14 – O *coping*/afrontamento apresenta um efeito moderador do *stress* parental, autoeficácia, nível de perturbação e estilo de vinculação sobre o desencadear de quadros de ansiedade e depressão.

7.1.4. Desenho de Investigação

A presente investigação constitui um estudo exploratório, observacional (visto o investigador não intervir diretamente) e transversal (explicando o resultados do mesmo estudo, através de correlação de variáveis num único momento de avaliação).

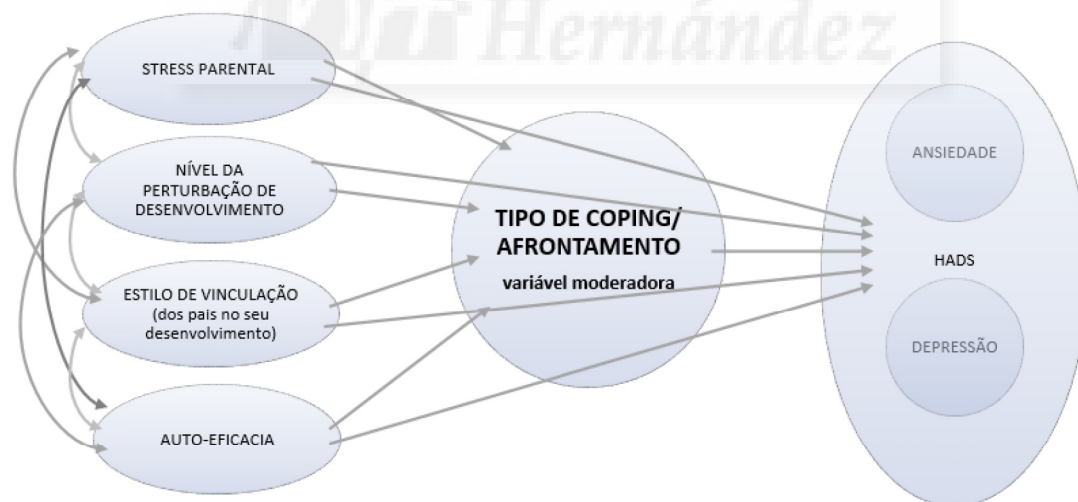


Figura 4. Desenho de investigação com variáveis independentes, dependentes e moderadora

Variáveis do presente estudo

O presente estudo empírico apresenta no desenho de investigação três tipos de variáveis, nomeadamente; as VI: variáveis independentes (*stress* parental, nível de perturbação de desenvolvimento, estilo de vinculação e autoeficácia); VD: variáveis

dependentes (HADS total – índice global de perturbação emocional ou *distress*; ansiedade e depressão) e uma variável moderadora (*coping*/afrentamento).

7.2. MÉTODO

7.2.1. Participantes

A população alvo deste estudo empírico foi constituída por pais/cuidadores (maiores de idade/ 18 anos; pais biológicos, adotivos ou cuidadores principais) de crianças com perturbação de desenvolvimento, diagnosticadas. Estas crianças usufruem de um acompanhamento clínico multidisciplinar por parte do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, SeSaRAM, E.P.E. (12 centros de saúde da Região Autónoma da Madeira, localizados nas zonas centro, leste e oeste; no Centro de desenvolvimento da Criança – Dr. Óscar de Brito e Serviço de Pedopsiquiatria) e concomitantemente por instituições / associações que prestam apoio a crianças com estas problemáticas específicas, sediadas na Região (APPDA – Associação de apoio ao autismo e o Centro de Paralisia cerebral da Madeira), nunca em regime de internamento ou institucionalização.

Esta amostra clínica teve ainda como critério de seleção dos seus participantes, as crianças (filhos dos participantes no estudo) apresentarem idades compreendidas entre os cinco e os doze anos de idade, intervalo de idades condicionado a um dos instrumentos de avaliação utilizado na bateria de testes respondida por estes pais/cuidadores.

Foram impressos inicialmente 170 questionários, dos quais, apenas 109 participantes preenchem os critérios de inclusão na presente amostra. Devido à ausência de resposta, foram inicialmente eliminados 21 questionários (quase sem preenchimento, com cerca de 80 a 90% dos itens por responder), totalizando 88 questionários (n=88) para a amostra final e respetivamente introduzidos na base de dados.

A maioria dos participantes (pais/cuidadores) da amostra têm mais de 35 anos (n = 46; 52.3%), seguindo-se a os participantes incluídos no intervalo de idades entre os 25 e 34 anos (n = 28; 31.8%). No que toca à relação de parentesco, 87.5% são mães (n = 77); 9.1% são pais (n = 8) e 3.4% são cuidadores principais (n = 3). 90.8% dos

entrevistados são do género feminino; 63.6% dos pais/cuidadores da amostra estão empregados ($n = 56$) e 26.1% desempregados ($n = 23$).

Relativamente ao nível de escolaridade, a maioria dos pais/cuidadores da amostra têm no máximo, 12 anos de escolaridade, correspondendo a 69.8% ($n = 60$), seguindo-se 20.9% ($n = 18$) com licenciatura (Ver tabela 1).

Tabela 1.

Descrição da amostra: Características sociodemográfica dos progenitores/cuidadores

		Nível da perturbação de desenvolvimento				Total	
		Perturbações globais		Perturbações específicas		n	%
		n	%	n	%		
Idade do progenitor / cuidador ($X = 2.66$; $p = .446$)	< 18 anos	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	de 18 a 24 anos	0	0.0	2	3.0	2	2.3
	de 25 a 34 anos	6	27.3	22	33.3	28	31.8
	de 35 a 44 anos	11	50.0	35	53.0	46	52.3
	>de 45 anos	5	22.7	7	10.6	12	13.6
Sexo (progenitor) ($X = 0.70$; $p = .404$)	Feminino	19	86.4	60	92.3	79	90.8
	Masculino	3	13.6	5	7.7	8	9.2
Relação de parentesco ($X = 0.89$; $p = .642$)	Pai	3	13.6	5	7.6	8	9.1
	Mãe	18	81.8	59	89.4	77	87.5
	Outro	1	4.5	2	3.0	3	3.4
Situação profissional ($X = 5.42$; $p = .366$)	Empregado	16	72.7	40	60.6	56	63.6
	Desempregado	4	18.2	19	28.8	23	26.1
	Reformado	1	4.5	0	0.0	1	1.1
	Trabalha em casa	1	4.5	3	4.5	4	4.5
	De atestado médico / baixa médica	0	0.0	1	1.5	1	1.1
	Invalidez	0	0.0	3	4.5	3	3.4
Nível de escolaridade ($X = 6.11$; $p = .191$)	De 4 a 9 anos	4	19.0	26	40.0	30	34.9
	De 10 a 12 anos	7	33.3	23	35.4	30	34.9
	Bacharelato	1	4.8	4	6.2	5	5.8
	Licenciatura	8	38.1	10	15.4	18	20.9
	Pós-graduação	1	4.8	2	3.1	3	3.5

No que toca à gravidez destas crianças com PD (a quem se referem desta investigação), em 87.5% dos casos, a gravidez das crianças da amostra não envolveu risco, e 85.2% a gestação teve uma duração entre 37 e 42 semanas. E em 88.6% não ocorreram complicações durante o parto. Desta forma, não se verifica a existência de relação entre o risco da gravidez, a sua duração e a existência de complicações durante o parto com o nível de perturbação das crianças da amostra. No que diz respeito ao tipo de parto, os dados indicam a existência de associação com o nível de perturbação de

desenvolvimento. A associação é provocada por 59.1% das crianças com perturbações globais e 25.8% das crianças com perturbações específicas, nasceram por cesariana; 65.2% das crianças com perturbações específicas e 31.8% das crianças com perturbações globais, nasceram por parto eutócito (normal) (Ver tabela 2).

Tabela 2.

Descrição da amostra: Gravidez e Parto

		Nível da perturbação de desenvolvimento				Total	
		Perturbações globais		Perturbações específicas		n	%
		n	%	n	%		
A Gravidez foi considerada de risco? ($X = 1.70$; $p = .193$)	Sim	1	4.5%	10	15.2%	11	12.5%
	Não	21	95.5	56	84.8	77	87.5
Semanas de gestação: ($X = 3.19$; $p = .203$)	<37 semanas	4	18.2	5	7.6	9	10.2
	37 a 42 semanas	18	81.8	57	86.4	75	85.2
	> de 42 semanas	0	0.0	4	6.1	4	4.5
Ocorreram complicações durante o parto? ($X = 0.15$; $p = .698$)	Sim	2	9.1	8	12.1	10	11.4
	Não	20	90.9	58	87.9	78	88.6
Tipo de parto ($X = 8.60$; $p = .014$)	Eutócito (parto normal)	7	31.8	43	65.2	50	56.8
	Distócito – cesariana	13	59.1	17	25.8	30	34.1
	Distócito – Instrumentado (fórceps/ventosas)	2	9.1	6	9.1	8	9.1

No que concerne ao nível da perturbação de desenvolvimento estas foram divididas em dois grandes grupos, nomeadamente, perturbações globais e perturbações específicas. Desta forma, para um total de 88 crianças (correspondentes ao número dos participantes, pais/cuidadores), 25% ($n = 22$) corresponde a crianças com uma perturbação global e 75% ($n = 66$), a crianças com uma perturbação específica. Ao nível do grande grupo das perturbações globais, 38,1% das crianças correspondem ao género feminino, enquanto no grupo das perturbações específicas, ao mesmo género correspondem 29.2% (ver tabela 3). Esta relação de proximidade ao nível das percentagens anteriores, indica-nos que a distribuição das crianças segundo o género e o nível de perturbação são independentes. No que se refere à idade, as crianças com perturbações globais apresentam uma idade média de 9.2 anos, com uma moda igual a 9. Já as crianças com perturbações específicas, a idade média é de 8.5 anos, com uma moda de 9 (ver tabela 4).

Tabela 3.*Descrição da amostra: Nível de Perturbação do Desenvolvimento*

	Nível da perturbação de desenvolvimento				Total	
	Perturbações globais		Perturbações específicas		n	%
	n	%	n	%		
Total	22	25.0%	66	75.0%	88	100.0%
Deficiência mental/cognitiva	10	45.5%	0	0.0%	10	11.4%
Perturbação do espectro do autismo (autismo e asperger)	9	40.9%	0	0.0%	9	10.2%
Paralisia cerebral	3	13.6%	0	0.0%	3	3.4%
Perturbações sensoriais (surdez, cegueira, regulatória)	0	0.0%	4	6.1%	4	4.5%
Perturbação específica da Linguagem	0	0.0%	7	10.6%	7	8.0%
Perturbação cognitiva não verbal	0	0.0%	2	3.0%	2	2.3%
Perturbação específica da aprendizagem (dislexia, disgrafia/disortografia, discalculia)	0	0.0%	6	9.1%	6	6.8%
Perturbação de desenvolvimento da coordenação motora	0	0.0%	4	6.1%	4	4.5%
Perturbação de hiperatividade e déficit de atenção	0	0.0%	39	59.1%	39	44.3%
Perturbações disruptivas do desenvolvimento	0	0.0%	4	6.1%	4	4.5%

Tabela 4.*Descrição da amostra: Características demográficas das crianças*

		Nível da perturbação de desenvolvimento				Total	
		Perturbações globais		Perturbações específicas		n	%
		n	%	n	%		
Sexo (criança)	Feminino	8	38.1%	19	29.2%	27	31.4%
	Masculino	13	61.9%	46	70.8%	59	68.6%
Idade (anos)	4	0	0.0%	1	1.5%	1	1.1%
	5	4	18.2%	5	7.7%	9	10.3%
	6	1	4.5%	4	6.2%	5	5.7%
	7	1	4.5%	6	9.2%	7	8.0%
	8	0	0.0%	13	20.0%	13	14.9%
	9	3	13.6%	16	24.6%	19	21.8%
	10	7	31.8%	12	18.5%	19	21.8%
	11	2	9.1%	6	9.2%	8	9.2%
	12	2	9.1%	2	3.1%	4	4.6%
	13	2	9.1%	0	0.0%	2	2.3%
		<i>M(DP)</i>	9.2 (2.6)		8.5 (1.8)		8.7 (2.1)

Nota. M = Média; DP = Desvio Padrão

Quanto ao diagnóstico destas perturbações, nas crianças com perturbação global, 4.8% foram diagnosticadas logo após o nascimento e 14.3% ao longo do primeiro ano de vida, estas percentagens são significativamente inferiores nas crianças com perturbação específica, pois 1.5% foram diagnosticadas logo após o nascimento e a mesma percentagem foram diagnosticadas ao longo do primeiro ano de vida.

O teste de independência do Qui-Quadrado confirma que a idade do diagnóstico está relacionada com o nível de perturbação ($X = 6.69$; $p = .035$), desta forma sabe-se que nas crianças com perturbação global, o seu diagnóstico foi realizado em 4.8% logo após o nascimento e em 14.3%, ao longo do primeiro ano de vida. Nas crianças com perturbação específica, estas percentagens surgem significativamente visto 1.5% das mesmas terem sido diagnosticadas logo após o nascimento e 14.3%, diagnosticadas ao longo do primeiro ano de vida. O diagnóstico realizado entre o primeiro e o terceiro ano de vida corresponde a uma percentagem de 93% no total da amostra. Finalmente, mas quase sem grande expressão, surgem duas crianças, no universo de 88 (2.3%) em que o diagnóstico da perturbação foi realizado ainda numa fase muito precoce, perinatal (ver tabela 5).

Tabela 5.

Descrição da amostra: Período do diagnóstico

Período de diagnóstico	Nível da perturbação de desenvolvimento				Total	
	Pert. globais		Pert. específicas		n	%
	n	%	n	%		
Peri-Natal	1	4.8	1	1.5	2	2.3
Ao longo do primeiro ano de vida	3	14.3	1	1,5	4	4.7
Entre o Primeiro e o 3º ano de vida	17	81.0	63	96.9	80	93.0

As crianças com perturbações globais (54.5%) e as com perturbações específicas (69.7%), apresentam atraso ao nível cognitivo, intelectual, de atenção, concentração ou comportamento. Por outro lado, é nas crianças perturbações globais que se observam mais atrasos ao nível da relação e comunicação (54.5%) relativamente às crianças com perturbações específicas (12.1%).

Em suma, as diferenças observadas entre crianças com perturbações globais e específicas têm significado estatístico, pois o teste Qui-Quadrado confirma, ao apresentar um valor de prova inferior a 0.05 ($X = 26.22$, $p < .001$). As crianças com

perturbações globais (54.5%) e as que apresentam perturbações específicas (69.7%), apresentam atrasos de ordem: cognitiva, intelectual, atenção, concentração e/ou comportamento. É sobretudo nas crianças com perturbações globais que se observam mais atrasos ao nível da relação e comunicação (54.5%) comparativamente ao verificado nas crianças com perturbações específicas (12.1%) (ver tabela 6).

Tabela 6.

Descrição da amostra: Nível de atraso de desenvolvimento da criança

Nível de atraso de desenvolvimento	Nível da perturbação de desenvolvimento					
	Perturbações globais		Perturbações específicas		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cognitivo / Intelectual/ Atenção/Concentração/Comportamento	12	54.5	46	69.7	58	65.9
Motor	7	31.8	8	12.1	15	17.0
Linguagem	7	31.8	18	27.3	25	28.4
Relação e Comunicação	12	54.5	8	12.1	20	22.7
Sensorial	0	0.0	8	12.1	8	9.1
Total	22	100	66	100	88	100

Relativamente ao tipo de seguimento a que estas crianças estavam a ser submetidas, 55.7% das crianças da amostra eram seguidas em consultas de pediatria, pedopsiquiatria ou neuropediatria, sendo que, destas, 59.1% correspondia a perturbações globais e 54.5% a crianças com perturbações específicas. 59.1% usufrui de terapia ocupacional (perturbações específicas apenas 9.1%) (ver tabela 7).

Tabela 7.

Descrição da Amostra: Tipo de Seguimento das crianças

Intervenção multidisciplinar	Nível da perturbação de desenvolvimento					
	Perturbações globais		Perturbações específicas		Total	
	n	%	n	%	n	%
Seguimento em consulta de Pediatria/Pedopsiquiatria/Neuropediatria	13	59,1	36	54,5	49	55,7
Seguimento em consulta de Fisiatria infantil	3	13,6	5	7,6	8	9,1
Seguimento em consulta de Psicologia Clínica	14	63,6	50	75,8	64	72,7
Terapia da Fala/Psicopedagogia	9	40,9	18	27,3	27	30,7
Terapia Ocupacional	13	59,1	6	9,1	19	21,6
Fisioterapia	4	18,2	6	9,1	10	11,4

Observou-se a existência de associação entre o nível da perturbação e a intervenção multidisciplinar que a criança beneficia. O teste de Qui-Quadrado confirma

diferenças significativas entre o tipo de intervenção e o nível de perturbação ($X = 29.26$; $p < .001$). Dos 55.7% das crianças da amostra seguidas em consultas de pediatria, pedopsiquiatria ou neuropsiquiatria, 59.1% da percentagem anterior, correspondia a perturbações globais e 54.5% a crianças com perturbações específicas.

Tabela 8.

Descrição da amostra: características da família

		Nível da perturbação de desenvolvimento				Total	
		Perturbações globais		Perturbações específicas		n	%
		n	%	n	%		
Estrutura Familiar ($X = 0.49$; $p = .922$)	Nuclear (pais e filhos)	13	61.9	39	59.1	52	59.8
	Alargada (pais, filhos, avós/tios)	5	23.8	19	28.8	24	27.6
	Reconstituída (casal em que pelos menos um dos membros tem filhos de uma anterior relação)	1	4.8	4	6.1	5	5.7
	Uniparental	2	9.5	4	6.1	6	6.9
Agregado Familiar ($X = 1.48$; $p = .688$)	2	1	4.5	3	4.5	4	4.5
	3	7	31.8	13	19.7	20	22.7
	4	9	40.9	30	45.5	39	44.3
	>4	5	22.7	20	30.3	25	28.4
A criança em questão tem irmãos? ($X = 5.61$; $p = .018$)	Sim	8	36.4	43	65.2	51	58.0
	Não	14	63.6	23	34.8	37	42.0

No que diz respeito à história familiar, foram obtidas tabelas de distribuição segundo o nível de perturbação das crianças. Também foram obtidos os testes de independência que permitem avaliar a existência de associação entre estas variáveis e o nível de perturbação das crianças. Foi observado valor de prova inferior a 0.05 no teste de independência entre o nível de perturbação da criança e o facto de ter irmãos. Este resultado é provocado por uma distribuição significativamente diferente entre famílias de crianças com perturbações globais e específicas. Desta forma, 63.4% das crianças com perturbações globais não tem irmãos e 65.2% das crianças com perturbações específicas, têm irmãos (ver tabela 8). Das que têm irmãos, 37.5% ($n = 8$) das crianças com perturbações globais, estes têm uma idade entre 1 e 3 anos e igualmente, 37.5% ($n = 3$) entre os 5 a 10 anos. Nas crianças com perturbações específicas, 32.6% ($n = 14$) têm irmãos com idades entre os 5 e os 10 anos e a mesma percentagem, tem irmãos com

idades entre os 10 e os 17 anos. Estes irmãos, das crianças à quais os participantes se referem ao responder à bateria de testes, 28% (n = 14) apresentam também uma perturbação no seu desenvolvimento, correspondendo, a 8% (n = 4) dos irmãos com a presença de perturbação global e 20% (n = 10) a uma perturbação específica (ver tabelas 9, 10 e 11).

Tabela 9.

Descrição da amostra: Idade dos irmãos

Idade irmãos (Resposta múltipla)	Nível da perturbação de desenvolvimento				Total	
	Perturbações globais		Perturbações específicas		n	%
	n	%	n	%		
< 1 ano	0	0.0	5	11.6	5	9.8
1 a 3 anos	3	37.5	11	25.6	14	27.5
3 a 5 anos	0	0.0	8	18.6	8	15.7
5 a 10 anos	3	37.5	14	32.6	17	33.3
10 a 17 anos	2	25.0	14	32.6	16	31.4
>18 anos	3	37.5	3	7.0	6	11.8

Tabela 10.

Descrição da amostra: Irmãos com ou sem perturbação de desenvolvimento

Algum dos irmãos da criança (com a perturbação de desenvolvimento) também possui uma perturbação de desenvolvimento?	Nível da perturbação de desenvolvimento				Total	
	Perturbações globais		Perturbações específicas		n	%
	n	%	n	%		
Sim	4	50,0	10	23,8	14	28,0
Não	4	50,0	32	76,2	36	72,0

Tabela 11.

Descrição da amostra: Idade dos irmãos com perturbações de desenvolvimento

Idade irmãos_PD (resposta múltipla)	Nível da perturbação de desenvolvimento				Total	
	Perturbações globais		Perturbações específicas		n	%
	n	%	n	%		
< 1 ano	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1 a 3 anos	0	0,0	2	20,0	2	14,3
3 a 5 anos	0	0,0	1	10,0	1	7,1
5 a 10 anos	2	50,0	4	40,0	6	42,9
10 a 17 anos	1	25,0	4	40,0	5	35,7
>18 anos	1	25,0	0	0,0	1	7,1

Tabela 12.*Descrição da Amostra: Zona de residência dos participantes*

		Nível da perturbação de desenvolvimento				Total	
		Perturbações globais		Perturbações específicas		n	%
Concelho	Freguesia	n	%	n	%	n	%
Calheta	Arco da calheta	1	4.5	0	0.0	1	1.1
	Calheta	0	0.0	1	1.5	1	1.1
	Estreito Da Calheta	1	4.5	0	0.0	1	1.1
	Paul Do Mar	0	0.0	2	3.0	2	2.3
	Ponta Do Pargo	0	0.0	1	1.5	1	1.1
	Total	2	9.1	4	6.1	6	6.8
	Câmara de lobos	Câmara De Lobos	1	4.5	4	6.1	5
	Estreito De Câmara De Lobos	1	4.5	3	4.5	4	4.5
	Total	2	9.1	7	10.6	9	10.2
Funchal	Imaculado Coração De Maria	2	9.1	0	0.0	2	2.3
	Monte	0	0.0	3	4.5	3	3.4
	Santa Maria Maior	0	0.0	8	12.1	8	9.1
	Santo António	1	4.5	6	9.1	7	8.0
	São Gonçalo	0	0.0	2	3.0	2	2.3
	São Martinho	4	18.2	4	6.1	8	9.1
	São Pedro	2	9.1	2	3.0	4	4.5
	São Roque	2	9.1	0	0.0	2	2.3
	Total	11	50.0	25	37.9	36	40.9
	Ribeira Brava	Campanário	0	0.0	6	9.1	6
	Ribeira Brava	1	4.5	3	4.5	4	4.5
	Serra D'água	0	0.0	1	1.5	1	1.1
	Total	1	4.5	10	15.2	11	12.5
Santa cruz	Camacha	1	4.5	1	1.5	2	2.3
	Caniço	4	18.2	17	25.8	21	23.9
	Gaula	0	0.0	1	1.5	1	1.1
	Santa Cruz	0	0.0	1	1.5	1	1.1
	Total	5	22.7	20	30.3	25	28.4
Santana	Ilha	1	4.5	0	0.0	1	1.1
	Total	1	4.5	0	0.0	1	1.1
	RAM	22	100.0	66	100.0	88	100.0

No que concerne à distribuição da presente amostra clínica por concelhos da Região (ilha da Madeira), como já foi referido anteriormente, esta foi recolhida em vários centros de saúde e instituições parceiras do Serviço de Saúde, sendo estes participantes e respetivas crianças oriundas de precisamente sete concelhos da Região Autónoma da Madeira. Surgem participantes residentes na zona Centro (Concelho do

Funchal, em oito freguesias distintas); na zona Leste da ilha (Concelhos de Santa Cruz e Santana, em 5 freguesias distintas) e na zona Oeste da ilha (Concelhos de Câmara de Lobos, Ribeira Brava e Calheta, em 10 freguesias distintas) (ver tabela 12).

7.2.2. Procedimento

Foi definida a amostra clínica alvo desta investigação, sendo esta, composta por pais ou cuidadores principais de crianças com uma perturbação de desenvolvimento (diagnosticada e acompanhadas no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira-SeSaRAM, E.P.E.) e, tendo estas crianças, idades compreendidas entre os cinco e os doze anos de idade. Após a definição da amostra clínica procedeu-se à formalização dos pedidos de consentimento para a recolha dos dados (aplicação de uma bateria de testes) às instituições: SeSaRAM, E.P.E. (serviço de saúde da região autónoma da Madeira) conselho de Administração e ao respetivo conselho de ética, incluindo os Centros de saúde da RAM, Centro de Desenvolvimento da Criança e Serviço de Pedopsiquiatria; Associação de Paralisia Cerebral da Madeira; Centro de Apoio ao Autismo – APPDA e Centro Psicopedagógico da Sagrada Família.

A recolha dos dados no âmbito do presente estudo empírico foi realizada através da aplicação de uma bateria de testes (questionários) de autorresposta, todos eles aferidos à população Portuguesa (anexos 5 e 6), sendo que, previamente a esta aplicação, foram formalizados os pedidos de consentimento aos autores das escalas e testes psicológicos a utilizar na investigação.

Deu-se início à recolha da amostra, que ocorreu num período de aproximadamente de dois meses, tendo alguns profissionais técnicos de saúde, maioritariamente Psicólogos Clínicos, colaborado na referida recolha com a aplicação da bateria de testes, sempre com supervisão e colaboração da autora da investigação.

A recolha da presente amostra sucedeu de forma individual, com uma duração compreendida entre 45min a 1 hora (cada pessoa), sendo que, previamente à entregas dos questionários aos participantes no estudo (170 pais / cuidadores de crianças com PD, dos quais apenas 88 foram preenchidos e considerados válidos para a presente investigação (alguns participantes desistiram, outros que se tinham proposto a participar não compareceram, e alguns dos que entregaram, apresentavam mais de 60% dos itens por preencher), foi-lhes entregue um pedido de consentimento informado para a recolha

de toda a informação, explicando a natureza do estudo em questão (tese doutoral) e firmando a questão da confidencialidade, anonimato e responsabilidade ética. Seguidamente, foi então entregue a bateria de testes a cada participante, dentro de um envelope, no qual, findo preenchimento dos questionários, estes foram entregues ao investigador ou psicólogo colaborador na investigação, devidamente selado.

A planificação da recolha da amostra, foi realizada em duas associações, dois serviços clínicos dos SeSaRAM, E.P.E (CDC-centro de desenvolvimento da criança e pedopsiquiatria) e em 12 centros de saúde da Região Autónoma da Madeira, distribuídos nas zonas: Leste, Oeste e Centro desta mesma Região, incluindo uma informação detalhada aos diretores de agrupamentos e de serviços clínicos do SeSaRAM, E.P.E, mesmo após o pedido de autorização ao Conselho de administração e respetivo Conselho de Ética.

7.2.3. Instrumentos

Relativamente aos instrumentos utilizados neste estudo, foi organizada uma bateria de testes constituída pelas seguintes escalas:

- Folha de rosto com uma breve explicação do estudo e respetivo consentimento informado aos pais ou cuidadores participantes no estudo (anexo 1);

Avaliação das variáveis Sociais:

- *Questionário de dados demográficos* (elaborado pela Investigadora) (anexo 2);

Este questionário foi elaborado para esta investigação com o objetivo de recolha de informação afim de uma caracterização dos participantes no estudo. O referido questionário é constituído por um conjunto de questões, nas quais o participante responde colocando uma cruz “X” na opção considerada por si a mais correta e correspondente à sua situação. Estas questões reportam a conteúdos relacionados com a criança (a qual o participante tem como referência para responder ao inquérito) e com o participante no estudo. Relativamente à criança, surgem questões relacionadas com a idade, sexo, diagnóstico clínico, nível do atraso de desenvolvimento, desenvolvimento pré, peri e pós-natal. Quanto ao participante no estudo (progenitor ou cuidador principal), surgem questões relacionadas com a idade, sexo, grau de parentesco com a criança, situação laboral (empregado, desempregado) e nível de escolaridade. Surgem

ainda questões relacionadas com a história familiar do participante e respetiva criança com a perturbação de desenvolvimento.

Avaliação das variáveis Psicológicas (anexo 3):

HADS - “Hospital Anxiety and Depression Scale” (Zigmond & Snaith, 1983), *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar* (Versão Portuguesa de investigação de Pais-Ribeiro et al., 2007).

A avaliação da ansiedade e depressão foi realizada com o *Hospital Anxiety Depression Scale* (HADS). Trata-se duma escala constituída por 14 itens (7 itens para avaliar a ansiedade e 7 itens para avaliar a depressão), desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983), para avaliar de uma forma breve, os níveis de ansiedade e depressão em doentes com patologia física e em tratamento ambulatorio.

O HADS é uma escala de autoadministração e demora cerca de 10 minutos a ser preenchida. O modo de resposta dos 14 itens da escala varia de zero (0 - Baixo) a três (3 - Elevado), numa escala de Likert de 4 pontos. Para cada item existem quatro possibilidades de resposta, devendo a pessoa escolher aquela que se adapta à forma como se tem sentido durante a última semana. Os resultados totais de cada subescala variam de 0 a 21, resultantes da soma dos valores dos itens de cada subescala. Os valores mais elevados em cada subescala são indicadores de níveis elevados de ansiedade e depressão.

De acordo com um estudo realizado por Zigmond e Snaith (1983), em 100 doentes com diferentes queixas de doenças física e em tratamento ambulatorio, as pontuações obtidas entre 8 e 10 para cada subescala poderão indicar uma possível perturbação clínica, e entre 11 e 21, uma provável perturbação clínica. Os autores sugerem o valor de oito (8) como ponto de corte, considerando os valores inferiores como ausência de ansiedade e de depressão. Por outro lado, consideram que a severidade da ansiedade e da depressão podem ser classificadas como “normal” (0-7), “Leve” (8-10), “moderada” (11-14) e “severa” (15-21) (Snaith & Zigmond, 1994). Os mesmos autores referem que pode ser usado uma pontuação total (HADS-Total) como um indicador clínico, desde que seja analisado como um “índice de perturbação emocional ou *distress*”.

Outros estudos realizados confirmam uma elevada consistência interna, com o alfa de Cronbach a variar entre os .80 e .90 para as duas subescalas (Brandberg, Bolund, Sigurdardottir, Sjoden, & Sullivan, 1992; Herrmann & Buss, 1994; Martin & Thompson, 2000) e .82 para o total da escala (Martin & Thompson, 2000).

Diversos estudos de fidelidade teste-reteste realizados demonstraram uma elevada fidelidade após 3 semanas para a ansiedade (.89), depressão (.86) e resultado total (.91) (Spinhoven et al., 1997).

A versão portuguesa da escala (Pais-Ribeiro et al., 2007), revela ser de fácil compreensão, resposta rápida e bem aceite pelos respondentes, para além de ter provado ser um instrumento fiel, válido e sensível.

Esta versão apresenta uma boa consistência interna, sendo que os coeficientes Alfa de Cronbach surgem com valores de .76 para a subescala da *Ansiedade* e .81 a subescala da *Depressão*.

- *WOC - Ways of Coping Questionnaire* (Folkman & Lazarus, 1988) na versão de 50 itens; versão Portuguesa adaptada e validada por Santos e Pais-Ribeiro (1998) com o nome *Questionário de estratégias de coping*.

O *Questionário de estratégias de coping* corresponde à versão Portuguesa da escala original *WOC - Ways of Coping Questionnaire* (Lazarus & Folkman, 1988) na versão de 50 itens. Trata-se de um questionário de autopreenchimento que, poderá ser completado em cerca de 10 minutos, embora o tempo possa variar de acordo com as características do indivíduo (literacia). Cada item deverá ser respondido numa escala ordinal de 4 pontos, indicando com que frequência é usada cada estratégia: 0- nunca usei; 1- Usei de alguma forma; 2- Usei algumas vezes; 3- Usei muitas vezes. Existem dois métodos de pontuar os questionários: pontuações absolutas e relativas. As pontuações absolutas são o somatório das respostas dos sujeitos dos itens que compõem uma escala. Este método sumaria em que medida cada tipo de *coping* foi usado num acontecimento particular. O método de pontuações relativas por escala foi sugerido por Vitaliano, Maiuro, Russo, e Becker (1987), que descrevem a contribuição de cada escala relativamente a todas as escalas combinadas. O método de pontuações relativas consiste em calcular a pontuação média por item de uma dada escala, dividindo o somatório das pontuações dessa escala pelo número de itens que a compõem. Portanto, enquanto a

pontuação absoluta descreve os esforços de *coping* em cada um dos oito tipos de *coping*, a pontuação relativa descreve a proporção do esforço representado por cada tipo de *coping*.

O questionário assume a seguinte definição de *coping*: «esforços cognitivos e comportamentais para responder a exigências específicas, internas e/ou externas, que são avaliadas como excedendo os/ou estando nos limites dos recursos do indivíduo» (Folkman & Lazarus, 1988, p. 2). Segundo os autores esta definição tem as seguintes características: a) é orientada para o processo; b) refere-se a gestão em vez de mestria; c) não faz julgamentos a priori acerca da qualidade do processo de *coping*; d) impõe uma distinção com base no *stress*, entre *coping* e comportamentos adaptativos automáticos.

Sendo orientado para o processo, refere-se ao que as pessoas pensam ou fazem no momento em situações específicas e não ao que as pessoas fazem normalmente. Ou seja o *coping* não é um traço de personalidade, estável que se aplica às situações de vida em geral. Visto como um processo implica dinâmicas e mudanças em função de avaliações e reavaliações contínuas que são função das relações entre o indivíduo e o meio.

É um processo de gestão das situações e não um processo de domínio ou de mestria das situações. Gestão em vez de mestria implica que o que está em jogo é o processo em vez dos objetivos. Considerar *coping* como mestria implicaria que o esforço de *coping* teria de ser eficaz na resolução do problema, caso contrário não teria havido *coping*, ou este teria sido inadequado. Vê-lo como gestão implica que mesmo que o problema não tenha sido resolvido houve *coping*, com impacto ou não na redução do *stress* relacionado com a situação, e não a com a resolução do problema.

A qualidade do *coping* não existe em absoluto. Ela só pode ser avaliada em função da situação. Ela pode ser bem adaptada num contexto e não noutra.

Coping refere-se a atividades, orientadas para a adaptação, que exigem algum esforço, e não àquelas que se fazem automaticamente.

Normalmente as pessoas recorrem a estratégias de *coping* diferentes conforme a natureza de cada situação, dessa forma, tendem a utilizar simultaneamente várias estratégias de *coping*, não tendo de optar entre uma ou outra. Essas estratégias utilizadas para gerir situações *stressantes*, poderão ser *focadas no problema* e *focadas na emoção*.

A versão Portuguesa é composta por 48 itens, tendo sido subtraídos 2 itens (o item 8 e o item 12) da versão original de 50 itens. Esta redução teve por objetivo alcançar Alfas de Cronbach aceitáveis, sem provocar alterações na validade de conteúdo. Os Alfas de Cronbach das oito subescalas caíram maioritariamente entre os .65 e os .80. Duas escalas apresentam alfas abaixo de um valor tecnicamente aceitável, como é o caso da escala de *coping* «confrontativo» que exhibe um alfa de .52, e «assumir a responsabilidade», com um alfa de .57. Esta última no entanto, porque tem somente três itens, pode ser considerada como tendo uma consistência interna aceitável. Genericamente a consistência interna é baixa. No manual os autores da escala também referem o mesmo problema, afirmando que tal é comum em escalas de *coping*.

O questionário é ainda constituído por 8 subescalas de tipos de *coping*, nomeadamente, a subescala de *Coping* Confrontativo, *Coping* de Autocontrolo, Procura de Suporte Social, Assumir a Responsabilidade, Resolução Planeada do Problema, Distanciamento, Fuga-Evitamento e a Reavaliação Positiva.

A subescala do *Coping Confrontativo*: Descreve os esforços agressivos de alteração da situação e sugere um certo grau de hostilidade e de risco; A subescala do *Distanciamento*: Descreve os esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação; A subescala do *auto controlo*: Descreve os esforços de regulação dos próprios sentimentos e ações; A subescala da *Procura de Suporte Social*: Descreve os esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional; A subescala *Aceitar a Responsabilidade*: Há reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de recompor as coisas; A subescala *Fuga-evitamento*: Descreve os esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema. Os itens desta escala, contrastam com os da escala de «distanciamento», que sugerem desprendimento; A subescala *Resolução Planeada do Problema*: Descreve os esforços focados sobre o problema deliberados para alterar a situação, associados a uma abordagem analítica de solução do problema; A subescala *Reavaliação Positiva*: Descreve os esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal. Tem também uma dimensão religiosa.

- *ISP – O Índice de Stress Parental* (Abidin & Santos, 2003) é a versão portuguesa do *Parenting Stress Index* (PSI) de Abidin (1990).

O ISP é um questionário de autorrelato, que pode ser utilizado em contexto clínico e de investigação. Apresenta-se sob a forma de um caderno composto por 132 itens que se divididos em dois domínios (cada um, constituído por diversas subescalas): Domínio da Criança (54 itens) e Domínio dos Pais (54 itens) e ainda por uma escala de *Stress* de Vida (24 itens), opcional. A sua aplicação rondará entre 20 a 30 minutos, embora sem tempo limite pré estabelecido para a sua realização (Abidin & Santos, 2003; Santos, 1990). A adaptação portuguesa recomenda a sua aplicação, referente a crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 10 anos, apesar de a escala americana contemplar a aplicação até aos 12 anos de idade.

O domínio da Criança é composto por sete subescalas que remetem para aspetos do temperamento da criança e as perceções que os pais têm do impacto destas características dos filhos, neles próprios, nomeadamente: Distração/Hiperatividade, Reforço aos Pais, Humor, Aceitação, Maleabilidade de Adaptação, Exigência e Autonomia (inserida na adaptação Portuguesa da escala).

O Domínio dos Pais é composto por sete subescalas, nomeadamente: Sentido de Competência, Vinculação, Restrição do Papel, Depressão, Relação com Marido/Mulher, Isolamento Social e Saúde. As escalas anteriormente descritas avaliam características pessoais dos pais e aspetos relacionados com o meio familiar, características estas que poderão interferir ou influenciar a capacidade dos mesmos no seu exercício da parentalidade (tarefas ligadas ao papel parental) (Abidin & Santos, 2003).

A adaptação portuguesa é composta por 132 itens, sendo que nos primeiros 108 itens a figura parental deverá responder numa escala de tipo likert com cinco pontos (Concordo Completamente, Concordo, Não Tenho a Certeza, Discordo, Discordo Completamente); e nos últimos 24 itens (incluídos numa escala opcional) com resposta dicotómica (Sim/Não).

O grande objetivo deste questionário é o de despistar e avaliar a intensidade de *stress* no sistema pais-filhos (Abidin & Santos, 2003). Poder-se-á ainda despistar problemáticas do foro emocional e comportamental, reativo à presença de um elevado *stress* familiar e consequentemente, a presença de padrões disfuncionais de comportamento parental (Abidin, 1990).

A cotação, é realizada através da atribuição um valor de 1 a 5 a cada item (em cada um dos Domínios). No que concerne aos resultados, é possível obter-se três tipos:

um por subescala, um por Domínio e Total (na escala de *Stress* de Vida, os valores atribuídos variam entre 1 e 8, sendo este resultado independente dos anteriores). Ao nível da interpretação destes resultados, quanto mais elevado o resultado, maior será o nível de *stress parental* vivido pelo progenitor ou cuidador.

O ISP apresenta uma boa consistência interna, sendo que os coeficientes Alfa de Cronbach surgem com valores de .89 para o Domínio da Criança, .91 para o Domínio dos Pais e 0.94 para o Total de *Stress*, embora sendo a subescala Autonomia a que apresenta o coeficiente Alfa de Cronbach mais baixo.

- *AEG – Escala de Autoeficácia Geral*, é a versão portuguesa da *The Self-Efficacy Scale* (Schwarzer & Jerusalem, 1995). A versão utilizada foi a AEG-2 validada para Portugal por Miguel Araújo (2010) – tese realizada na Universidade Miguel Hernandez, com a recolha da amostra em Portugal (versão Espanhola de Rodríguez-Marín *et al.*, 2002).

A AEG é um instrumento dirigido a avaliar o sentimento estável de competência pessoal para gerir de forma eficaz uma variedade de situações *stressantes* (Schwarzer, 1992, 2005). Este questionário foi desenvolvido por, Jerusalem e Schwarzer, e foi adaptado para várias línguas: alemão, francês, espanhol, português (Brasil), evidenciando boas propriedades psicométricas, facto que permite a sua utilização em estudos globais e comparativos entre distintas culturas e países (Martín-Aragón *et al.*, 2003). É um instrumento composto por 10 itens e com uma escala de resposta tipo Likert de 4 pontos (1= *nada convicto* a 4= *completamente convicto*) podendo-se obter uma pontuação direta entre 10 e 40 pontos, correspondendo uma maior pontuação a uma maior perceção de Autoeficácia. A tradução do questionário para Português, foi feita a partir dos trabalhos de Martín-Aragón *et al.*, (2003), por Araújo & Inglés (2010), num estudo realizado em Portugal, com 427 professores dos 2º e 3º Ciclos e Secundário. Um outro estudo realizado em Portugal (Araújo & Moura, 2011), demonstrou que a versão Portuguesa da escala apresenta boas propriedades psicométricas, com um alfa de Cronbach de .93.

- *EVA - Escala de Vinculação do Adulto* – (Canavarro, Dias, & Lima, 2006) *Adult Attachment Scale-R (AAS-R)* versão Portuguesa.

A escala foi construída com o objetivo de desenvolver o instrumento de três itens de Hazan e Shaver e concebida para identificar os três padrões de vinculação mencionados teoricamente: seguro, evitante e ansioso. A escala é composta por 18 itens, sendo utilizada uma escala de cinco pontos, de tipo Likert de 5 pontos (de 1 = *Nada característico em mim* a 5 = *Extremamente característico em mim*), com o objetivo de avaliar a vinculação no adulto. A escala foi **traduzida e validada para a população portuguesa** por Canavarro et al, 2006. No estudo de adaptação da EVA para Portugal, Canavarro et al. (2006) identificaram através da análise fatorial os seguintes fatores: *Ansiedade*, *o Conforto com a Proximidade* e a *Confiança nos Outros*, os quais se mostram relacionados com os fatores da versão americana *Anxiety*, *Close* e *Depend* (respetivamente). O Fator 1, *Ansiedade*, diz respeito ao grau de ansiedade sentido pelo indivíduo em contexto inter-relacional, perante questões se referem ao receio de ser abandonado ou não querido. O Fator 2, *Conforto com a Proximidade*, refere-se ao grau de conforto do indivíduo perante a proximidade e intimidade. O Fator 3, *Confiança nos Outros*, diz respeito ao grau de confiança que o indivíduo tem nos outros, nomeadamente à disponibilidade destes quando ele necessita deles. Estas dimensões relacionam-se com os estilos de vinculação do seguinte modo: o padrão de vinculação Seguro apresenta conforto com a proximidade, confiança nos outros e não sente medo de ser abandonado; o padrão de vinculação Evitante não apresenta conforto com a proximidade, não confia nos outros, nem sente medo em ser abandonado; o padrão de vinculação Preocupado não apresenta conforto com a proximidade, não confia nos outros, e sente receio em ser abandonado (Canavarro et al., 2006).

Na apresentação das normas de referência, os autores referem que não há diferenças significativas entre os sexos. Em comparação com a versão americana, quase todos os itens (exceto os itens 14 e 17) saturam nas mesmas dimensões, constituindo um indício de validade estrutural da EVA. Em relação à consistência interna o valor alfa de Cronbach para o total da escala apresenta-se elevado (.81), havendo diferenças no que diz respeito às subescalas, tendo a subescala *Ansiedade* um valor elevado (.84), e as subescalas *Conforto com a Proximidade* e *Confiança nos Outros* valores mais baixos, de .67 e .54, respetivamente. A nível do poder discriminativo entre normalidade e patologia, o estudo em referência indica que, em comparação com a amostra normativa, os participantes da amostra clínica apresentam valores inferiores nas escalas *Conforto*

com a *Proximidade e Confiança nos Outros* são e valores superiores na escala *Ansiedade*. Tais resultados vão de encontro ao teoricamente expectável pelo que se constitui como um indicador de validade de constructo.

A versão original corresponde à *Adult Attachment Scale - R* (AAS-R) foi construída por Collins e Read (1990) com o intuito de desenvolver uma medida dimensional dos estilos de vinculação no adulto (seguro, evitante e preocupado), defendidos teoricamente e avaliados de forma categorial por Hazan e Shaver (1987). Para tal, os autores utilizaram as descrições dos três estilos de vinculação referidos, a partir das quais derivaram itens que se relacionassem com os padrões de vinculação na infância, e adicionaram itens que representam aspetos importantes da vinculação, nomeadamente a crença do indivíduo sobre a disponibilidade e resposta da figura de vinculação e a sua reação perante a separação.

7.2.4. Análise de dados

A presente investigação constitui um estudo exploratório, observacional (visto o investigador não intervir diretamente) e transversal (explicando o resultados do mesmo estudo, através de correlação de variáveis num único momento de avaliação).

Os dados recolhidos neste estudo e advenientes nos questionários preenchidos pelos participantes neste estudo empírico, foram digitalizados e introduzidos numa base de dados (Excel), com recurso ao remark office OMR 8.0 (Optical Mark Recognition) Software e posteriormente analisados em SPSS versão 20.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Inicialmente foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach para medir a consistência interna das escalas utilizadas. Foram analisados os coeficientes alfa observados na amostra e excluídos alguns itens responsáveis por fraca consistência interna. Dessa forma, ficamos impossibilitados de utilizar a classificação na escala, de acordo com a apresentada pelos autores das mesmas (ver tabela 13). Os Coeficientes inferiores a .5 surgiram devido a respostas aleatórias ou por má interpretação de algum item da dimensão por parte dos participantes. Kehoe (1995) refere que é aceitável um alfa igual ou superior a .5 para amostras pequenas ou amostras específicas, dessa forma, consideramos assim aceitável o alfa superior ou igual a .5.

Tabela 13.*Alfa de Cronbach dos instrumentos e dimensões avaliadas*

Instrumento	Dimensão	Alpha de Cronbach	Nº de itens incluídos	Nº de itens retirados	
HADS	Ansiedade	.53	6	1	
	Depressão	.66	7	0	
	HADS-Total	.64	14	0	
WOC	<i>Coping</i> confrontativo (WOC)	.53	6	0	
	<i>Coping</i> autocontrolo (WOC)	.57	7	0	
	Procura suporte social (WOC)	.74	7	0	
	Assumir responsabilidade (WOC)	.57	3	0	
	Resolução planeada dos problemas (WOC)	.69	6	0	
	Distanciamento (WOC)	.48	5	0	
	Fuga/evitamento (WOC)	.64	7	0	
	Reavaliação positiva (WOC)	.81	7	0	
	ISP	Distração/ Hiperatividade (ISP)	.59	7	1
Reforço aos Pais (ISP)		.55	5	1	
Humor (ISP)		.77	3	1	
Aceitação (ISP)		.74	8	0	
Maleabilidade de Adaptação (ISP)		.63	12	0	
Exigência (ISP)		.67	7	1	
Autonomia (ISP)		.61	8	0	
Domínio crianças (ISP)		.85	54	0	
Sentido de Competência (ISP)		.56	12	1	
Vinculação (ISP)		.54	6	1	
Restrição do Papel (ISP)		.88	7	0	
Depressão (ISP)		.84	9	0	
Relação Marido/Mulher (ISP)		.82	7	0	
Isolamento Social (ISP)		.81	6	0	
Saúde (ISP)		.73	4	1	
Domínio pais (ISP)		.93	54	0	
IST_Total		.93	108	0	
<i>Stress</i> da vida (ISP)		.56	24	0	
AEG		Autoeficácia (AEG)	.90	10	0
EVA		Ansiedade (EVA)	.80	6	0
		Conforto com a proximidade (EVA)	.62	6	0
	Confiança nos outros (EVA)	.62	6	0	
	Vinculação do adulto (EVA)	.73	18	0	

Foram obtidas tabelas de frequências para a caracterizar a amostra e de seguida, aplicados testes de independência para identificar fatores de risco (variáveis presentes na caracterização demográfica e história de vida do progenitor e criança com PD) face à variável “NPD-nível de perturbação de desenvolvimento nas crianças”

Na primeira fase da análise avaliada a relação entre as variáveis independentes. No modelo de investigação, são variáveis independentes: o nível de perturbação de desenvolvimento, o estilo de vinculação, o índice de *stress* parental e a Autoeficácia.

O teste de ShapiroWilk tem por hipótese nula que as variáveis em estudo seguem distribuição normal, para valores de prova inferiores a .05 deveremos rejeitar essa hipótese, isto é, indica-nos que a variável não é normal. Este teste é adequado para amostras de dimensão inferior a 50, como o grupo de pais com crianças portadoras de perturbações globais corresponde a um número total de 22 participantes, recorreremos a este teste, em situações inversas (amostras superiores), convergimos para os resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov (amostras superiores a 50), desta forma, o teste de Shapiro-Wlik foi aplicado em todo o estudo. Caso as escalas, domínios e escala total, se apresentem normais, podemos utilizar estatística paramétrica (coeficiente de correlação de Pearson, teste t-Student e ANOVA), caso contrário, deveremos recorrer à estatística não paramétrica (coeficiente de correlação de Spearman, testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis).

Foi utilizada a ANCOVA (Análise de covariância) que combina a ANOVA (para estabelecer o efeito do tipo de vínculo sobre a existência de psicopatologias) e a regressão (que permite quantificar a relação da AEG sobre as dimensões da HADS-Variável dependente). Segundo Pestana e Gageiro (2003), a ANOVA passa a ser ANCOVA com a introdução de uma variável independente quantitativa, chamada variável concomitante, neste caso a AEG, que está correlacionada com as dimensões HADS mas não com o fator. Como a AEG pode afetar a relação das dimensões HADS com o tipo de vínculo, então é incluída para “reduzir as ameaças à validade interna da investigação”.

Tabela 14.

Teste de Levene para as dimensões do HADS

	<i>F</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>Sig.</i>
Ansiedade*(HADS)	0.03	1	85	.853
Depressão (HADS)	1.96	1	85	.165
HADS (Total)	3.49	1	85	.065

Procedeu-se à verificação dos pressupostos da ANCOVA. O teste de Levene permitiu concluir que tanto para as dimensões do HADS como para a escala total, as

variâncias em cada grupo surgiram iguais, e dessa forma, deu-se continuidade à análise dos dados utilizando a ANCOVA (ver tabela 14).

Em relação ao estilo de vinculação, foi realizada a análise de *cluster*, e surgiram três grupos homogêneos, com médias semelhantes às obtidas pela autora da escala Canavarro et al. (2006). Desta forma, permitiu-nos identificar os grupos de pais que pertencem aos estilos de vinculação: seguro, evitante e preocupado. Os pais pertencentes ao grupo do estilo de vinculação “seguro” apresentam baixos níveis de ansiedade e elevados níveis de conforto com a proximidade e Confiança nos outros. Os pais do grupo estilo de vinculação “evitante”, apresentam também níveis elevados de conforto com a proximidade e confiança nos outros, embora um pouco inferiores aos observados no grupo de pais com estilo “seguro” e baixa ansiedade, apesar de mais elevada ansiedade comparativamente com os pais do estilo “seguro”. Finalmente, os pais com estilo de vinculação “preocupado”, apresentam níveis de ansiedade superiores aos restantes estilos e menores níveis de conforto com a proximidade e de confiança nos outros (ver tabela 15).

Tabela 15.

Análise de cluster: Diferentes estilos de vinculação

	Estilos de vinculação			Estilos de vinculação (2G)	
	Evitante Mean	Seguro Mean	Preocupado Mean	Seguro Mean	Inseguro Mean
Ansiedade (EVA)	2.68	1.70	3.60	1.70	2.92
Conforto com a proximidade (EVA)	3.22	3.56	2.62	3.56	3.06
Confiança nos outros (EVA)	2.97	3.37	2.17	3.37	2.76
Vinculação do adulto (EVA)	2.95	2.88	2.79	2.88	2.91

Para aferir da existência de efeitos de interação entre as variáveis independentes sobre as estratégias de *coping* utilizadas (variável moderadora), foram obtidos modelos de MANOVA. Foram também estudados os efeitos das variáveis independentes e das variáveis demográficas.

A utilização do teste de *Levene* permitiu concluir que tanto para as dimensões do HADS como para a escala total, as variâncias em cada grupo surgiam iguais, a existência de correlação entre as dimensões da escala HADS e a AEG, justificaram a utilização da ANCOVA.

Com o objetivo de avaliar o efeito das estratégias de *coping* sobre a ansiedade, depressão e HADS total, recorreremos às denominadas árvores de decisão, considerando a presença de psicopatologias como variáveis dependentes e os tipos de *coping* como variáveis independentes. Maimon e Kokach (2005), referem que as árvores de decisão são ferramentas de análise de dados que permitem a definição de grupos sem necessidade do investigador definir à partida o ponto de corte. Assim, os resultados advêm das interações dos dados que definem os pontos, os grupos, no caso de variáveis contínuas, e agregam grupos no caso de variáveis categóricas.

Dos quatro métodos existentes de crescimento das árvores, optamos pelo método CRT (Classification and regression trees). Este método divide os dados em segmentos, os mais homogêneos relativamente à variável dependente. Dada a dimensão da amostra, fixamos em 5 o número mínimo de casos em cada nó, valores superiores resultaram em nós vazios, logo árvores que apresentavam apenas um nó, o inicial. Como no método CRT que pretendemos obter nós homogêneos, é obtida a medida de impureza em cada nó, no SPSS essa medida é dada pelo desvio quadrático mínimo (LSD) valores inferiores a 0.00001 geram um novo nó, valores superiores a este geram árvores com muitos nós. Finalmente foi obtida a percentagem da variância explicada pelos modelos obtidos.

Posteriormente, na segunda fase da análise, pretendeu-se testar o efeito moderador da variável “*coping*/afrontamento”. Uma variável diz-se moderadora quando afeta a magnitude ou o sentido da correlação entre as variáveis independentes e a variável dependente (Kenny, 2015). Em geral, o efeito de moderação é medido pela interação das variáveis independentes com a variável moderadora a que designamos por “M” (Kenny, 2015).

Foi utilizado o modelo de regressão para testar o efeito moderador, apresentando-se descrito da seguinte forma: “ $Y = \beta_0 + \beta_i X_i + \beta_m M + \beta_j X M_j + \varepsilon$ ”. Como no modelo existe um termo que resulta do produto das variáveis independentes com a moderadora, facilmente existiria correlação entre o conjunto de variáveis explicativas, por forma a acautelar essa situação, as variáveis foram centradas, tendo sido calculado o *Zscore* das dimensões das Variáveis do ISP, da AEG e do WOC. As variáveis “Nível de perturbação e Estilo de vínculo” são variáveis *dummy* (assumem os valores 0 ou 1). Posteriormente, foram calculadas as variáveis que medem o efeito de interação linear

(XM) e obtidos modelos de regressão por blocos, sendo o bloco 1 constituído pelas variáveis dependentes e moderadoras isoladamente e o bloco 2, pelo efeito de interação (XM). Desta forma, considera-se existir efeito moderador, se o bloco 2 for significativo, caso contrário, poderemos averiguar se os efeitos de moderação são lineares, quadráticos ou cúbicos (XM^2 ou XM^3). Foram ainda calculados os declives das variáveis independentes sobre a variável dependente, para valores de “M”, dado “M” ter sido estandardizada, utilizando os valores -1, 0 e 1.

7.3. RESULTADOS

Um dos objetivos do presente estudo foi o de verificar a Incidência de Psicopatologia (ansiedade/depressão) na amostra.

De acordo com os autores da escala que nos permitiu avaliar a ansiedade/depressão e índice global de perturbação emocional, é possível estabelecer quatro níveis de intensidade de *ansiedade* e *depressão* (ver tabela 16). Desta forma, 58% dos pais/cuidadores da amostra apresentam ansiedade “moderada” e, 3.4% ansiedade “severa”.

No que toca à *depressão*, os níveis surgem inferiores, sendo que, 54.5% dos pais/cuidadores da amostra situam-se numa dimensão designada por “depressão leve”, seguindo-se 26,1% dos indivíduos, com depressão “moderada” (ver tabela 16)

Tabela 16.

Percentagem de pais/cuidadores para cada nível de intensidade de ansiedade e depressão

	Nível ansiedade		Nível depressão	
	n	%	n	%
Normal	8	9.1%	16	18.2%
Leve	26	29.5%	48	54.5%
Moderada	51	58.0%	23	26.1%
Severa	3	3.4%	1	1.1%

Foi objetivo **verificar a relação existente entre as variáveis independentes, nomeadamente, entre o nível de perturbação de desenvolvimento (global ou específica), stress parental (reativo a à, presença de uma PD nos seus filhos) estilo de vinculação dos participantes e a sua perceção de autoeficácia (H1 / H2 / H3)**

Podemos afirmar que o nível de perturbação de desenvolvimento da criança contribui para a existência de diferenças significativas nas dimensões “Distração/Hiperatividade, Sentido de competência e *stress* da vida, pois em todas estas dimensões o valor de prova do teste de Mann-Whitney foi inferior a .05.

Tabela 17.

Relação entre o nível de perturbação de desenvolvimento, o stress parental, percepção de autoeficácia e vinculação

		Nível da perturbação de desenvolvimento				Teste de Mann-Whitney	
		Perturbações Globais		Perturbações específicas		Z	p
		M(DP)	Md	M(DP)	Md		
	Distração/ Hiperatividade*	19.9 (4.1)	20.0	17.7 (4.7)	17.0	-2.15	.032
	Reforço aos Pais*	17.3 (3.2)	18.0	16.3 (3.2)	17.0	-1.23	.218
	Humor*	10.5 (2.7)	11.0	9.8 (2.9)	10.0	-0.78	.434
	Aceitação	27.6 (5.7)	28.0	26 (5.4)	26.0	-0.98	.329
	Maleabilidade de Adaptação	37.2 (6.3)	37.5	38.8 (6)	39.5	-1.08	.282
	Exigência*	21.3 (5)	22.0	21.5 (5)	21.5	-0.05	.958
	Autonomia	27.4 (5)	29.0	26.1 (4.3)	26.0	-1.12	.262
	Domínio crianças	170.8 (20.4)	168.5	166.7 (20.9)	165.5	-0.80	.426
ISP	Sentido de Competência*	36.5 (4.4)	36.0	34.1 (6.1)	34.0	-2.12	.034
	Vinculação*	24.7 (2.4)	26.0	24.1 (3)	25.0	-0.74	.460
	Restrição do Papel	24.7 (6.3)	25.0	23 (6.3)	23.0	-1.12	.265
	Depressão	34 (5.4)	33.5	30.9 (6.6)	31.5	-1.79	.073
	Relação Marido/Mulher	24 (6.6)	25.0	22.9 (5.6)	24.0	-0.93	.354
	Isolamento Social	21.6 (5.5)	23.5	20.2 (4.5)	20.5	-1.43	.154
	Saúde*	12.4 (3.3)	13.0	11.6 (3.3)	12.0	-1.06	.288
	Domínio pais	356.4 (36.5)	361.5	341.6 (43)	338.5	-1.46	.146
	IST_Total	185.6 (25.9)	186.5	175 (27.1)	174.0	-1.56	.120
	Stress da vida	3 (2.1)	2.5	4.5 (2.6)	4.0	-2.31	.021
AEG	Autoeficácia	29.6 (5.7)	29.0	28.6 (5.3)	29.0	-0.62	.534
	Ansiedade	2.3 (0.8)	2.3	2.4 (0.8)	2.3	-0.46	.643
	Conforto com a proximidade	3.4 (0.7)	3.5	3.2 (0.5)	3.2	-1.11	.269
EVA	Confiança nos outros	3 (0.7)	3.0	3 (0.6)	3.0	-0.02	.981
	Vinculação do adulto	2.9 (0.2)	2.9	2.9 (0.2)	2.9	-0.18	.858

Pais de crianças com perturbações globais apresentam maior índice de *stress* com a distração/hiperatividade dos filhos, observe-se que neste grupo a media é de 20 relativamente à média de 17 observada nos pais de crianças com perturbações específicas. Estes valores significam que 50% dos pais de crianças com perturbações

globais têm pontuação menor ou igual a 20 e os no grupo de pais de crianças com perturbação específica, 50% têm pontuação menor ou igual a 17 (ver tabela 17).

O *stress* verificado nos pais de crianças com perturbações globais é superior no que diz respeito às subescalas “sentido de competência”, em comparação ao resultado observado nos pais de crianças com perturbação específica. Nos pais de crianças com perturbações globais, a subescala do “*stress* da vida” é significativamente inferior (2.5) ao observado nos pais de crianças com perturbações específicas (4.0) (ver tabela 17).

Em relação ao estilo de vinculação, foi realizada a análise de *cluster*, e surgiram três grupos homogêneos, com médias semelhantes às obtidas pela autora da escala Canavarro et al.. (2006). Desta forma, permitiu-nos identificar os grupos de pais que pertencem aos estilos de vinculação: seguro, evitante e preocupado (ver tabelas 15 e 18).

Os pais pertencentes ao grupo do estilo de vinculação “seguro” apresentam baixos níveis de ansiedade e elevados níveis de conforto com a proximidade e Confiança nos outros. Os pais do grupo estilo de vinculação “evitante”, apresentam também níveis elevados de conforto com a proximidade e confiança nos outros, embora um pouco inferiores aos observados no grupo de pais com estilo “seguro” e baixa ansiedade, apesar de mais elevada ansiedade comparativamente com os pais do estilo “seguro”. Finalmente, os pais com estilo de vinculação “preocupado”, apresentam níveis de ansiedade superiores aos restantes estilos e menores níveis de conforto com a proximidade e de confiança nos outros (ver tabelas 15 e 18)

A maioria dos nossos participantes apresentou um estilo de vínculo seguro, seguindo-se o estilo de vinculação insegura/evitante e finalmente a insegura/ansiosa-preocupada (ver tabela 19).

Tabela 18.

Medidas de tendência central e dispersão dos fatores de vinculação segundo o estilo de vinculação

	Estilos de vinculação					
	Evitante		Seguro		Preocupado	
	<i>M(DP)</i>	<i>Md</i>	<i>M(DP)</i>	<i>Md</i>	<i>M(DP)</i>	<i>Md</i>
Ansiedade (EVA)	2.7 (0.3)	2.7	1.7 (0.3)	1.7	3.6 (0.5)	3.8
Conforto com a proximidade (EVA)	3.2 (0.4)	3.2	3.6 (0.5)	3.5	2.6 (0.5)	2.7
Confiança nos outros (EVA)	3 (0.4)	3.0	3.4 (0.5)	3.3	2.2 (0.6)	2.0
Vinculação do adulto (EVA)	3 (0.2)	3.0	2.9 (0.2)	2.9	2.8 (0.3)	2.7

Tabela 19.

Medidas de tendência central e dispersão dos estilos de vinculação segundo o nível de perturbação no desenvolvimento

Nível PD	Estilo de vínculo									Teste de Kruskal-Wallis	
	Evitante			Seguro			Preocupado			X	p
	n	M(DP)	Md	n	M(DP)	Md	n	M(DP)	Md		
PG	7	28 (6.7)	26.0	11	30.8 (5.5)	30.0	4	29 (4.9)	29.0	1.23	.541
PE	29	29.3 (3.9)	30.0	27	29.3 (5.7)	29.0	9	24.1 (6.4)	24.0	6.86	.032
Total	36	29.1 (4.5)	29.5	38	29.7 (5.6)	29.5	13	25.6 (6.2)	26.0	4.99	.082

Nota. PD = Perturbação do Desenvolvimento; PG = Perturbações globais; PE = Perturbações Específicas.

Uma vez classificados os sujeitos consoante o estilo de vinculação, procuramos estabelecer qual o efeito do estilo de vinculação sobre as dimensões do ISP (índice de *stress* parental) (ver tabela 20).

Tabela 20.

Níveis de stress parental e autoeficácia segundo o estilo de vinculação

	Estilos de vinculação				Teste de Mann-Whitney	
	Seguro		Inseguro		Z	p
	M(DP)	Md	M(DP)	Md		
Distração/ Hiperatividade* (ISP)	19.2(5.3)	20.0	17.5(4)	17.0	-1.34	.179
Reforço aos Pais* (ISP)	16.8(3.4)	18.0	16.4(3.1)	17.0	-0.69	.491
Humor* (ISP)	10.5(2.6)	11.00	9.7(3.1)	10.0	-0.91	.365
Aceitação (ISP)	27.4(5.7)	29.0	25.6(5.2)	25.0	-0.57	.566
Maleabilidade de Adaptação (ISP)	39.7(5.2)	40.0	37.5(6.6)	38.0	-2.07	.038
Exigência* (ISP)	22.8(5.1)	22.5	20.4(4.6)	20.5	-1.91	.056
Autonomia (ISP)	26.2(4.9)	26.0	26.6(4.2)	26.0	-0.27	.784
Domínio crianças (ISP)	172.1(20.9)	171.0	164.3(20.2)	165.0	-1.12	.265
Sentido de Competência* (ISP)	36.5(5.8)	36.0	33.3(5.6)	34.0	-1.78	.075
Vinculação* (ISP)	25(2.3)	26.0	23.7(3.1)	24.5	-1.34	.180
Restrição do Papel (ISP)	25.3(6.3)	25.0	22(6)	22.5	-1.84	.066
Depressão (ISP)	34.6(5.9)	34.5	29.5(6.1)	30.0	-3.72	<.001
Relação Marido/Mulher (ISP)	26.1(5.7)	25.5	21(5)	21.5	-4.30	<.001
Isolamento Social (ISP)	23.1(4)	23.0	18.7(4.5)	20.0	-4.83	<.001
Saúde* (ISP)	12.9(3.1)	13.0	10.9(3.3)	11.0	-1.99	.046
Domínio pais (ISP)	363.1(40.8)	359.0	331.8(37.5)	331.5	-3.01	.003
IST_Total	190.9(25.9)	187.0	167.5(23.5)	167.5	-3.32	.001
Stress da vida (ISP)	3.6(2.2)	3.5	4.5(2.7)	4.0	-0.91	.361
Autoeficácia (AEG)	29.7(5.6)	29.5	28.1(5.2)	28.0	-0.72	.474

O teste de Mann-Whitney permite concluir que o estilo de vínculo está associado a diferenças significativas nas seguintes dimensões do ISP ($p < .050$): ISP, Subescala: Maleabilidade de adaptação ($p = .038$), uma vez que pais com vínculo seguro, apresentam maior pontuação (maior nível de *stress*) quando comparados com os pais de vínculo inseguro; ISP, Subescala: Depressão, surge com maior pontuação nos pais com vínculo seguro (34.6 ± 5.9), relativamente ao observado nos pais com vínculo inseguro (29.5 ± 6.1); ISP, Subescala: Relação marido mulher ($p < .001$) surge com maior pontuação nos pais com vínculo seguro e menor pontuação nos pais com vínculo inseguro; ISP, Subescala: Isolamento social ($p < .001$), também com maior pontuação no grupo de pais com vínculo seguro; ISP, Subescala: Saúde ($p < .001$), os pais com vínculo seguro apresentam pontuação média nesta dimensão significativamente diferente à observada entre pais com vínculo inseguro, 12.9 contra 10.9, ou seja o grupo “seguro” apresenta mais *stress* relacionado com a saúde.

No que concerne aos dois domínios da escala ISP, verifica-se a presença de maior *stress* parental nas dimensões do domínio pais, comparativamente ao domínio da criança. Surgem diferenças significativas entre os grupos “seguro” e “inseguro”, sendo os pais pertencentes ao grupo de estilo de vínculo “seguro”, os que apresentam maiores índices de *stress*.

Em geral, os pais com vínculo seguro apresentam maior pontuação no ISP quando comparados com os pais inseguros, contudo, este resultado não é observável na dimensão *stress* de vida (escala opcional, relacionada com outras fontes de *stress*, externas ao exercício da parentalidade).

Relativamente à interação entre as variáveis “estilo de vinculação” e “autoeficácia” (perceção), podemos afirmar que, não se observam diferenças significativas ($p = .474 > .05$), ou seja, não se observa uma associação entre o estilo de vinculação e a perceção de autoeficácia dos participantes (ver tabela 19).

Tabela 21.

Nível no domínio “relação marido/mulher” segundo estilos de vinculação

	Estilos de vinculação			Teste de	
	Evitante	Seguro	Preocupado	Kruskal-Wallis	
Relação Marido/Mulher (ISP)	$M(DP)$ 22.11(4.41)	$M(DP)$ 26.11(5.66)	$M(DP)$ 17.69(5.25)	X 19.092	p <.001

Observam-se diferenças significativas ao nível do domínio “relação marido/mulher” (ISP) segundo o estilo de vínculo. Os pais com estilo de vínculo preocupado, apresentam menos *stress* na “relação marido/mulher”, enquanto que os pais com estilo evitante e seguro apresentam níveis de ISP “relação marido/mulher” um pouco superiores e semelhantes (ver tabela 21).

Os pais pertencentes ao grupo do estilo de vinculação “seguro” são caracterizados como menos ansiosos, sem medo do abandono, conforto com a proximidade e Confiança nos outros. Os pais do grupo estilo de vinculação “evitante”, sentem menos ansiosos face à possibilidade de abandono, pouco conforto com a proximidade e fraca confiança nos outros. Os pais com estilo de vinculação “preocupado”, apresentam uma elevada ansiedade e receio face ao abandono, desconforto com a proximidade e fraca confiança nos outros (Canavarro et al., 2006)

Com o objetivo de determinar qual o estilo de *coping* que prevalece nos diferentes níveis de Perturbação de desenvolvimento (global ou específica), chegou-se às seguintes conclusões (H6)

Sabendo que, cada participante poderá utilizar diferentes estratégias de *coping*, em diferentes situações, iremos apurar quais as estratégias de *coping* mais utilizadas pela nossa amostra. Quer a media, como a mediana, indicam que existem quatro estratégias de *coping* predominantes, nomeadamente: Assumir a responsabilidade, Procura de suporte social, Resolução planeada nos problemas e a Reavaliação positiva (ver tabela 22 e figura 5).

Tabela 22.

Medidas de tendência central e distribuição das estratégias de coping utilizados pela amostra

	Total	
	<i>M(DP)</i>	<i>Md</i>
<i>Coping</i> confrontativo	2 (0.4)	2.00
<i>Coping</i> autocontrolo	2.5 (0.5)	2.57
Procura suporte social	2.8 (0.6)	2.86
Assumir responsabilidade	2.9 (0.7)	3.00
Resolução planeada dos problemas	2.7 (0.5)	2.67
Distanciamento	2.2 (0.5)	2.20
Fuga/evitamento	2.1 (0.5)	2.00
Reavaliação positiva	2.7 (0.7)	2.71

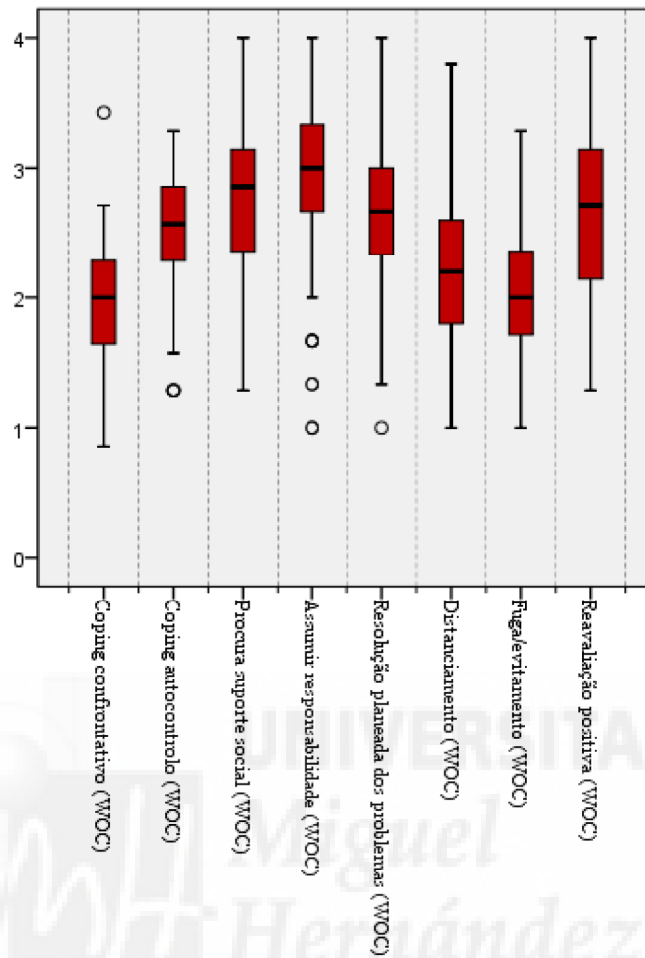


Figura 5. Caixa de Bigodes para cada uma das Estratégias de *Coping* utilizadas pela amostra

O presente objetivo, teve como pretensão verificar a correlação entre o estilo de *coping* utilizado pelos pais de crianças com PD, nível de perturbação de desenvolvimento, *stress* parental, estilo de vinculação dos participantes e a sua percepção de autoeficácia (H4/H5).

Para aferir a existência de efeitos de interação entre as variáveis independentes sobre as estratégias de *coping* utilizadas, foram obtidos modelos de MANOVA. Foram também estudados os efeitos das variáveis independentes e das variáveis demográficas (ver tabela 23).

Tabela 23.*Efeitos de interação entre as estratégias de coping e o nível de perturbação de desenvolvimento*

	Nível da perturbação de desenvolvimento				ANOVA	
	Perturbações globais		Perturbações específicas		F	p
	M(DP)	Md	M(DP)	Md		
<i>Coping</i> confrontativo (WOC)	2(0.4)	2.0	2(0.4)	2.0	0.34	.561
<i>Coping</i> autocontrolo (WOC)	2.6(0.6)	2.7	2.5(0.5)	2.6	0.08	.780
Procura suporte social (WOC)	2.9(0.6)	2.9	2.7(0.6)	2.9	0.44	.510
Assumir responsabilidade (WOC)	3(0.7)	3.2	2.8(0.7)	3.0	1.77	.188
Resolução planeada dos problemas (WOC)	2.8(0.7)	2.8	2.6(0.5)	2.7	0.26	.613
Distanciamento (WOC)	2.2(0.5)	2.1	2.2(0.5)	2.2	0.27	.606
Fuga/evitamento (WOC)	2(0.6)	2.0	2.1(0.5)	2.0	0.49	.485
Reavaliação positiva (WOC)	2.8(0.7)	2.9	2.6(0.6)	2.7	0.01	.909

Os resultados revelam não existir relação/efeito entre as variáveis independentes e a variável moderadora (*coping*). Contudo, iremos verificar os principais efeitos das variáveis independentes: nível de perturbação de desenvolvimento, vinculação e autoeficácia (ver tabela 24).

Tabela 24.*Efeito de interação entre as estratégias de coping e os estilos de vinculação*

	Estilos de vinculação				ANOVA	
	Seguro		Inseguro		F	p
	M(DP)	Md	M(DP)	Md		
<i>Coping</i> confrontativo (WOC)	2(0.4)	2.0	1.9(0.5)	1.9	0.62	.433
<i>Coping</i> autocontrolo (WOC)	2.5(0.5)	2.6	2.5(0.5)	2.6	0.54	.464
Procura suporte social (WOC)	2.7(0.6)	2.9	2.8(0.7)	2.8	0.02	.892
Assumir responsabilidade (WOC)	2.7(0.7)	2.7	3(0.7)	3.0	1.34	.251
Resolução planeada dos problemas (WOC)	2.8(0.5)	2.8	2.6(0.6)	2.7	3.01	.088
Distanciamento (WOC)	2.2(0.5)	2.2	2.1(0.5)	2.2	0.03	.875
Fuga/evitamento (WOC)	2(0.5)	2.0	2.1(0.5)	2.1	0.50	.481
Reavaliação positiva (WOC)	2.8(0.6)	3.0	2.6(0.7)	2.6	2.82	.098

A variável “nível de perturbação” de desenvolvimento, isoladamente, não afeta de forma significativa as estratégias de *coping* utilizadas pelos pais, uma vez que, os valores de prova são superiores a .05, logo, as estratégias de *coping* utilizadas por pais de crianças com perturbação global e específica não se diferenciam, ambos os grupos utilizam o mesmo tipo de estratégias (ver tabela 23).

Também não se observam diferenças significativas entre as variáveis “estratégias de *coping*” e “estilo de vínculo”, ou seja, não existem diferenças entre as estratégias de *coping* utilizadas pelo grupo de pais pertencentes ao vínculo seguro ou vínculo inseguro, desta forma, concluímos que, o estilo de vínculo não influencia a estratégia de *coping* utilizada pelos pais (ver tabela 24).

Existe associação entre as variáveis “autoeficácia” e “estratégias de *coping*” utilizadas, desta forma podemos afirmar que, a uma maior perceção da autoeficácia está relacionada uma maior utilização da estratégia de *coping* “resolução de problemas” e vice-versa. A estratégia de *coping* “Fuga e evitamento” é mais utilizada pelos pais com menor perceção da autoeficácia (ver tabela 25).

Tabela 25.

Efeito de interação entre as estratégias de coping e a autoeficácia

	Autoeficácia (AEG)	
	R	Valor-p
<i>Coping</i> confrontativo (WOC)	.04	.685
<i>Coping</i> autocontrolo (WOC)	-.09	.417
Procura suporte social (WOC)	-.07	.495
Assumir responsabilidade (WOC)	-.10	.339
Resolução planeada dos problemas (WOC)	.28**	.008
Distanciamento (WOC)	.11	.308
Fuga/evitamento (WOC)	-.24*	.025
Reavaliação positiva (WOC)	.17	.122

* $p < .050$; ** $p < .010$

Outro objetivo, assentou em **determinar a existência de uma correlação entre psicopatologia (ansiedade / depressão) e o sentimento e perceção de autoeficácia destes pais no decurso do exercício das suas funções de parentalidade; nível de stress parental experienciado pelos cuidadores e estilo de vínculo dos mesmos e o nível de Perturbação de desenvolvimento (global ou específica) dos filhos (H9 / H10 / H11 / H12 / H13).**

Relação entre variáveis independentes, *coping* e variável dependente (HADS)

Pretendemos verificar se existe efeito das variáveis independentes e do *coping* (variável moderadora) sobre as variáveis dependentes (Ansiedade, Depressão e HADS total). Assim sendo, o nível de perturbação de desenvolvimento (VI), por si só, não

provoca diferenças significativas nos níveis de ansiedade, depressão e consequentemente no HADS total (ver tabela 26).

Tabela 26.

Efeitos da ansiedade, depressão e HADS total no nível de perturbação de desenvolvimento

	Nível da perturbação de desenvolvimento				Total		Teste de Mann-Whitney	
	Perturbações Globais		Perturbações específicas		M(DP)	Md	Z	p
	M(DP)	Md	M(DP)	Md				
Ansiedade*	9.5 (2.9)	9.0	9.4 (2.6)	10.0	9.5 (2.6)	10.0	-0.06	.950
Depressão	9.2 (2.4)	9.0	9.2 (1.9)	9.0	9.2 (2)	9.0	-0.13	.895
HADS-Total	20.3 (3.5)	21.0	20.1 (3.3)	21.0	20.2 (3.3)	21.0	-0.16	.877

Observaram-se os coeficientes de correlação de Spearman entre as dimensões do ISP e HADS, separando os pais segundo o nível de perturbação da criança. Os coeficientes de correlação variam entre -1 e 1. Quanto mais próximos do zero se encontram, menor o grau de associação entre as variáveis. Desta forma, os pais de crianças com perturbações globais, apresentam uma correlação significativa na dimensão do ISP “reforço aos pais” e a VD “ansiedade” (coeficiente positivo), assim sendo, podemos afirmar que valores elevado numa das escalas estão associados a valores elevados na outra escala, assim como os pais que apresentam valores baixos na dimensão do ISP “Reforço aos pais” tendem a pontuar baixo também na escala de ansiedade (VD). Este resultado se reflete-se na escala total HADS. Podemos desta forma afirmar que, maiores/menores níveis de *stress*, (subescala reforço aos pais), está associado a um maior/menor nível de ansiedade dos pais (ver tabela 27).

Ainda no grupo de pais de crianças com perturbações globais, existe correlação positiva e moderada (considerando a dimensão desta amostra) entre a dimensão do ISP “maleabilidade de adaptação” e a VD “depressão”, dado o coeficiente ser positivo. Podemos concluir que maiores níveis de *stress* na subescala “maleabilidade de adaptação” estão associados a maiores níveis de “depressão” e vice-versa. Este resultado também se reflete na escada total HADS (ver tabela 27).

Tabela 27.

Relação entre as dimensões do ISP e HADS, segundo o nível de perturbação da criança

		Perturbações globais			Perturbações específicas		
		Ansiedade	Depressão	HADS	Ansiedade	Depressão	HADS
Distração/ Hiperatividade* (ISP)	r_s	-.03	.53	.40	.26	-.10	.08
	p	.883	.012	.068	.032	.415	.527
Reforço aos Pais* (ISP)	r_s	.49	.27	.44	.19	.04	.21
	p	.022	.218	.040	.135	.759	.087
Humor* (ISP)	r_s	.06	.19	.04	.29	.15	.33
	p	.802	.387	.851	.019	.221	.007
Aceitação (ISP)	r_s	.06	.07	.08	.27	.01	.17
	p	.783	.742	.725	.028	.944	.186
Maleabilidade de Adaptação (ISP)	r_s	.20	.53	.49	.18	.07	.17
	p	.383	.012	.021	.140	.576	.172
Exigência* (ISP)	r_s	.41	.002	.27	.25	.02	.20
	p	.061	.994	.229	.045	.907	.112
Autonomia (ISP)	r_s	-.34	.17	-.07	.23	.31	.36
	p	.124	.441	.764	.064	.012	.003
Domínio crianças (ISP)	r_s	.14	.36	.35	.36	.13	.33
	p	.530	.101	.113	.003	.312	.007
Sentido de Competência* (ISP)	r_s	.35	-.27	.12	.33	-.12	.05
	p	.108	.230	.607	.007	.350	.715
Vinculação* (ISP)	r_s	.04	-.25	-.23	.01	-.23	-.15
	p	.846	.272	.300	.918	.061	.246
Restrição do Papel (ISP)	r_s	.55	-.27	.16	.42	.09	.28
	p	.008	.219	.469	<.001	.468	.023
Depressão (ISP)	r_s	.59	-.30	.41	.35	-.02	.13
	p	.004	.170	.061	.004	.902	.288
Relação Marido/Mulher (ISP)	r_s	.41	-.49	.04	.25	-.12	-.001
	p	.061	.022	.872	.046	.327	.991
Isolamento Social (ISP)	r_s	.54	-.25	.17	.36	.07	.19
	p	.009	.259	.451	.003	.592	.130
Saúde* (ISP)	r_s	.76	-.11	.46	.38	-.11	.15
	p	<.001	.632	.033	.002	.368	.239
Domínio pais (ISP)	r_s	.50	-.02	.36	.45	.05	.30
	p	.018	.940	.104	<.001	.676	.015
IST_Total	r_s	.61	-.36	.22	.43	-.03	.18
	p	.003	.105	.326	<.001	.816	.139
Stress da vida (ISP)	r_s	-.40	-.05	-.29	-.16	.09	-.01
	p	.063	.817	.193	.194	.453	.928
	n	22	22	22	66	66	66

A escala ISP (índice de *stress* parental) apresenta uma dimensão (subescala) designada Depressão, esta escala, apresenta uma correlação significativa ($p = .004$) e moderada com a ansiedade da escala HADS. Podemos afirmar que quanto maior for a pontuação na dimensão depressão do ISP, maior será a pontuação na escala de ansiedade e vice-versa. Contudo, esta conclusão anterior, não tem implícita uma relação de causalidade (causa-efeito), visto tratar-se de um coeficiente de correlação (ver tabela 27).

No grupo de pais de crianças com perturbação global, foi observada a correlação negativa entre a dimensão do ISP “relação marido mulher” e a “depressão” da escala HADS, ou seja, o facto do coeficiente ser negativo significa que valores elevados numa das escalas está associado a valores reduzidos na outra escala. Desta forma, podemos afirmar que os pais de crianças com perturbações globais que apresentam mais *stress* na relação marido mulher, tendem a apresentar menores valores na escala de depressão (ver tabela 27).

Foi observada correlação significativa entre a dimensão do ISP “*stress* com a saúde” e a pontuação na escala HADS total, o que prova que pais de crianças com perturbação global, que têm maior vulnerabilidade para desenvolver psicopatologia, tendem a sentir-se mais *stressados* com a própria saúde (ver tabela 27).

No grupo de crianças com perturbações globais, existe correlação significativa entre o domínio dos pais (ISP) e a ansiedade, desta forma, valores elevados neste domínio de *stress*, tendem a surgir a presença de valores altos de ansiedade (ver tabela 27).

Em geral, os pais de crianças com perturbações globais, revelam que os níveis de *stress* podem estar relacionados com a ansiedade (vice-versa), uma vez que o coeficiente de correlação é .61 com $p = .003$ (ver tabela 27).

Os pais de crianças com perturbações específicas, apresentaram coeficientes de correlação significativos, e todos positivos. Desta forma, este grupo de pais apresenta uma maior e mais frequente associação entre a ansiedade e as dimensões da escala ISP (ver tabela 26).

Apesar de na escala total (HADS) os coeficientes de correlação não se apresentarem significativos, existe correlação entre a AEG e a ansiedade (Hads) e depressão (Hads), em ambos os grupos e na amostra total (ver tabela 28).

Tabela 28.

Relação entre as dimensões da HADS e a autoeficácia

		Seguro			Inseguro		
		Ansiedade*	Depressão	HADS	Ansiedade*	Depressão	HADS
Autoeficácia	r_s	.58	-.28	.32	.43	-.17	.05
(AEG)	p	<.001	.086	.054	.002	.240	.715
	n	38	38	38	49	49	49

Na amostra não existe efeito de interação entre AEG (autoeficácia) e estilo de vinculação. Não existe interação da autoeficácia e o tipo de vínculo sobre a ansiedade ($F = 0.47$; $p = .536$), sendo a probabilidade de existir interação de 10.4% (ver tabela 29).

Tabela 29.

Efeitos de interação entre autoeficácia, estilo vinculação e HADS

	Fonte de variação	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Observed Power
Ansiedade *(HADS)	Estilo de vinculação	1.684	1	1.684	0.30	.587	.084
	AEG	120.692	1	120.692	21.30	<.001	.995
	Estilo de vinculação * AEG	2.682	1	2.682	0.47	.493	.104
Depressão (HADS)	Estilo de vinculação	1.513	1	1.513	0.39	.536	.094
	AEG	20.368	1	20.368	5.21	.025	.616
	Estilo de vinculação * AEG	0.718	1	0.718	0.18	.669	.071
HADS (Total)	Estilo de vinculação	14.964	1	14.964	1.40	.241	.215
	AEG	8.531	1	8.531	0.80	.375	.143
	Estilo de vinculação * AEG	13.719	1	13.719	1.28	.261	.201

Não existe interação da autoeficácia e o tipo de vínculo sobre a depressão pois $p = .669 > .05$, sendo a probabilidade de existir interação de 7.1%. Não existe interação da autoeficácia e o tipo de vínculo sobre a escala HADS, mas a probabilidade de existir essa interação é de 20.1%. A análise dos efeitos principais confirmam que o estilo de vínculo não afeta a presença de perturbação emocional (HADS) (ver tabela 29).

Os níveis de ansiedade e depressão variam significativamente com a autoeficácia, mas não com o estilo de vínculo. A pontuação na escala HADS não varia significativamente com tipo de vínculo nem com a AEG.

Os resultados advenientes da análise realizada, incluindo as dimensões da escala EVA, mostraram-se análogos (ver tabela 29).

Tabela 30.

Relação entre autoeficácia e dimensões do HADS

Autoeficácia (AEG)	r_s	Total		
		Ansiedade	Depressão	HADS
	r_s	.51**	-.23*	.14
	valor-p	<.001	.034	.194
	n	87	87	87

* $p < .050$; ** $p < .010$

Existe uma relação inversa entre a autoeficácia e a ansiedade e depressão pois os coeficientes de correlação são negativos. Por outro lado a correlação entre ansiedade e

autoeficácia está melhor definida pois o coeficiente é próximo de 0.6. A presença de perturbação emocional, em geral, não está relacionada com a autoeficácia (ver tabela 30).

Um outro objetivo do estudo foi o de avaliar a existência de uma correlação entre um determinado estilo de *coping* adotado e a existência de psicopatologia (ansiedade/depressão) (H7 / H8).

Com o objetivo de avaliar o efeito das estratégias de *coping* sobre a ansiedade, depressão e HADS total, recorreremos às denominadas árvores de decisão, com modelo de crescimento CRT que divide cada variável independente em dois grupos homogêneos. O modelo seguinte explica 46.6% da variância da ansiedade (ver figura 6, 7 e 8).

***Coping* e ansiedade**

Os níveis de ansiedade variam significativamente segundo níveis de “Procura de suporte social”, sendo o *cut off* valor de 3.357. Com isto, sabemos que o nível de ansiedade é significativamente diferente entre estes dois grupos. Pais com “procura de suporte social” abaixo do *cut off* (3.357), apresentam ansiedade média de 9.784 e os pais com *coping* acima do *cut off*, apresentam ansiedade média na ordem de 7,786, logo podemos afirmar que os pais que mais utilizam esta estratégia de *coping*, o nível de ansiedade é inferior (ver figura 6).

Continuando a análise das árvores, seguindo o ramo dos pais que utilizam menos a estratégia de “procura de suporte social”, a estratégia de “distanciamento” é a segunda mais importante e o *cut off* fixou-se nos 1.5. Desta forma, pais que utilizam menos a estratégia de “procura de suporte social”, e com menos “distanciamento”, tendem a apresentar menores níveis de ansiedade, por outro lado, se estes pais utilizarem pouco a estratégia de “procura de suporte social” e muito a estratégia de “distanciamento”, a ansiedade tenderá a aumentar. Assim, combinar a estratégia de pouca “procura de suporte social” com menos “distanciamento”, resulta em níveis de ansiedade semelhantes aos dos pais que procuram mais “suporte social”.

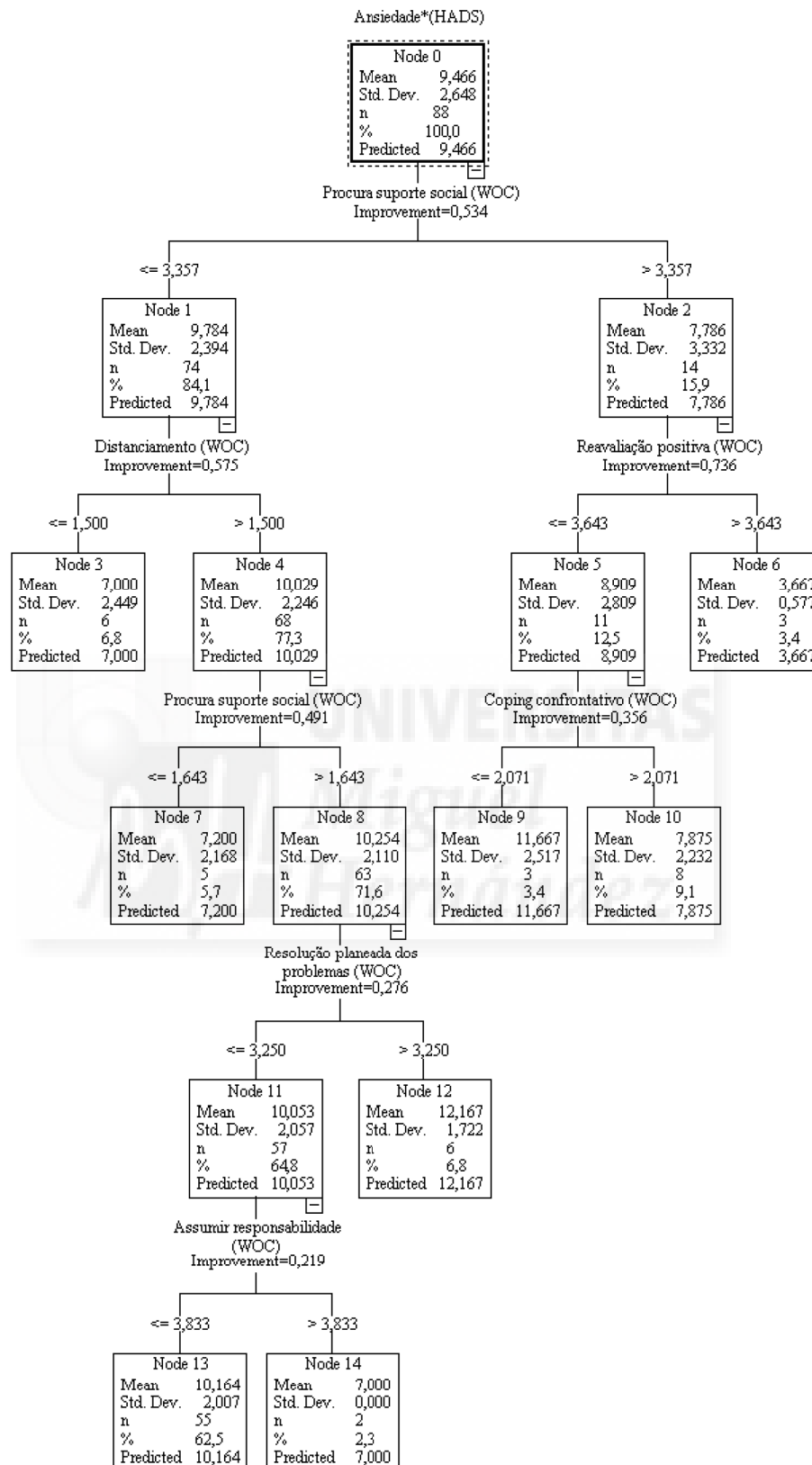


Figura 6. Árvore de decisão para determinar o efeito das estratégias de coping na ansiedade

Nos pais com pouca “procura de suporte social” (inferior a 3.357) e mais “distanciamento”, observam-se diferenças segundo a utilização da “procura de suporte social” com o *cut off* 1.643. Desta forma, pais com a estratégia de *coping* de “distanciamento” superior a 1.5 e “procura de suporte social” inferior a 1.643, apresentam um menor nível de ansiedade. Pais com um “distanciamento” superior a 1.5 e “procura de suporte social” entre 1.643 e 3.357, apresentam maior ansiedade. Neste grupo, quando a “resolução planeada nos problemas” é superior a 3.25, a ansiedade média aumenta para 12.167, um valor extremamente elevado, que revela o interesse em descobrir quais as estratégias de *coping* utilizadas pelos pais como forma de prevenir estados de ansiedade elevados que resultem na presença de perturbação emocional. Os pais que utilizam menos a “resolução planeada de problemas” e o “assumir responsabilidade”, apresentam níveis mais reduzidos de ansiedade.

Voltando ao ramo dos pais que mais procuram o “suporte social”, a estratégia “reavaliação positiva”, conduz a níveis baixos de ansiedade, e os pais com “reavaliação positiva” inferior a 3.643, não utilizam um *coping* “confrontativo”, aumentando a ansiedade de 8.909 para 11.667 (ver figura 6).

Coping e depressão

A árvore de decisão que explica a variação dos níveis de depressão a partir das estratégias de *coping*, explica 36.7% da variância da depressão (ver figura 7). Das estratégias de *coping*, a “Resolução planeada nos problemas” é a mais importante para explicar a variação da depressão. Pais que apresentam pontuação inferior ou igual a 2.25, têm maior pontuação na escala de depressão, (10.625) relativamente à percentagem observada nos pais que utilizam mais a “resolução planeada de problemas” (8.847).

Os pais que utilizam menos a estratégia “resolução planeada de problemas”, a utilização de estratégias de “fuga/evitamento” está associada a um maior nível de depressão.

Os pais que recorrem à estratégia “resolução planeada nos problemas” superior a 2.25, a “reavaliação positiva” cria três grupos homogêneos: pais com “reavaliação positiva” inferior a 1.929; pais com “reavaliação positiva” entre 1.929 e 3.643 e pais

com “reavaliação positiva” superior a 3.643. Desta forma, concluímos que quanto mais utilizada for esta estratégia, menor será o nível de depressão.

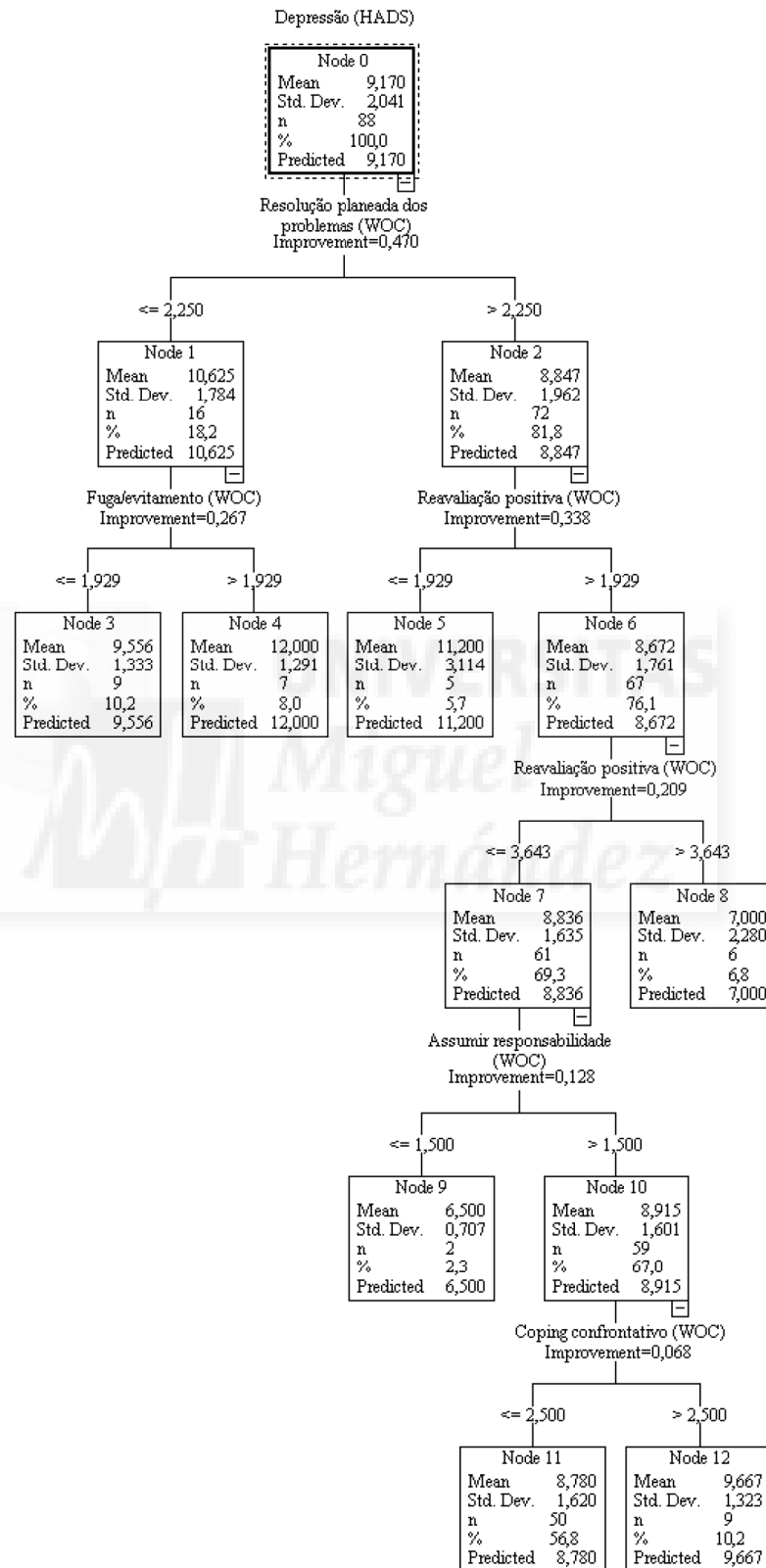


Figura 7. Árvore de decisão para determinar o efeito das estratégias de coping na depressão

Os pais com “resolução planeada” superior a 2.25, “reavaliação positiva” entre 1.929 e 3.463, apresentam depressão média, significativamente diferente consoante a estratégia “assumir responsabilidade”, em que, quanto mais a utilizam, maior a depressão, e esta aumenta mais ainda, quando utilizam mais a estratégia de “*coping* confrontativo”.

Tal como na ansiedade, a utilização de estratégias ativas, conduz a menores níveis de depressão, mesmo quando coexistem estratégias passivas.

***Coping* e HADS total**

O modelo que explica a variação do HADS total com o *coping*, permite explicar 26.4% da variância da HADS. A estratégia de *coping* “reavaliação positiva” é a variável mais importante neste grupo de variáveis. Os pais com “reavaliação positiva” inferior a 3.643, apresentam um maior nível de HADS total e ainda entre os mesmos, a estratégia “assumir responsabilidade”, resulta em menos pontuação média de HADS, sendo que, os que utilizam mais esta estratégia de “assumir responsabilidade”, apresentam menos valor no HADS (Ver figura 8).

Os pais que utilizam menos as estratégias “reavaliação positiva”, e “assumir responsabilidade”, apresentam um nível diferenciado de HADS segundo a “procura de suporte social”, uma vez que destes pais, os que mais procuram “suporte social” apresentam menos nível de HADS. A estratégia “assumir responsabilidade” cria grupos homogéneos de pais.

Salienta-se que, a reduzida percentagem da variância explicada nas árvores de decisão poderá ser provocada pelo efeito de outras variáveis não incluídas no modelo ou não incluídas no presente estudo, por este motivo, fomos determinar modelos que incluíssem os conjuntos de variáveis estudadas até aqui e que explicassem o efeito isolado e o efeito da sua interação sobre as dimensões da escala HADS.

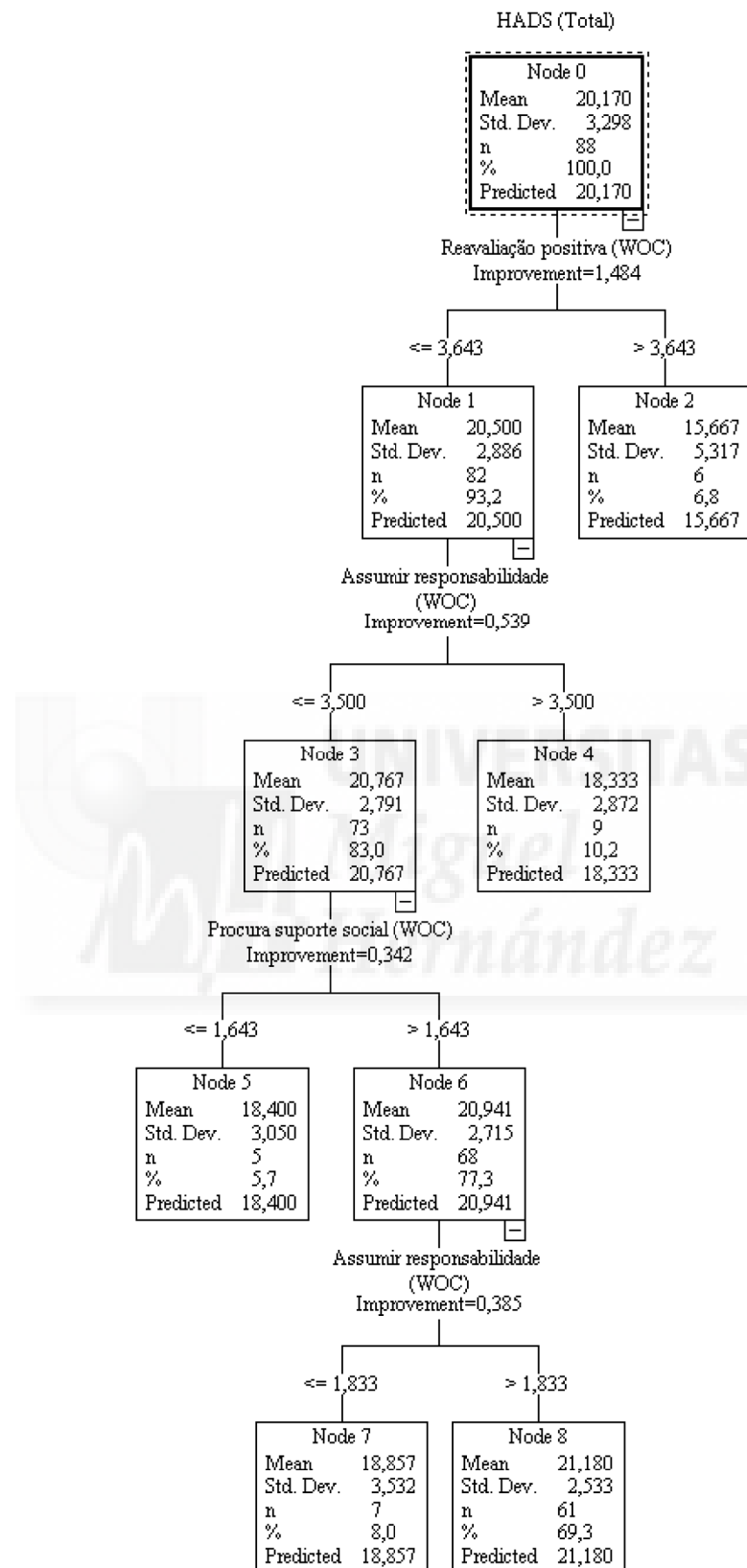


Figura 8. Árvore de decisão para determinar o efeito das estratégias de coping no HADS total

Também como objetivo, procurou-se avaliar o efeito de moderação da variável *coping*/afrentamento, face ao efeito das variáveis independentes na ansiedade e depressão (VD) (H14).

Efeito moderador da variável “*coping*/afrentamento”: Modelo de regressão com variáveis moderadoras

De seguida será descrito o efeito de moderação da variável *coping*/afrentamento e suas dimensões entre as variáveis independentes e a variável dependente (ansiedade/depressão e índice global de perturbação emocional-HADS total).

Ansiedade

O modelo sem interação mostra que o ISP 15 (*stress* parental-saúde) e o AEG (autoeficácia) influenciam da mesma forma os níveis de ansiedade, em geral valores elevados destas variáveis estão associados a valores superiores no nível de ansiedade. O modelo de previsão da ansiedade em que ISP 15 (*stress* parental-saúde) e AEG são predictoras, explica 25.9% da variabilidade da ansiedade. De realçar que não existe uma relação significativa entre as dimensões do *coping* e a ansiedade (tabela 31).

O *coping 1* (*coping* confrontativo) não exerce função moderadora, a inclusão desta variável no modelo não foi significativa, nem isoladamente nem como moderadora, entre as variáveis dependentes sobre a ansiedade.

O *coping 2* (*coping* de auto controlo) é uma variável moderadora, a sua inclusão no modelo melhora o coeficiente de determinação em 0.083, quer isto dizer que aumenta a percentagem da variabilidade explicada pelo modelo, e a sua inclusão é significativa ($F = 5.31$; $p = .007$). O coeficiente beta no ISP 15 (*stress* parental-saúde) do modelo sem moderação era de 0.3 e, ao incluirmos a interação, o beta diminuiu para 0.269. Por outro lado existe interação significativa entre o nível de perturbação e o *coping 2* (*coping* de auto controlo) que resulta em menor níveis de *stress*. Podemos afirmar que níveis elevados de ISP 15 (*stress* parental-saúde) associados a níveis elevados de *coping 2* (*coping* de auto controlo) resultam em níveis de ansiedade superiores. Ainda, o nível de perturbação (perturbações globais do desenvolvimento) associado ao *coping 2* (*coping* de auto controlo) alto, ou seja, quando esta estratégia é muito utilizada pelos participantes, estes tendem a ter mais ansiedade em oposição aos pais de crianças com perturbações específicas, que associado a uma fraca utilização

(baixo) do *coping 2* (*coping* de auto controlo), apresentam-se com níveis superiores de ansiedade (ver figura 9).

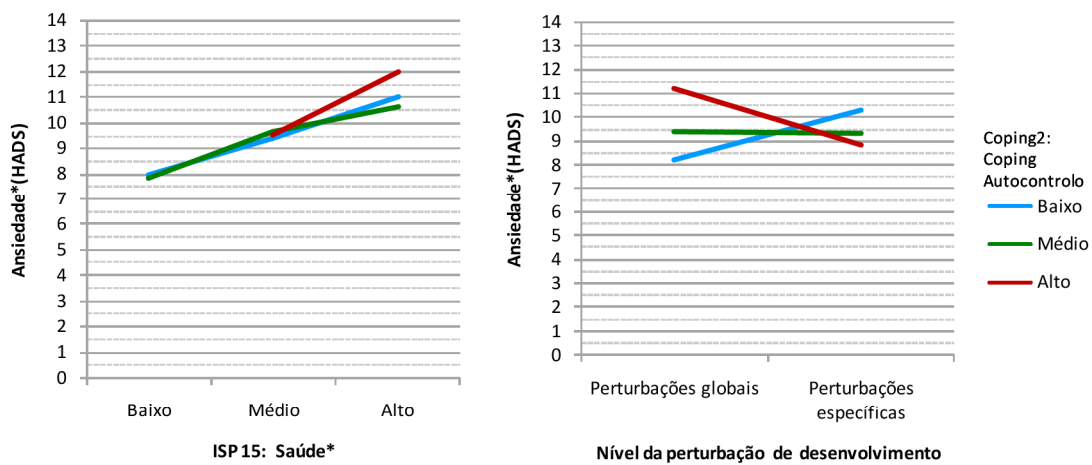


Figura 9. Gráficos de interação entre o *coping 2* (autocontrolo) e o índice de *stress* parental saúde e o nível de perturbação do desenvolvimento para variável dependente ansiedade

As interações entre *coping 3* (*coping* de procura de suporte social) e as variáveis independentes não são lineares mas sim quadráticas, isto é, o efeito nos extremos da variável independente (quer se apresente com valores muito baixos ou muito altos) são semelhantes e os valores centrais diferem desses extremos. Os modelos confirmam a relação de moderação do *coping 3* (*coping* de procura de suporte social) com o ISP 11 (*stress* parental-restrição do papel) e o ISP 18 (*stress* parental-*stress* de vida), pois estas variáveis independentes não eram significativas no modelo simples, dessa forma, pelo fato de estas variáveis não serem anteriormente significativas e passaram a sê-lo, fica confirmado o efeito de moderação. O coeficiente beta do modelo permite afirmar que a ansiedade aumenta na presença de valores extremos (muito alto ou muito baixos) de *coping 3* (*coping* de procura de suporte social) e ISP11 (*stress* parental-restrição do papel). Também se esperam níveis superiores de ansiedade aquando a associação entre os pais com valores médios (utilização moderada desta variável) de *coping 3* (*coping* de procura de suporte social) e ISP11 (*stress* parental-restrição do papel). Relativamente à interação entre *coping 3* (*coping* de procura de suporte social) e ISP 18 (*stress* parental-*stress* de vida), o coeficiente beta é negativo, pelo que, os valores extremos de ISP18 (*stress* parental-*stress* de vida) com valores elevados (uma grande utilização desta estratégia) de *coping 3* (*coping* de procura de suporte social) resultam em menores níveis de ansiedade (figura 10).

Tabela 31.

Efeito de moderação da variável coping/afrontamento e suas dimensões entre as variáveis independentes e a variável dependente Ansiedade

	Estimativas					Estatística				
	B	SE B	β	t	p	AR ²	ΔF	p	ΔR^2	D-W
Sem moderação do coping	Constante	9.435	.245	38.58	<.001	.259	15.999	<.001	.276	1.728
	ISP15	.791	.289	2.74	.008					
	AEG	.795	.290	2.74	.008					
Moderação coping 2	Constante	9.500	.234	40.53	<.001	.328	5.305	.007	.083	1.843
	ISP15	.795	.276	2.88	.005					
	AEG	.891	.281	3.17	.002					
	Coping2*ISP15	.624	.216	2.89	.005					
	Coping2*Niv.Pert	-.616	.295	-2.08	.040					
Moderação coping 3	Constante	9.523	.230	41.40	<.001	.351	6.970	.002	.105	1.484
	AEG	.599	.277	2.17	.033					
	ISP15	.467	.286	1.63	.107					
	Coping3 ² *ISP11	.487	.159	3.06	.003					
	Coping3 ² *ISP18	-.425	.152	-2.80	.006					
Moderação coping 4	Constante	9.736	.242	40.17	<.001	.355	7.271	.001	.109	1.843
	ISP15	.557	.276	2.02	.047					
	AEG	.893	.281	3.18	.002					
	Coping4*ISP15	1.188	.311	3.81	<.001					
	Coping4*AEG	-.602	.248	-2.42	.018					
Moderação coping 5	Constante	9.289	.238	39.08	<.001	.326	5.177	.008	.081	1.685
	AEG	.754	.287	2.62	.010					
	ISP15	.643	.279	2.30	.024					
	Coping5*ISP13	.623	.230	2.72	.008					
	Coping5*ISP18	-.271	.127	-2.13	.036					
Moderação coping 6	Constante	9.345	.244	38.34	<.001	.287	4.291	.041	.036	1.709
	ISP15	.876	.286	3.06	.003					
	AEG	.763	.285	2.67	.009					
	Coping6*ISP7	-.549	.265	-2.07	.041					

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>AR</i> ²	ΔF	<i>p</i>	ΔR ²	<i>D-W</i>
Moderação coping 7	Constante	9.388	.237	39,558	<.001	.306	6.710	.011	.054	1.860
	ISP15	.969	.288	3,368	.001					
	AEG	.787	.281	2,803	.006					
Moderação coping 8	Coping7 ² *ISP10	-.418	.161	-2,590	.011					
	Constante	9.386	.241	38,880	<.001	.284	4.031	.048	.034	1.682
	ISP15	.790	.284	2,786	.007					
	AEG	.636	.296	2,148	.035					
	Coping8 ² *ISP18	-.377	.188	-2,008	.048					

Nota. Coping 1-Coping confrontativo; Coping 2-Coping autocontrole; Coping 3-Procure suporte social; Coping 4-Assumir responsabilidade; Coping 5-Resolução planejada dos problemas; Coping 6-Distanciamento; Coping 7-Fuga/evitamento; Coping 8-Reavaliação positiva; Coping 9-Autonomia; Coping 10-Vinculação*; Coping 11-Restrição do Papel -; Coping 12-Relação Marido/Mulher; Coping 13-Saúde*; Coping 14-Resposta direta; Coping 15-Planejamento; Coping 16-Resposta direta; Coping 17-Planejamento; Coping 18-Planejamento; Coping 19-Planejamento; Coping 20-Planejamento; Coping 21-Planejamento; Coping 22-Planejamento; Coping 23-Planejamento; Coping 24-Planejamento; Coping 25-Planejamento; Coping 26-Planejamento; Coping 27-Planejamento; Coping 28-Planejamento; Coping 29-Planejamento; Coping 30-Planejamento; Coping 31-Planejamento; Coping 32-Planejamento; Coping 33-Planejamento; Coping 34-Planejamento; Coping 35-Planejamento; Coping 36-Planejamento; Coping 37-Planejamento; Coping 38-Planejamento; Coping 39-Planejamento; Coping 40-Planejamento; Coping 41-Planejamento; Coping 42-Planejamento; Coping 43-Planejamento; Coping 44-Planejamento; Coping 45-Planejamento; Coping 46-Planejamento; Coping 47-Planejamento; Coping 48-Planejamento; Coping 49-Planejamento; Coping 50-Planejamento; Coping 51-Planejamento; Coping 52-Planejamento; Coping 53-Planejamento; Coping 54-Planejamento; Coping 55-Planejamento; Coping 56-Planejamento; Coping 57-Planejamento; Coping 58-Planejamento; Coping 59-Planejamento; Coping 60-Planejamento; Coping 61-Planejamento; Coping 62-Planejamento; Coping 63-Planejamento; Coping 64-Planejamento; Coping 65-Planejamento; Coping 66-Planejamento; Coping 67-Planejamento; Coping 68-Planejamento; Coping 69-Planejamento; Coping 70-Planejamento; Coping 71-Planejamento; Coping 72-Planejamento; Coping 73-Planejamento; Coping 74-Planejamento; Coping 75-Planejamento; Coping 76-Planejamento; Coping 77-Planejamento; Coping 78-Planejamento; Coping 79-Planejamento; Coping 80-Planejamento; Coping 81-Planejamento; Coping 82-Planejamento; Coping 83-Planejamento; Coping 84-Planejamento; Coping 85-Planejamento; Coping 86-Planejamento; Coping 87-Planejamento; Coping 88-Planejamento; Coping 89-Planejamento; Coping 90-Planejamento; Coping 91-Planejamento; Coping 92-Planejamento; Coping 93-Planejamento; Coping 94-Planejamento; Coping 95-Planejamento; Coping 96-Planejamento; Coping 97-Planejamento; Coping 98-Planejamento; Coping 99-Planejamento; Coping 100-Planejamento.



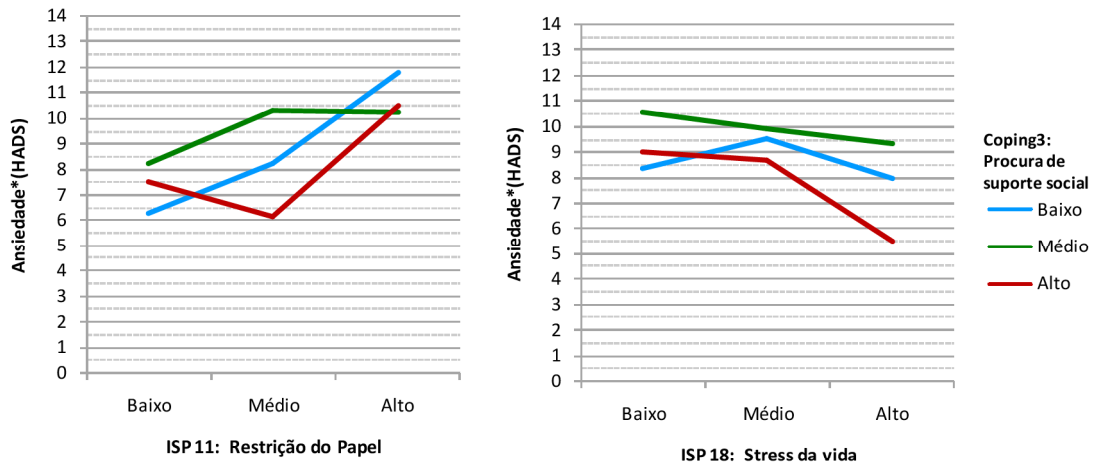


Figura 10. Gráficos de interação entre o coping 3 (procura de suporte social) e o índice de stress restrição do papel e stress da vida para variável dependente ansiedade

O **Coping 4** (*coping* de assumir responsabilidade) exerce uma relação completa de moderação, pois as variáveis ISP15 (*stress* parental-saúde) e AEG (autoeficácia) são significativas no modelo sem estas mesmas variáveis (moderadoras) e também significativas no modelo com variáveis moderadoras. O coeficiente beta para a interação entre *coping* 4 (*coping* de assumir responsabilidade) e ISP15 (*stress* parental-saúde) é 0.434, o que confirma, que pais que utilizam muito (níveis altos) a estratégia *coping*4 (*coping* de assumir responsabilidade), quando associado a um ISP15 (*stress* parental-saúde) alto, têm mais ansiedade. O gráfico mostra que pais com nível médio de *coping*4 (*coping* de assumir responsabilidade) associado a um ISP15 (*stress* parental-saúde) médio ou alto, apresentam maior ansiedade (ver figura 11)

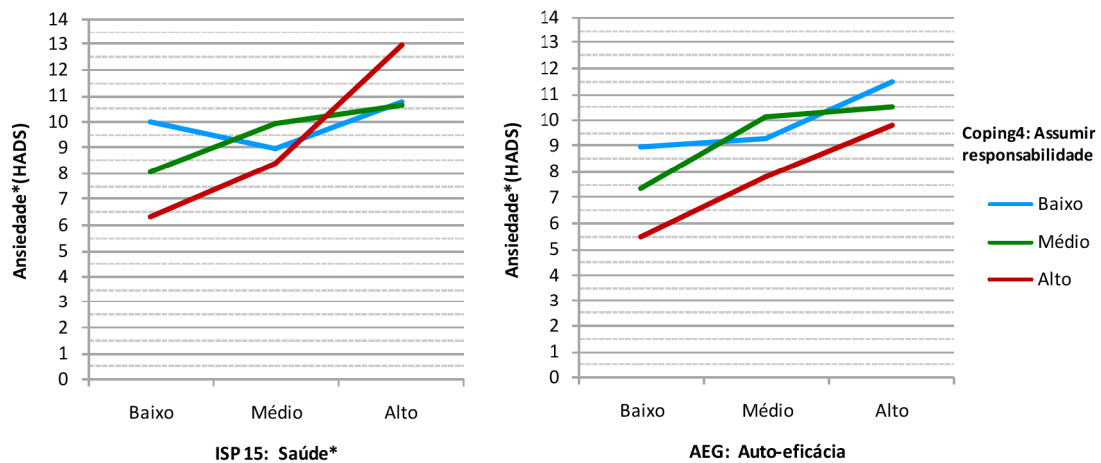


Figura 11. Gráficos de interação entre o *coping* 4 (assumir responsabilidade) e índice de *stress* saúde e autoeficácia para variável dependente ansiedade

O *coping*5 (*coping* de resolução planeada no problema) é moderadora quando relacionado com ISP13 (*stress* parental- relação marido/mulher) e com ISP18 (*stress* parental-*stress* de vida), ao incluir estas relações, o coeficiente de determinação melhorou 8.1% ficando o modelo a explicar 32.6% da variabilidade da ansiedade. O coeficiente beta do *coping* 5 (*coping* de resolução planeada no problema) com ISP 13 (*stress* parental- relação marido/mulher) é 0.246, como mostra o gráfico os pais que apresentam elevados níveis de ISP13 (*stress* parental- relação marido/mulher) e igualmente, elevados níveis de *coping* 5 (*coping* de resolução planeada no problema), tem mais ansiedade. Os pais que apresentam baixos níveis de ISP13 (*stress* parental- relação marido/mulher), associados a elevados níveis de utilização da estratégia *coping* 5 (*coping* de resolução planeada no problema), são menos ansiosos. Como o coeficiente beta do *coping* 5 (*coping* de resolução planeada no problema) com ISP18 (*stress* parental-*stress* de vida) é negativo, podemos então afirmar que, os pais mais ansiosos são os que têm baixos níveis de ISP18 (*stress* parental-*stress* de vida) e utilizam muito o *Coping* 5 (*coping* de resolução planeada no problema) (ver figura 12).

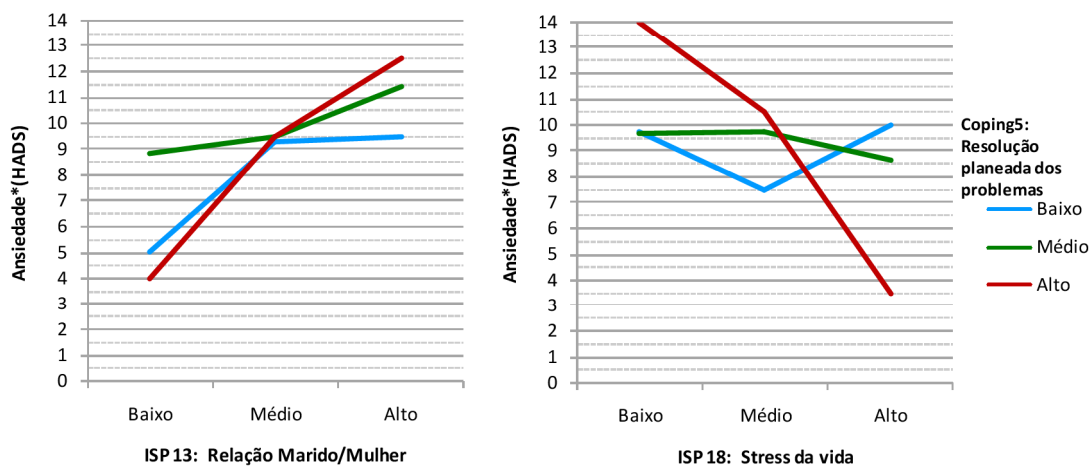


Figura 12. Gráficos das interações entre o coping 5 (resolução planeada dos problemas) e índice de stress na relação marido/mulher e stress da vida para a variável dependente ansiedade

O coping 6 (coping de distanciamento) exerce efeito moderador em relação ao ISP7 (stress parental- autonomia), melhorando 3.6% o coeficiente de determinação. Níveis baixos de ISP7 (stress parental- autonomia), e Coping 6 (coping de distanciamento), resultam em menores níveis de ansiedade, mas se ocorrem níveis médios de ISP7 (stress parental- autonomia), com baixos níveis de Coping 6 (coping de distanciamento) resultam valores superiores de ansiedade. A ansiedade tende a diminuir entre os pais com elevados níveis de coping 6 (coping de distanciamento) e ISP 7 (stress parental- autonomia), como sugere o coeficiente negativo do beta associado ao efeito de interação do ISP7 (stress parental- autonomia), e coping 6 (coping de distanciamento) sobre a ansiedade (ver figura 13).

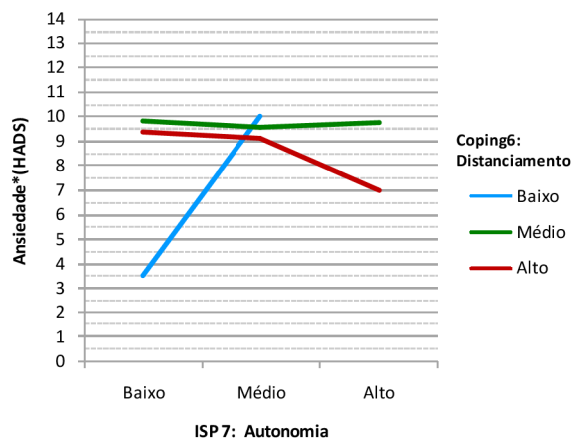


Figura 13. Gráficos das interações entre o coping 6 (distanciamento) e índice de stress na autonomia para a variável dependente ansiedade

O coping 7 (coping de fuga/evitamento) tem um efeito de moderação quadrático com o ISP10 (stress parental- vinculação), ou seja, valores extremos (muito altos ou muito baixos), apresentam comportamentos semelhantes. Ao incluir este efeito no modelo, o coeficiente de determinação melhorou 5,6%. Níveis superiores de ansiedade estão associados a pais que utilizam muito (níveis altos) o coping 7 (coping de fuga/evitamento), associado a um baixo ISP 10 (stress parental- vinculação). Níveis baixos de ansiedade são observados nos pais que utilizam pouco o coping 7 (coping de fuga/evitamento), associado a elevados níveis de ISP10 (stress parental- vinculação) (ver figura 14).

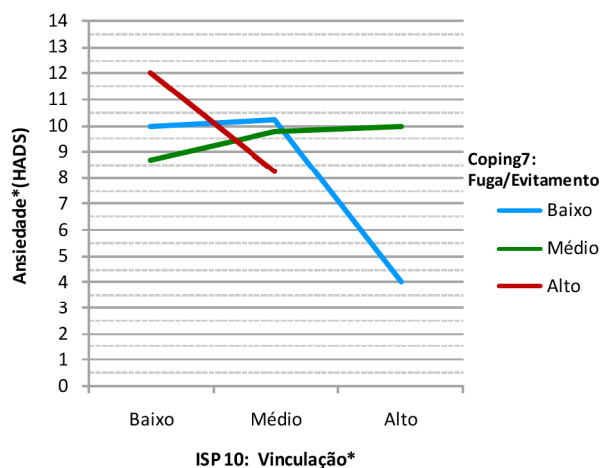


Figura 14. Gráficos das interações entre o coping 7 (fuga/evitamento) e índice de stress na vinculação para a variável dependente ansiedade

O modelo que inclui *coping 8* (*coping* de reavaliação positiva) como moderadora identifica que este efeito é quadrático. O modelo explica 28,4% da variabilidade dos dados, e ao incluir a relação de moderação, o modelo passou a explicar mais 3,4% da variabilidade da ansiedade. O coeficiente beta da relação de moderação é negativo, desta forma podemos afirmar que os pais de crianças que apresentam níveis baixos de utilização do baixo *coping 8* (*coping* de reavaliação positiva), associado a elevados níveis de ISP18 (*stress* parental- *stress* de vida), têm mais ansiedade e *stress* (*distress*). Pais de crianças com grande utilização das estratégias *coping8* (*coping* de reavaliação positiva) e valores extremos (muito alto ou muito baixo) de ISP 18 (*stress* parental- *stress* de vida) apresentam menor ansiedade (ver figura 15).

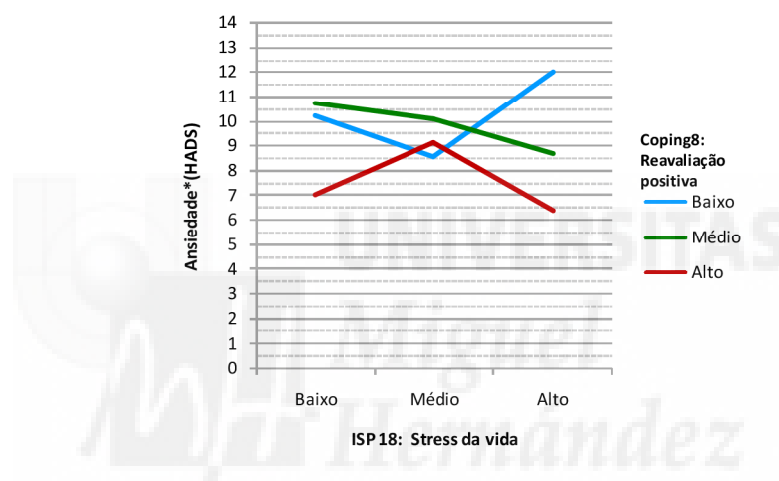


Figura 15. Gráficos das interações entre o *coping 8* (reavaliação positiva) e índice de *stress* da vida para a variável dependente ansiedade

Depressão

Os níveis de depressão podem ser explicados diretamente pelos valores no ISP7 (*stress* parental- autonomia), AEG (autoeficácia), ISP2 (*stress* parental- reforço aos pais) e ISP10 (*stress* parental- vinculação), este modelo explica 26.8% da variação da depressão. O aumento de uma unidade no ISP7 (*stress* parental- autonomia), provoca um aumento de 0.714 na escala da depressão, mantendo todo resto constante e ainda, o aumento de uma unidade no ISP2 (*stress* parental- reforço aos pais), provoca um aumento médio de 0.45 na escala da depressão. Já o aumento da AEG (autoeficácia) e do ISP10 (*stress* parental- vinculação), provoca uma redução na escala da depressão (0.523 e 0.804) (ver tabela 32).

Tabela 32.

Efeito de moderação da variável coping/difrontamento e suas dimensões entre as variáveis independentes e a variável dependente depressão

	Estimativas			Δ R ²			Δ Estatísticas			D-W
	B	SE B	β	t	p	ΔF	p	ΔR ²		
Sem moderação do coping										
Constante	9.139	.186		49.07	.000	2.68	.000	8.86	.302	2.304
ISP7	.714	.196	.354	3.64	.000					
AEg	-.523	.192	-.258	-2.73	.008					
ISP2	.450	.198	.222	2.27	.026					
ISP10	-.804	.202	-.398	-3.99	.000					
Moderação coping 2										
Constante	9.064	.179		50.51	.000	.346	.000	5.92	.090	2.291
ISP7	.818	.190	.405	4.30	.000					
AEg	-.673	.201	-.332	-3.34	.001					
ISP2	.361	.189	.178	1.91	.060					
ISP10	-.810	.196	-.401	-4.14	.000					
Coping2*ISP15	.374	.111	.409	3.37	.001					
Coping2*ISP13	-.285	.115	-.298	-2.48	.015					
Moderação coping 3										
Constante	9.174	.178		51.57	.000	.337	.000	5.26	.081	2.465
ISP7	.458	.227	.227	2.01	.047					
AEg	-.580	.185	-.286	-3.13	.002					
ISP2	.447	.191	.220	2.34	.022					
ISP10	-.739	.193	-.366	-3.82	.000					
Coping3*ISP5	.548	.189	.270	2.90	.005					
Coping3*ISP7	.339	.160	.242	2.12	.037					
Moderação coping 4										
Constante	9.186	.174		52.74	.000	.392	.000	6.60	.140	2.123
ISP7	.821	.181	.406	4.53	.000					
AEg	-.751	.185	-.370	-4.05	.000					
ISP2	.471	.181	.232	2.60	.011					
ISP10	-.778	.186	-.385	-4.18	.000					
Coping4*Vinculo	-.685	.237	-.250	-2.89	.005					
Coping4*ISP5	1.055	.295	.451	3.58	.001					
Coping4*ISP8	-.696	.260	-.344	-2.68	.009					

	B	SE B	β	t	p	ΔR^2	ΔF	p	ΔR^2	D-W
Sem moderação do coping										
Constante	9.147	.182		50.34	.000	.303	8.48	.000	.344	
Coping 5	-.470	.207	-.228	-2.27	.026					
ISP10	-.762	.198	-.377	-3.86	.000					
ISP7	.565	.202	.280	2.79	.007					
ISP2	.538	.197	.265	2.73	.008					
AEG	-.406	.194	-.200	-2.09	.039					
Moderação coping 5										
Constante	9.082	.181		50.28	.000	.332	4.44	.038	.035	2.240
Coping 5	-.524	.204	-.255	-2.57	.012					
ISP10	-.702	.195	-.348	-3.59	.001					
ISP7	.585	.198	.289	2.95	.004					
ISP2	.482	.195	.237	2.47	.016					
AEG	-.356	.192	-.175	-1.86	.067					
Coping5*ISP14	.320	.152	.193	2.11	.038					
Moderação linear coping 6										
Constante	9.114	.179		50.88	.000	.342	5.64	.005	.086	
ISP7	.667	.186	.330	3.58	.001					
AEG	-.475	.183	-.234	-2.60	.011					
ISP2	.437	.191	.215	2.29	.025					
ISP10	-.749	.193	-.370	-3.87	.000					
Coping6*ISP14	.746	.244	.309	3.06	.003					
Coping6*ISP1	-.680	.257	-.265	-2.64	.010					
Moderação quadrática coping 6										
Constante	9.076	.174		52.14	.000	.383	6.36	.014	.046	2.016
ISP7	.672	.181	.333	3.72	.000					
AEG	-.510	.177	-.251	-2.87	.005					
ISP2	.385	.186	.189	2.07	.042					
ISP10	-.844	.191	-.418	-4.42	.000					
Coping6*ISP14	.678	.238	.281	2.85	.006					
Coping6*ISP1	-.663	.249	-.258	-2.66	.009					
Coping6 ² *ISP6	.376	.149	.224	2.52	.014					
Moderação coping 7										
Constante	9.112	.181		50.27	.000	.309	5.88	.018	.047	2.180
ISP7	.661	.192	.327	3.45	.001					
AEG	-.661	.195	-.326	-3.39	.001					
ISP2	.434	.193	.213	2.25	.027					
ISP10	-.861	.197	-.426	-4.37	.000					
Coping7 ² *ISP11	.270	.111	.235	2.42	.018					

	B	SE B	β	t	p	ΔR^2	ΔF	p	ΔR^2	D-W
Moderação coping 8										
Constante	9,073	.177		51,33	.000	.348	6,05	.004	.092	2,198
ISP7	.614	.189	.304	3,26	.002					
AEG	-.461	.183	-.227	-2,51	.014					
ISP2	.600	.192	.295	3,13	.002					
ISP10	-.704	.192	-.349	-3,66	.000					
Coping8*Vinculo	-1,148	.331	-.429	-3,47	.001					
Coping8*Niv.Pert.	.609	.288	.251	2,11	.038					

Nota. Coping 1-Coping confrontativo ; Coping 2-Coping autocontrole ; Coping 3-Procura suporte social; Coping 4-Assumir responsabilidade ; Coping 5-Resolução planejada dos problemas ; Coping 6-Distanciamento; Coping 7-Fuga/evitamento; Coping 8-Reavaliação positiva; ISP1- Distração/ Hiperatividade*;ISP2- Reforço aos Pais*;ISP5- Maleabilidade de Adaptação; ISP6- Exigência*;ISP7- Autonomia; ISP8-Domínio crianças;ISP10- Vinculação*; ISP11 Restrição do Papel; ISP13 -Relação Marido/Mulher -;ISP14-Isolamento Social;-ISP15- Saúde*; Vínculo- Estilo de vínculo (Seguro/Inseguro); AEG-Autoeficácia; Niv,Perturbação (Global/Específica).

O *coping 1* (*coping* confrontativo) não exerce papel de moderador sobre a depressão, ou seja, este tipo de estratégias quando utilizadas pelos pais, não alteram o impacto que as variáveis independentes podem ter na depressão.

Ao modelo sem interação, acrescentamos o *coping 2* (*coping* de autocontrolo) como variável moderadora, e desta forma, esta relação aumentou para 34.6% a percentagem da variação da depressão explicada pelo modelo, ou seja, um aumento de 9%. O nível médio de depressão aumenta 0.818 se o ISP7 (*stress* parental- autonomia) aumentar uma unidade e aumenta 0.361 se o ISP2 (*stress* parental- reforço aos pais) aumentar também uma unidade. Por outro lado e tal como no modelo sem moderação, o aumento de uma unidade no AEG (autoeficácia) e no ISP10 (*stress* parental- vinculação) provocam respetivamente reduções nos níveis médios de depressão de 0.673 e 0.810 respetivamente. O efeito moderador do *coping 2* (*coping* de autocontrolo) é de segunda ordem com o ISP13 (*stress* parental- relação marido/mulher) e com o ISP 15 (*stress* parental- saúde), desta forma, podemos afirmar que: a elevados níveis de depressão, estão associados níveis baixos de ISP 13 (*stress* parental- relação marido/mulher) e níveis altos (grande utilização destas estratégias) de *coping 2* (*coping* de autocontrolo) Por outro lado, valores elevados de ISP 13 (*stress* parental- relação marido/mulher) e valores extremos (baixos ou elevados) de *coping 2* (*coping* de autocontrolo), correspondem a um nível de depressão inferior ao observado entre os pais com níveis médios de *coping 2* (*coping* de autocontrolo). O *coping 2* (*coping* de autocontrolo) também influencia significativamente a relação entre o ISP 15 (*stress* parental- saúde) e a depressão, desta forma, níveis elevados de *coping2* (*coping* de autocontrolo) quando associados a níveis elevados de ISP 15 (*stress* parental- saúde) resultam em valores superiores da depressão (ver figura 16).

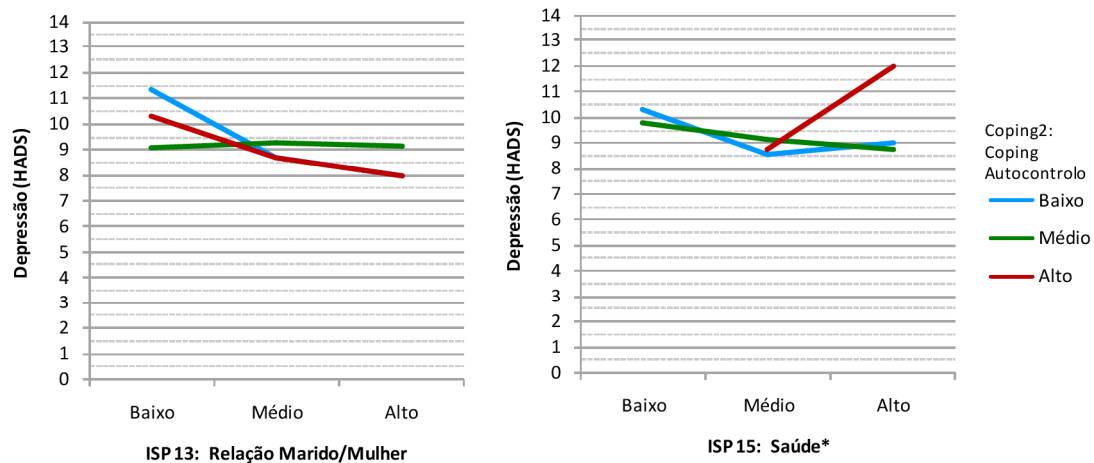


Figura 16. Gráficos das interações entre o *coping 2* (autocontrolo) e índice de *stress* da relação marido/mulher e saúde para a variável dependente depressão

O modelo quando inclui o *coping 3* (*coping* de procura de suporte social) como variável moderadora, mostra que valores baixos de *coping 3* (*coping* de procura de suporte social), associados a valores médios de ISP5 (*stress* parental- maleabilidade de adaptação) tendem a aumentar a depressão. Elevados níveis de *coping 3* (*coping* de procura de suporte social) associados a um aumento do ISP5 (*stress* parental- maleabilidade de adaptação), provoca igualmente uma elevação da depressão. Elevados níveis de *coping3* (*coping* de procura de suporte social) provocam aumentos da depressão quando associados a níveis altos de ISP7 (*stress* parental- autonomia). Por outro lado valores extremos (muito elevados ou muitos baixos) de *coping 3* (*coping* de procura de suporte social) e ISP 7 (*stress* parental- autonomia) estão associados a níveis inferiores de depressão (ver figura 17).

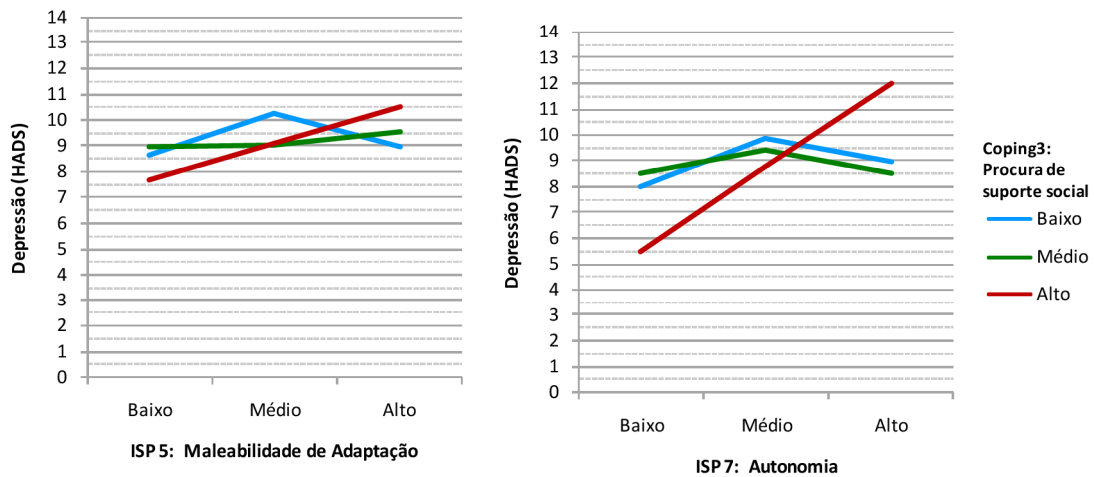


Figura 17. Gráficos das interações entre o *coping* 3 (procura de suporte social) e índice de *stress* na maleabilidade de adaptação e autonomia para a variável dependente depressão

O *coping* 4 (*coping* de assumir a responsabilidade) é uma variável moderadora da depressão em interação com as variáveis: ISP 5 (*stress* parental- maleabilidade de adaptação), ISP 8 (*stress* parental- domínio da crianças) e o estilo de vínculo. Pais que utilizam muito as estratégias (nível alto) *coping* 4 (*coping* de assumir a responsabilidade) em associação a elevados níveis de ISP 5 (*stress* parental- maleabilidade de adaptação) resultam no aumento da depressão. Já níveis Baixo e médio do ISP5 (*stress* parental- maleabilidade de adaptação) são protetores da depressão quando associados a níveis elevados de *coping* 4 (*coping* de assumir a responsabilidade). Os pais que apresentam um estilo de vínculo inseguro, face à presença de elevados níveis de *coping* 4 (*coping* de assumir a responsabilidade), apresentam níveis baixos de depressão (ver figura 18).

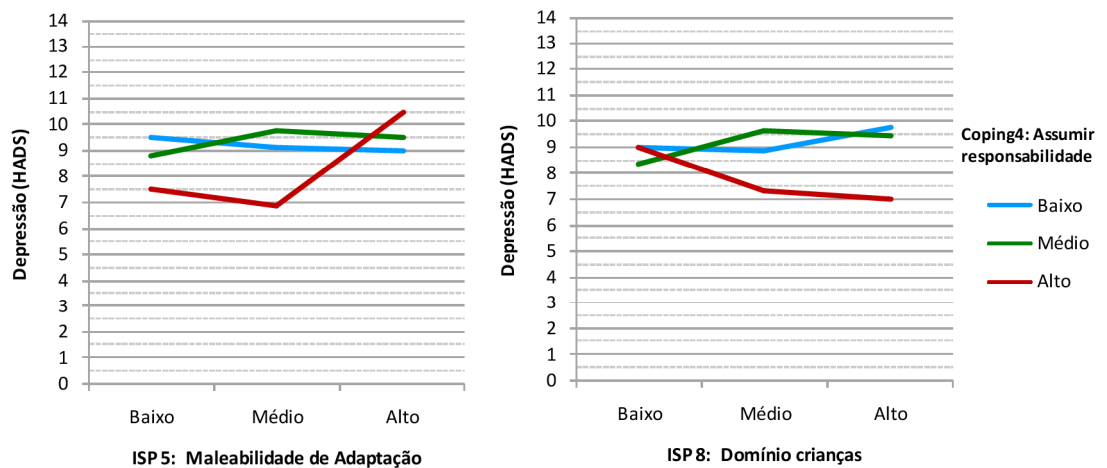


Figura 18. Gráficos das interações entre o coping 4 (assumir responsabilidade) e índice de stress na maleabilidade de adaptação e no domínio crianças para a variável dependente depressão

O coping 5 (coping de resolução planeada no problema) também se constitui variável moderadora do ISP 14 (stress parental- isolamento social), isto porque, níveis elevados de coping 5 (coping de resolução planeada no problema) associados a valores baixos de ISP 14 (stress parental- isolamento social) resultam em valores baixos de depressão. E à medida que aumenta o ISP 14 (stress parental- isolamento social), a depressão aumenta. Por outro lado, a níveis baixos ou médios de coping 5 (coping de resolução planeada no problema) corresponde a uma diminuição da depressão, associado ao aumento do ISP 14 (stress parental- isolamento social) (ver figura 19).

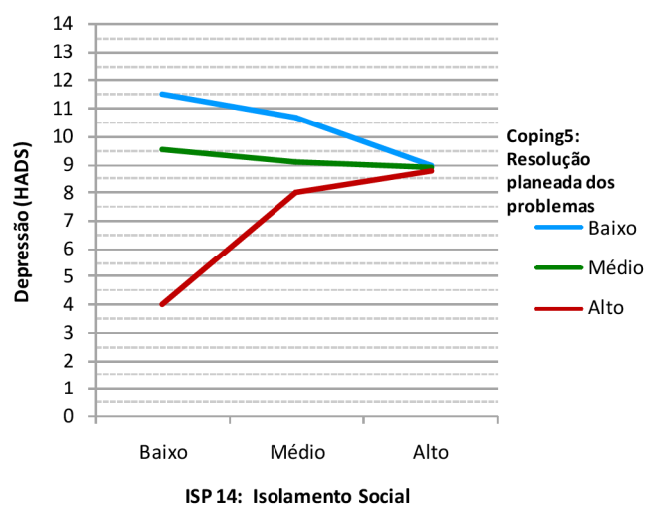


Figura 19. Gráfico da interação entre o coping 5 (resolução planeadas dos problemas) e o índice de stress isolamento social para a variável dependente depressão

O *coping* 6 (*coping* de distanciamento) é uma variável moderadora do ISP1 (*stress* parental- distração/hiperatividade) e ISP14 (*stress* parental- isolamento social). Podemos afirmar que os sujeitos que apresentam um predomínio no recurso às estratégias de *coping* 6 (*coping* de distanciamento), associados a níveis médios do ISP 1 (*stress* parental- distração/hiperatividade), os níveis de depressão são superiores aos observados entre sujeitos com níveis extremos (baixos ou altos) de ISP1 (*stress* parental- distração/hiperatividade). A níveis baixos e médios de *coping* 6 (*coping* de distanciamento), está associado um aumento da depressão, quando o ISP 1 (*stress* parental- distração/hiperatividade) aumenta. Níveis médios de *coping* 6 (*coping* de distanciamento) associados a níveis baixos de ISP14 (*stress* parental- isolamento social) resultam em valores superiores de depressão, o que, por outro lado, a níveis altos de *coping* 6 (*coping* de distanciamento) corresponde um aumento da depressão à medida que aumenta o ISP 14 (*stress* parental- isolamento social) (ver figura 20).

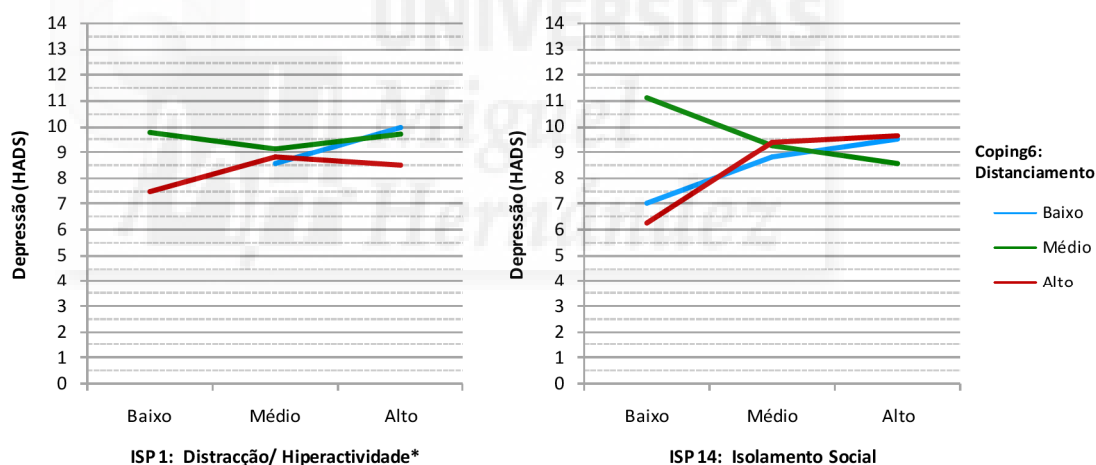


Figura 20. Gráficos das interações entre o *coping* 6 (distanciamento) e os índices de *stress* distração/hiperatividade e isolamento social para a variável dependente depressão

Só se verifica o efeito de moderação entre o *coping* 7 (*coping* de fuga/evitamento), e o ISP 11 (*stress* parental-restrição do papel). Quando o ISP11 (*stress* parental-restrição do papel) aumenta, a depressão também aumenta, isto no que concerne a valores de *coping* 7 (*coping* de fuga/evitamento) alto ou baixo. Por outro lado, quando os sujeitos apresentam níveis médios de *coping* 7 (*coping* de fuga/evitamento) e baixos de ISP11 (*stress* parental- autonomia), esta combinação resulta num aumento da depressão. Também a níveis médios de *coping* 7 (*coping* de

fuga/evitamento), observa-se que, à medida que aumenta o ISP11 (*stress* parental-restrição do papel) a depressão diminui (ver figura 21).

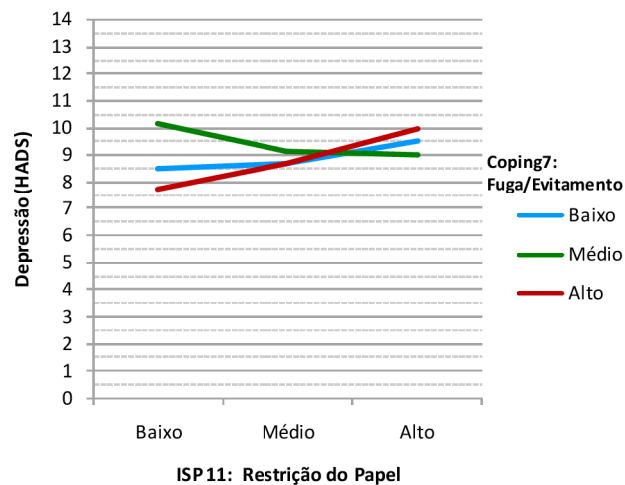


Figura 21. Gráfico da interação entre o *coping* 7 (fuga/evitamento) e o índice de *stress* restrição do papel para a variável dependente depressão

O *coping* 8 (*coping* de reavaliação positiva) é moderador com o nível de perturbação e com os estilos de vinculação. Em pais de crianças com perturbações globais do desenvolvimento, a níveis altos de *coping* 8 (*coping* de reavaliação positiva) resultam menores níveis de depressão, e à medida que aumenta o *coping* 8 também se verifica um aumento da depressão. Por outro lado, pais de crianças com perturbações específicas no desenvolvimento, os valores da depressão convergem, independentemente do nível do *coping* 8 (*coping* de reavaliação positiva). No que toca ao estilo de vinculação insegura, a elevados níveis de *coping*8 (*coping* de reavaliação positiva) está relacionado níveis de depressão inferiores, e à medida que diminui o *coping* 8 (*coping* de reavaliação positiva) aumenta o nível de depressão. Em relação aos pais com estilo de vinculação seguro, apenas poderemos afirmar que, níveis baixos de *coping* 8 (*coping* de reavaliação positiva) poderão ser um fator de proteção para a depressão (ver figura 22).

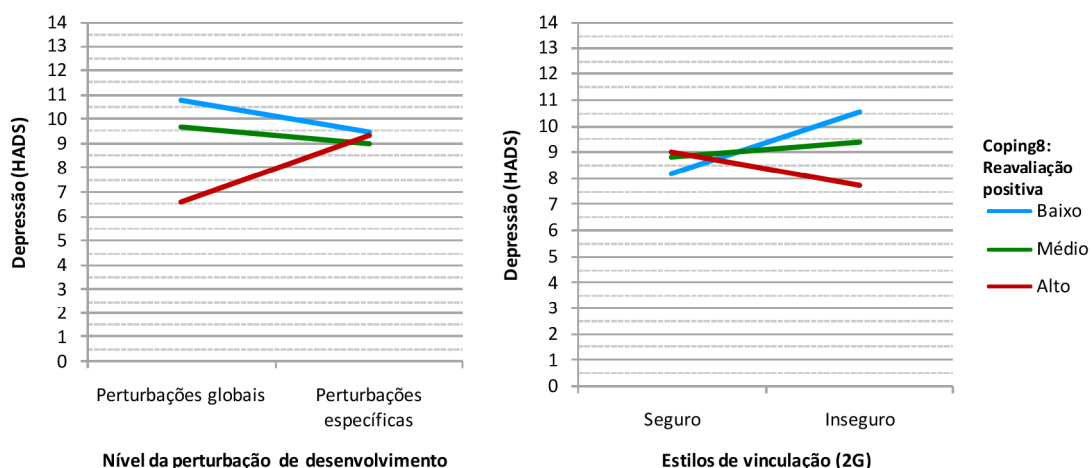


Figura 22. Gráficos das interações entre o *coping* 8 (reavaliação positiva) e o nível da perturbação de desenvolvimento e estilos de vinculação (2G) para a variável dependente depressão

Hads (total)-Índice de perturbação emocional ou *distress*

No modelo sem a inclusão do *coping* como variável moderadora, as dimensões ISP8 (*stress* parental - domínio das crianças), ISP10 (*stress* parental - vinculação), ISP11 (*stress* parental - restrição do papel) e ISP18 (*stress* parental - *stress* de vida), contribuem para explicar 20.8% da variação da HADS. Deste conjunto de variáveis independentes a ISP10 (*stress* parental - vinculação) é a que mais efeito tem sobre a HADS, pois apresenta maior coeficiente beta (-0.418).

Os dados permitem afirmar que existe moderação do *coping*, pois quando incluídas as dimensões desta escala, as interações são significativas. Do conjunto de 8 dimensões do *coping*, é possível afirmar que existe efeito moderador das dimensões *coping* 1 (*coping* confrontativo), *coping* 2 (*coping* de auto controlo), *coping* 3 (*coping* de procura de suporte social), *coping* 4 (*coping* de assumir a responsabilidade), *coping* 5 (*coping* de resolução planeada no problema) e *coping* 8 (*coping* de reavaliação positiva). (ver tabela 33).

Tabela 33.

Efeito de moderação da variável coping/difrontamento e suas dimensões entre as variáveis independentes e a variável dependente índice total de perturbação emocional

	Estimativas					Δ Estatísticas				
	B	SE B	β	t	P	ΔR ²	ΔF	P	ΔR ²	D-W
Sem moderação do coping										
Constante	20.170	.313		64.46	.000	.208	6.71	.000	.244	1.728
ISP8	.890	.374	.270	2.38	.019					
ISP10	-1.379	.358	-.418	-3.85	.000					
ISP11	.913	.388	.277	2.36	.021					
ISP18	-.558	.328	-.169	-1.70	.093					
Moderação coping 1										
Constante	20.240	.303		66.88	.000	.265	4.22	.018	.071	2.083
ISP8	.857	.361	.260	2.38	.020					
ISP10	-1.672	.360	-.507	-4.65	.000					
ISP11	.950	.376	.288	2.53	.013					
ISP18	-.678	.319	-.205	-2.12	.037					
Coping1*ISP10	-1.077	.379	-.334	-2.85	.006					
Coping1*ISP15	.674	.315	.245	2.14	.036					
Moderação coping 2										
Constante	20.240	.295		68.54	.000	.298	11.63	.001	.094	2.061
ISP8	.977	.353	.296	2.77	.007					
ISP10	-1.439	.338	-.436	-4.26	.000					
ISP11	.982	.366	.298	2.69	.009					
ISP18	-.476	.310	-.144	-1.54	.128					
Coping2*ISP18	-.944	.277	-.309	-3.41	.001					
Moderação coping 3										
Constante	20.321	.293		69.36	.000	.322	5.66	.001	.132	2.109
ISP8	.675	.351	.205	1.92	.058					
ISP10	-1.413	.341	-.428	-4.14	.000					
ISP11	.976	.362	.296	2.70	.009					
ISP18	-.781	.310	-.237	-2.52	.014					
Coping3*ISP7	.607	.338	.170	1.780	.076					
Coping3*ISP10	-.909	.289	-.325	-3.14	.002					
Coping3*ISP14	1.096	.317	.341	3.46	.001					

	B	SE B	β	t	p	ΔR^2	ΔF	p	ΔR^2	D-W
Moderação coping 4										
Constante	20.497	.317		64.62	.000	.278	5.03	.009	.083	
ISP8	.895	.357	.271	2.51	.014					
ISP10	-1.159	.350	-.351	-3.31	.001					
ISP11	.777	.377	.236	2.06	.042					
ISP18	-.449	.319	-.136	-1.40	.164					
Coping4*ISP15	.808	.316	.236	2.56	.012					
Coping4*Vinculo	-.896	.427	-.200	-2.10	.039					
Constante	20.591	.314		65.62	.000	.307	4.45	.038	.035	2.069
ISP8	.960	.351	.291	2.74	.008					
ISP10	-.691	.408	-.210	-1.70	.094					
ISP11	.744	.370	.225	2.01	.048					
ISP18	-.414	.313	-.125	-1.32	.190					
Coping4*ISP15	.632	.321	.184	1.97	.052					
Coping4*Vinculo	-.910	.418	-.203	-2.17	.033					
Coping4 ² *ISP10	-.524	.248	-.246	-2.11	.038					
Constante	20.154	.286		70.49	.000	.339	11.87	.001	.090	2.024
ISP8	.679	.346	.206	1.96	.053					
ISP10	-1.398	.328	-.424	-4.26	.000					
ISP11	1.317	.367	.399	3.59	.001					
ISP18	-.774	.304	-.235	-2.54	.013					
Coping5	-.944	.299	-.286	-3.15	.002					
Coping5*ISP18	-.913	.265	-.313	-3.45	.001					
Constante	20.176	.281		71.88	.000	.379	12.47	.000	.178	2.032
ISP8	.686	.334	.208	2.06	.043					
ISP10	-1.382	.321	-.419	-4.31	.000					
ISP11	1.358	.355	.412	3.82	.000					
ISP18	-.542	.291	-.164	-1.87	.066					
Coping8*Vinculo	-1.220	.370	-.286	-3.30	.001					
Coping8*ISP18	-.999	.278	-.313	-3.60	.001					

Nota. Coping 1-Coping confrontativo; Coping 2-Coping autocontrole; Coping 3-Procura suporte social; Coping 4-Assumir responsabilidade; Coping 5-Resolução planejada dos problemas; Coping 6-Distanciamento; Coping 7-Fuga/evitamento; Coping 8-Reavaliação positiva; ISP8-Domínio crianças;ISP10- Vinculação*; ISP11, Restrição do Papel; ISP15- Saúde*;*ISP18-Stress* de vida Vinculo- Estilo de vínculo (Seguro/Inseguro)

O *coping 1* (*coping* confrontativo) não é uma variável significativa no modelo sem interação, mas quando se inclui a interação (como variável moderadora) com as dimensões ISP10 (*stress* parental - vinculação) e ISP15 (*stress* parental – saúde), o *coping* provoca diferenças no HADS. Os participantes que utilizam muito (elevado) as estratégias *coping1* (*coping* confrontativo), associado a um nível baixo do ISP10 (*stress* parental – vinculação), apresentam HADS com níveis elevados, valor este, que se apresenta mais baixo, relativamente aos sujeitos com ISP10 (*stress* parental - vinculação) médio. Pais com níveis medianos de *coping 1* (*coping* confrontativo) apresentam uma diminuição dos níveis de HADS, quando os níveis de ISP10 (*stress* parental - vinculação) aumentam. Observam-se níveis superiores de HADS, nos participantes que apresentam elevada incidência (alto) de *coping 1* (*coping* confrontativo) e níveis altos de ISP15 (*stress* parental – saúde) (ver figura 23).

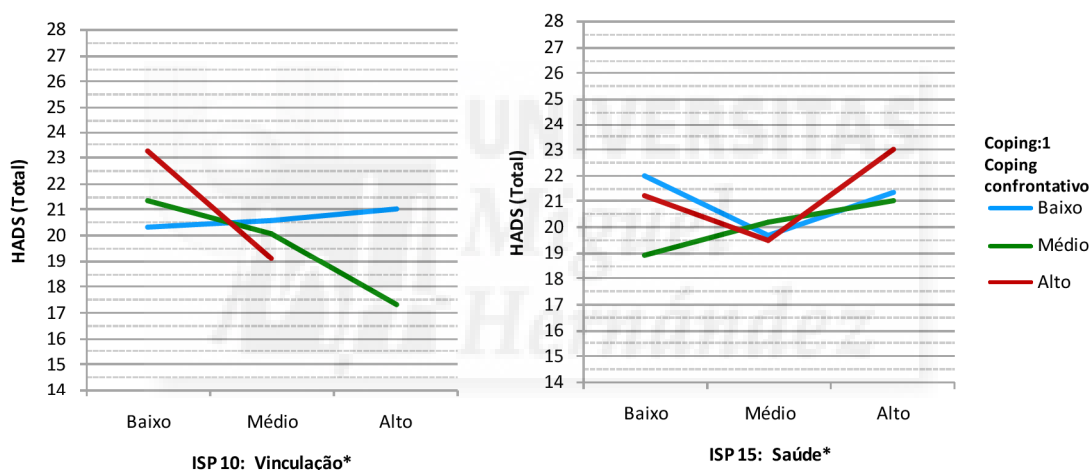


Figura 23. Gráficos das interações entre o *coping 1* (*coping* confrontativo) e os índices de *stress* vinculação e saúde para a variável dependente índice total de perturbação emocional (HADS)

O modelo que avalia o efeito moderador do *coping 2* (*coping* de auto controlo), mostra que os sujeitos com valores extremos (baixo ou alto) *coping 2* (*coping* de auto controlo) e baixo ISP18 (*stress* parental – *stress* de vida), apresentam menores, níveis de HADS, sendo os valores de HADS superiores, nos sujeitos com níveis médios de *coping 2* (*coping* de auto controlo) e níveis baixos de ISP18 (*stress* parental – *stress* de vida). Refere-se ainda que, valores elevados de ISP18 (*stress* parental – *stress* de vida), associados a níveis baixos de *coping 2* (*coping* de auto controlo), surgem níveis superiores de HADS (ver figura 24).

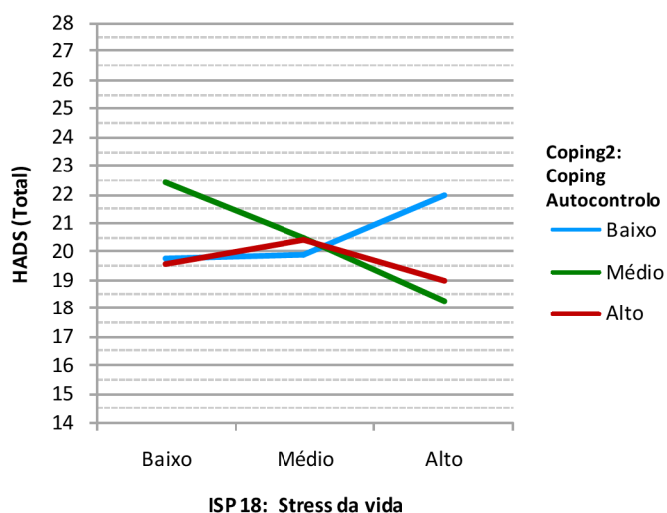


Figura 24. Gráfico da interação entre o *coping 2* (autocontrolo) e o índice de *stress* da vida para a variável dependente índice total de perturbação emocional (HADS)

O efeito do *coping 3* (*coping* de procura de suporte social) como variável moderadora, é facilmente observado nos sujeitos com elevados níveis de *coping 3* (*coping* de procura de suporte social) e baixo ISP7 (*stress* parental – autonomia) que por sua vez, apresentam níveis baixos do HADS. Assim sendo, o ISP7 constitui-se como um fator de proteção do HADS. Pais que apresentam uma grande preferência (alto) na utilização das estratégias de *coping3* (*coping* de procura de suporte social), o nível de HADS aumenta à medida que aumenta o ISP7 (*stress* parental – autonomia). Pais com níveis baixos ou médios de *coping 3* (*coping* de procura de suporte social), os níveis de HADS sofrem poucas alterações. A interação entre o *coping 3* (*coping* de procura de suporte social) e o ISP10 (*stress* parental – vinculação) resulta em valores de HADS mais elevados. Participantes que apresentam baixo ISP10 (*stress* parental – vinculação) e alto ou médio *coping 3* (*coping* de procura de suporte social), os níveis de HADS diminuem à medida que os valores do ISP10 (*stress* parental – vinculação) aumentam (beta = -0.325). Finalmente, valores elevados de ISP14 (*stress* parental – isolamento social), em relação de moderação com *coping 3* (*coping* de procura de suporte social) elevado, resultam valores superiores de HADS. Pais que apresentem estratégias de *coping 3* (*coping* de procura de suporte social) em níveis elevados, associados a níveis inferiores de ISP14 (*stress* parental – isolamento social), resultam em níveis baixos de HADS. Relativamente aos sujeitos com níveis baixos ou médios de *coping3* (*coping* de

procura de suporte social) não se verificam variações do HADS segundo o nível de ISP14 (*stress* parental – isolamento social) (ver figura 25).

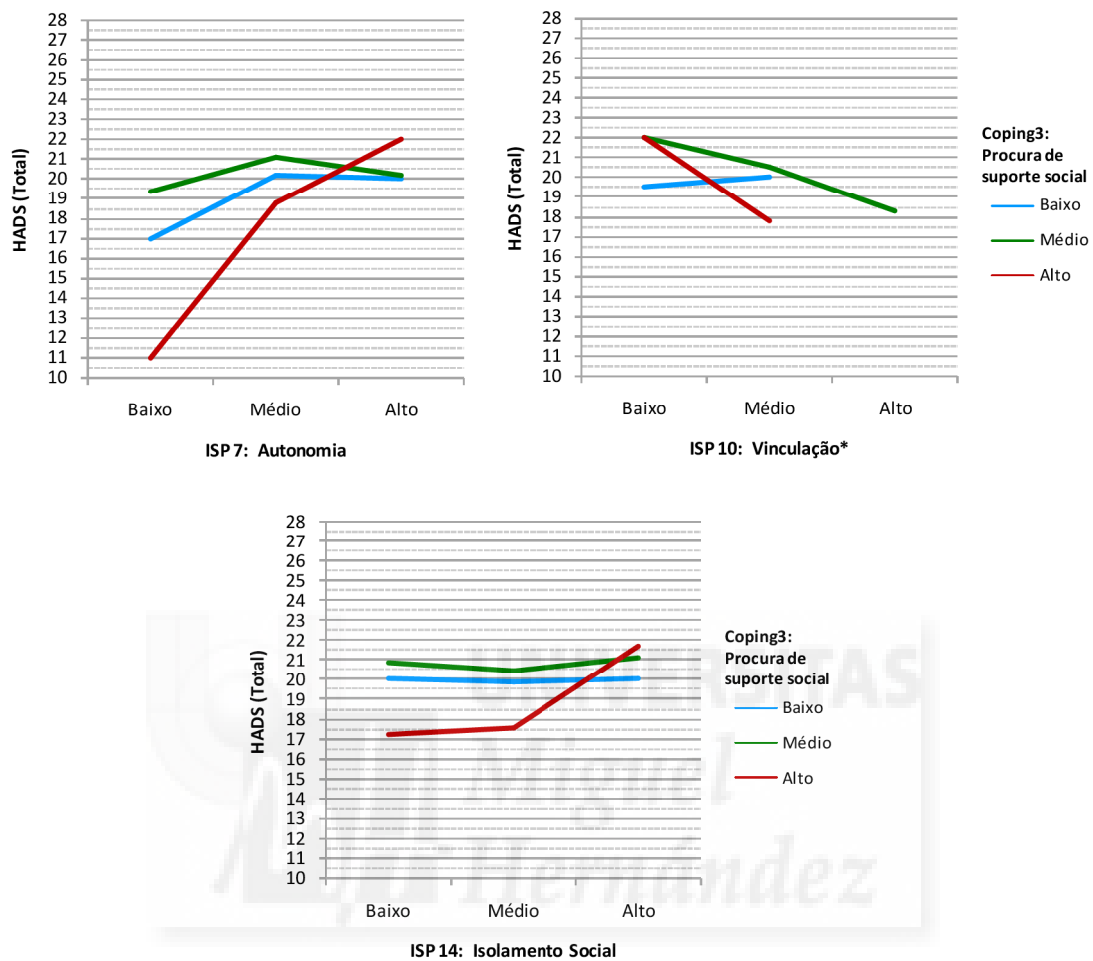


Figura 25. Gráficos das interações entre o *coping* 3 (procura de suporte social) e os índices de *stress* autonomia, vinculação e isolamento social para a variável dependente índice total de perturbação emocional (HADS)

O *coping* 4 (*coping* de assumir a responsabilidade) modera as variáveis ISP10 (*stress* parental – vinculação), ISP15 (*stress* parental – saúde) e estilo de vinculação (seguro/inseguro). Relativamente aos ISP10 (*stress* parental – vinculação), níveis de *coping* 4 (*coping* de assumir a responsabilidade) baixos, associados a níveis elevados de ISP10 (*stress* parental – vinculação) resultam em menor HADS e níveis baixos de *coping* 4 (*coping* de assumir a responsabilidade) quando associados a níveis baixos de ISP10 (*stress* parental – vinculação), resultam numa maior pontuação no HADS. Por outro lado, sujeitos com baixo *coping*4 (*coping* de assumir a responsabilidade) e baixo ISP15 (*stress* parental – saúde), os níveis de HADS são superiores. Pais que apresentam

elevados níveis de *coping* 4 (*coping* de assumir a responsabilidade) e alto ISP15 (*stress* parental – saúde) a HADS é superior à observada nos pais com níveis elevados de *coping* 4 (*coping* de assumir a responsabilidade) e baixo ISP15 (*stress* parental – saúde). A interação do *coping* 4 (*coping* de assumir a responsabilidade) com o estilo de vinculação (seguro/inseguro) indica que, valores elevados de *coping* 4 (*coping* de assumir a responsabilidade), quando associados a estilos de vínculo seguros, estão associados a valores superiores de HADS e valores elevados de *coping* 4 (*coping* de assumir a responsabilidade) associados a estilos de vínculo inseguros, resultam em menores níveis de HADS. No mesmo sentido, valores baixos de *coping* 4 (*coping* de assumir a responsabilidade) associados a vínculos seguros resultam em HADS superior (ver figura 26).

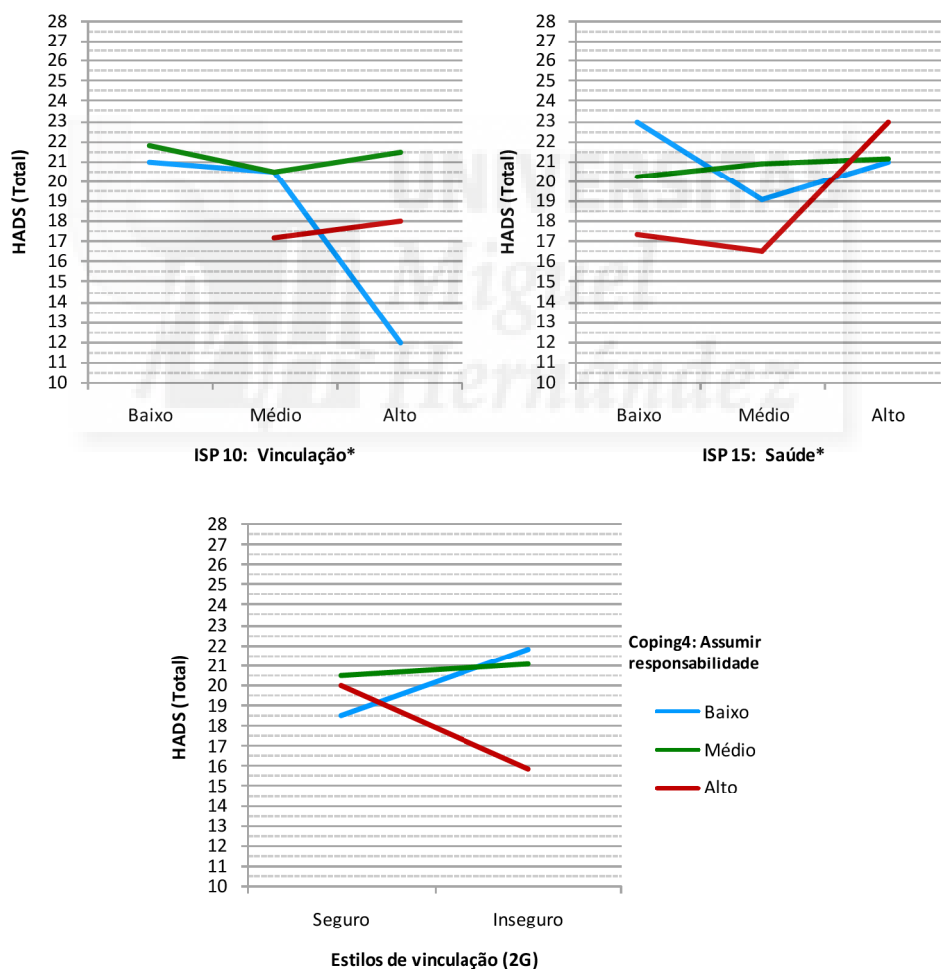


Figura 26. Gráficos das interações entre o *coping* 4 (assumir responsabilidade) e os índices de *stress* vinculação e saúde e estilos de vinculação (2G) para a variável dependente índice total de perturbação emocional (HADS)

Os sujeitos elevados níveis de *coping 5* (*coping* de resolução planeada no problema) e com ISP18 (*stress* parental – *stress* de vida) alto, apresentam menores valores de HADS e, sujeitos com elevados níveis *coping 5* (*coping* de resolução planeada no problema) e baixo ISP18 (*stress* parental – *stress* de vida), resultam em níveis de HADS superiores. Desta forma, elevados níveis de *coping 5* e níveis superiores de *stress* da vida, estão associados a níveis baixos de HADS (ver figura 27).

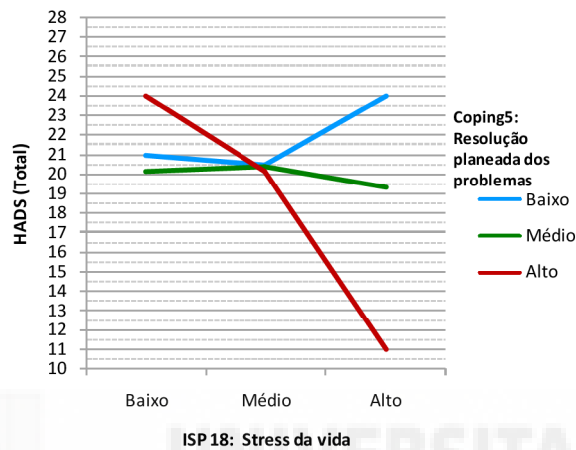


Figura 27. Gráfico da interação entre o *coping 5* (resolução planeada dos problemas) e o índice de *stress* da vida para a variável dependente índice total de perturbação emocional (HADS)

O *coping 8* (*coping* de reavaliação positiva), quando associado aos ISP18 (*stress* parental – *stress* de vida) e ao estilo de vinculação (segura/insegura), resulta em níveis distintos de HADS. Os participantes que apresentaram níveis elevados de *coping 8* (*coping* de reavaliação positiva), apresentam menor HADS relativamente aos que têm médio ou baixo *coping8* (*coping* de reavaliação positiva). Pais com baixo *coping 8* (*coping* de reavaliação positiva) e baixo ISP18 (*stress* parental – *stress* de vida), também apresentam menos HADS, relativamente aos que apresentam médio ISP18 (*stress* parental – *stress* de vida). Níveis baixos de *coping 8* (*coping* de reavaliação positiva), associado a níveis altos de ISP18 (*stress* parental – *stress* de vida), resulta em valores elevados de HADS. No que toca ao efeito moderador do *coping 8* (*coping* de reavaliação positiva) com o estilo de vinculação, os dados indicam que, para valores elevados de *coping 8* (*coping* de reavaliação positiva) associados a um estilo de vinculação inseguro, resultam níveis inferiores de HADS. Níveis baixos de *coping 8* (*coping* de reavaliação positiva) associados a estilos de vinculação inseguro, resultam em níveis superiores de HADS (ver figura 28).

Estudo Empírico

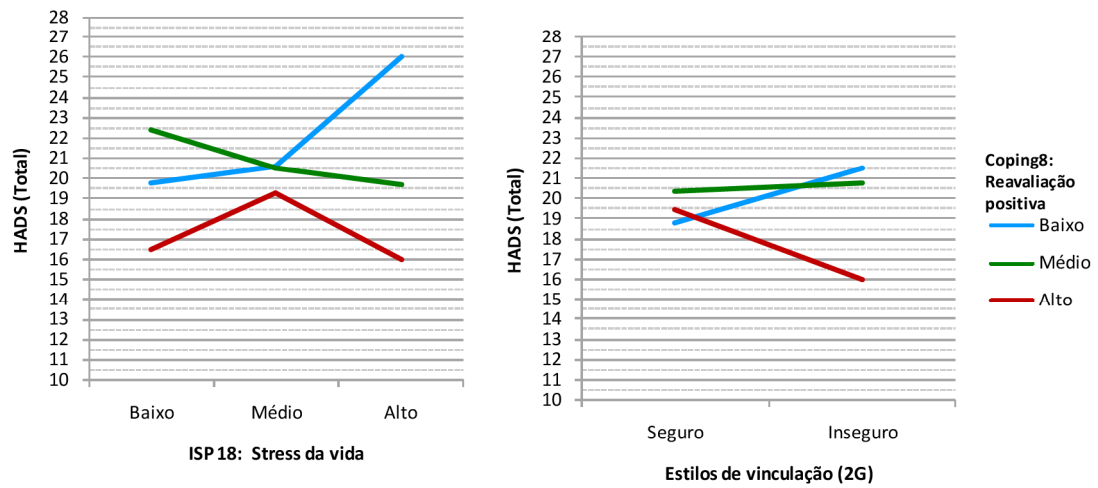


Figura 28. Gráficos das interações entre o coping 8 (reavaliação positiva) e o índice de stress da vida e os estilos de vinculação (2G) para a variável dependente índice total de perturbação emocional (HADS)





CAPÍTULO 8.
DISCUSSÃO

A parentalidade sendo um processo que proporciona todo um conjunto de experiências gratificantes e momentos exclusivos, assume-se simultaneamente como uma fase de confronto dos pais com novas exigências inerentes a este novo papel. Esta fase revestida de mudança, também irá acarretar um aumento do *stress* e conseqüentemente a exposição a uma maior vulnerabilidade no que concerne à saúde física e mental das figuras parentais (Santos, 2008). Este *stress*, é também resultante das dificuldades inerentes à prestação de cuidados diários à criança, como também, às características individuais (temperamento) da mesma e todo o seu processo desenvolvimental (Abidin, 1992). Este processo pressupõe um ajuste e a elaboração de tarefas psicológicas inerentes a esta nova fase de vida, tendo os pais e a família de procederem a uma reorganização das relações, quer a um nível intra e interfamiliar (Alarcão, 2006).

Num processo dito normativo, o nascimento de um filho, para além de um acontecimento normalmente revestido de grande emoção e felicidade, também assume uma fase de adaptação e de encontro com a nova realidade, adequação de expectativas acerca de um filho imaginado ou idealizado e de um ajuste da individualidade e conjugalidade à realidade vivenciada.

A um nível mais global, estima-se que cerca de 15% a 18% da população mundial de crianças e adolescentes possa ter alguma manifestação de problema crônico, incluindo condições físicas, perturbações no desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem e doença mental (Perrin & Shonkoff, 2000).

O nascimento de um filho com uma perturbação no seu desenvolvimento, ou com alguma outra problemática ou doença, gera antes de mais um impacto emocional entre um projeto de parentalidade esperado, face a uma realidade dissemelhante. Este choque emocional, que em alguns dos casos sucede em fases mais precoces (pré-natal e perinatal) e em alguns outros, em fases do desenvolvimento dos filhos mais tardia, pressupõe a elaboração e aceitação desta nova realidade, a transformação de um filho imaginado ou idealizado como “saudável” para a aceitação e incorporação de um filho real, com perturbação de desenvolvimento (Kenny & Corkin, 2011; Trute et al., 2010).

Em muitas situações, a gestão da culpa por parte dos progenitores, também se assume como uma das tarefas complexas, em alguns casos, por se culpabilizarem pela situação ou ainda, pela revolta sentida. É esperado que estes pais elaborem esta nova

condição nas suas vidas, até atingirem um nível de aceitação e reorganização emocional, ativando-se processos semelhantes aos experienciados num evento traumático ou de luto (Grupta & Singhal, 2004).

A entrega e disponibilidade para atender às necessidades de um filho com perturbação de desenvolvimento, pressupõe, na maioria dos casos, uma quase total disponibilidade para o cumprimento das consultas e tratamentos, consumindo o tempo disponível à individualidade e conjugalidade dos cuidadores (Kenny & Corkin, 2011).

O conceito de “impacto na família” aludindo ao efeito que a doença da criança tem em todo o sistema familiar (Stein & Reissman, 1980), salienta o fato de que toda a família deverá fazer uma série de ajustamentos e adaptações a nível da organização e dinâmica familiar, e encontrar estratégias (*coping* /afrontamento) para lidarem com as situações adversas, e reorganizarem a saúde geral da mesma, a fim de atingirem um nível de funcionalidade adequado a esta nova realidade (Lázaro, 2012). Contudo, este mal-estar familiar não deverá ser encarado numa relação de causalidade (causa-efeito), visto, estar associado à presença de outras variáveis e da forma de como a família gere o *stress*, (Schmidt, 2004). Estes esforços cognitivos e comportamentais (*coping*) desenvolvidos espontaneamente pelo indivíduo, têm por objetivo gerir as exigências internas ou externas em resposta ao *stress* percebido, a fim de obter uma adaptação psicológica positiva à situação de *stress* (bem estar) (Lazarus & Folkman, 1984; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004; Sousa et al., 2009).

Apesar de este impacto atingir tanto a criança, como a família em geral, assume um maior enfoque no cuidador principal, sendo este, normalmente a mãe (Altman, Cooper, & Cunningham, 1999). Este fato verifica-se na presente investigação, tendo os cuidadores principais correspondido em 87.5% às “mães” e 9.1% aos “pais”. Normalmente estas mães (cuidadores principais) relatam a presença de quadros de grande debilitação ao nível da sua saúde física e emocional (Oh & Lee, 2009) e maiores índices de *stress* parental, comparativamente com mães de crianças com um desenvolvimento normativo (Gupta, 2007; Santos, 2002).

É reativo a todas estas circunstâncias e condicionantes, e cumulativo com todos os fatores predisponentes individuais, o despoletar de quadros de grande ansiedade e depressão. Esta diátese de *stress*, poderá ser exacerbada por outras variáveis, associadas à dinâmica e relação conjugal (Yau & Li-Tsang, 1999), suporte social e familiar,

intensidade e natureza da perturbação dos filhos, alteração de rotinas (Trute et al., 2010), entre outros fatores.

Contudo, no que concerne às diferenças individuais e predisponência (diátese) à psicopatologia, salienta-se que, pessoas diferentes, reagem de forma diferente a determinados eventos *stressantes*, e que estas características individuais verificam-se relativamente ao grau de *stress* percebido à intensidade e importância que cada um atribui a cada evento (Gathercole, 2004; Gleitman et al., 2007). A previsibilidade dos acontecimentos tem-se revelado como um importante organizador psíquico e preditor de maior organização emocional, sendo que o ser humano evidencia uma preferência a eventos aversivos previsíveis em detrimento de eventos imprevisíveis (Schmidt, 2004).

A “saúde” é designada pela WHO, como sendo mais do que a ausência de doença/enfermidade e a presença de um estado bem-estar físico, psíquico e social (WHO, 2014). Por seu turno, a “saúde mental”, de um ponto de vista psicossocial, como um equilíbrio da inter-relação do meio interno e externo, das características orgânicas do indivíduo e os seus antecedentes pessoais e familiares (ecossistemas) (Fonseca, 1985; Martins, 2004).

A depressão é definida pela OMS como sendo “uma perturbação mental comum que apresenta humor deprimido, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, perturbações do sono e do apetite, baixa energia, e pouca concentração. Estes problemas podem tornar-se crónicos ou recorrentes e deixar prejuízos substanciais nas capacidades do indivíduo para exercer as suas responsabilidades diárias” (WHO, 2014).

No presente estudo, a incidência de ansiedade e depressão, surge de uma forma expressiva, sendo que, mais de 60% dos participantes apresentou um quadro de ansiedade (58% ansiedade moderada e 3.4% ansiedade severa) e 80.6%, a presença de um quadro de depressão (54.5% depressão leve e 26.1% depressão moderada).

A sintomatologia depressiva encontrada nestes cuidadores, poder-se-á dever ao fato de a criança ser o foco da atenção do cuidador, ficando este mais negligenciado (Kenny & Corkin, 2011).

A nível epidemiológico, é estimado que um quinto da população, ou seja, uma em cada cinco pessoas, possa desenvolver depressão, em reação à exposição a eventos de vida *stressantes*, contudo, a natureza e intensidade do evento *stressor* poderá

exacerbar esta proporção (Monroe & Reid, 2009), como se constatou no presente estudo. A um nível mundial, 350 milhões de pessoas estão afetadas com esta perturbação (WHO, 2012; Marcus et al., 2012).

Este estudo surgiu da constatação empírica do desamparo por parte destes pais/cuidadores de crianças com perturbação de desenvolvimento, ambicionando perceber quais as variáveis que estariam mais relacionadas com o desencadear de quadros de instabilidade emocional, afim de à posteriori, com um conhecimento mais aprofundado sobre esta população clínica, firmar mais objetivamente a necessidade de implementar uma prestação de cuidados mais antecipada, realizando estratégias e programas de promoção de competências parentais e profilaxia da saúde mental nestas famílias de crianças com PD.

Procedeu-se a uma divisão Perturbações de desenvolvimento em dois grupos, nomeadamente, as Perturbações específicas do desenvolvimento (PD específicas) e as Perturbações globais do desenvolvimento (PD globais). Esta teve por base o fato de as perturbações de desenvolvimento no geral pressuporem uma classificação diagnóstica tendo em conta as dimensões biológica, desenvolvimental, emocional, comportamental, e social (Matos, 2009).

A **primeira hipótese** do estudo, propõe que “pais de crianças com uma Perturbação do desenvolvimento mais global (com maior severidade), apresentam-se com índices de *stress* parental mais elevados comparativamente aos pais de crianças com uma Perturbação do desenvolvimento mais específica (mais ligeira).”

Os resultados confirmam esta hipótese quando afirmam que os pais de crianças com uma perturbação de desenvolvimento mais global (com maior severidade), apresentam maiores índices de *stress* parental quando comparados com o grupo de pais de crianças com uma perturbação de desenvolvimento mais específica. Os pais das crianças com PD global, apresentam maiores índices de *stress* parental no que toca ao dois domínios da escala de avaliação de *stress* parental, nomeadamente no domínio da criança e no domínio dos pais, revelando que estes pais não só têm filhos que apresentam qualidades que per si dificultam o desempenho do papel parental, como também apresentam uma maior disfunção no sistema pais/filho, comparativamente com os pais de crianças com uma PD específica (Abidin & Santos, 2003; Santos, 1997, 1998, 2002; Grupta 2007). Estas diferenças encontradas, também se justificam pelo fato

de os pais das crianças com PD global, apresentarem um grande desgaste (energético) na prestação de cuidados aos filhos, envolvendo uma maior vigilância no que toca aos comportamentos dos filhos, comportamento este, adveniente de características temperamentais e comportamentais (agitação psicomotora, inquietude/ hiperatividade, dificuldade em preservar a atenção, e em terminar uma tarefa) muitas vezes, sendo estas características consideradas como constitucionais (subescala da distração/hiperatividade) (Abidin & Santos, 2003; Santos, 2002).

Por outro lado, também são estes pais com filhos com PD global, que se sentem menos competentes face ao seu desempenho na parentalidade, apresentando mais insegurança face à educação e gestão do comportamento da criança e às tomadas de decisão inerentes ao exercício da parentalidade. Esta perceção de ineficácia poder-se-á dever ainda a outros fatores como a falta de conhecimento de competências educativas, expectativas de que a parentalidade corresponderia a um processo mais simplificado, ou até mesmo, a um desajuste na relação conjugal, caracterizado pela presença de grande crítica por uma das figuras parentais, o que se justifica nesta situação em particular, visto este grupo de pais também apresentar um maior desajuste (mais *stress*) na relação conjugal, face ao observado no grupo de pais de crianças com PD específica, revelando que estes sentem menos apoio ativo e emocional da outra figura parental no que concerne à educação dos filhos (Abidin & Santos, 2003; Santos, 2002).

Contudo, contrariamente ao exposto anteriormente, são os pais de crianças com PD específica que apresentam mais *stress* de vida, ou seja, um maior *stress* situacional (morte de um familiar, desemprego), externo à relação pais/filhos, vivenciado pelos mesmos, e que de certa forma, mais indiretamente, influenciará no *stress* relacionado com o subsistema filial/parental (Santos, 2002).

A **segunda hipótese**, sugere que “o estilo de vínculo estabelecido pelos pais durante o seu processo de desenvolvimento às suas figuras de vinculação, está relacionado com a sua autoeficácia para a resolução de problemas em situações de crise.”

No presente estudo esta hipótese é infirmada, uma vez que os resultados do mesmo revelam não existir associação entre o estilo de vinculação e a perceção de autoeficácia dos participantes.

Outra hipótese (terceira), refere que “os pais que não se encontrem tão bem ajustados nas suas relações conjugais, apresentam padrão de relação (vínculo) mais inseguro (tipo de vínculo dos pais com os companheiros e com os seus cuidadores na sua infância).”

O presente estudo revelou que os participantes que se encontravam menos ajustados nas suas relações conjugais, caracterizadas por relações menos contingentes, com uma maior conflitualidade no que concerne ao desempenho da parentalidade, e menos cooperantes entre si (figuras parentais), apresentavam um estilo de vínculo seguro.

Contudo, observam-se diferenças significativas ao nível do domínio “relação marido/mulher” (ISP) segundo o estilo de vínculo. Os pais com estilo de vínculo preocupado, apresentam menos *stress* na “relação marido/mulher”, enquanto os pais com estilo evitante e seguro apresentam maiores níveis de *stress* na “relação marido/mulher” (ISP) um pouco superiores e semelhantes.

Os pais pertencentes ao grupo do estilo de vinculação “seguro” são caracterizados como menos ansiosos, sem medo do abandono, conforto com a proximidade e Confiança nos outros. Os pais do grupo estilo de vinculação “evitante”, sentem menos ansiosos face à possibilidade de abandono, pouco conforto com a proximidade e fraca confiança nos outros. Os pais com estilo de vinculação “preocupado”, apresentam uma elevada ansiedade e receio face ao abandono, desconforto com a proximidade e fraca confiança nos outros (Canavarro et al., 2006).

Desta forma, este grupo de cuidadores, que apresentam uma maior instabilidade (*stress*) na relação conjugal (vínculo: seguro e evitante), que a sentem como sendo menos contingente, mais conflituosa, mais crítica (por parte do outro progenitor) e com menos apoio ativo e emocional por parte do companheiro (a), no que toca ao processo de desenvolvimento e educação dos filhos, por seu turno, também apresentam uma menor ansiedade no que toca à relação interpessoal (com os outros), neste caso particular, menos receio associado à possibilidade de serem abandonados ou não desejados pelos seu companheiros, evidenciando características de personalidade menos dependentes, com maior autonomia (Hazan & Shaver, 1987).

Por outro lado, o grupo de cuidadores de crianças com PD que se apresentaram mais estáveis nas suas relações conjugais, e por sua vez, pertencentes a um estilo de

vinculação “insegura - preocupada” (ansiosa), correspondem a um perfil que por apresentarem uma maior ansiedade no que toca à relação interpessoal/conjugal, com receio face ao abandono e a não serem desejados/queridos pelos outros (Canavarro et al., 2006). Este perfil, que apresenta modelos de vinculação (representações mentais/modelos internos dinâmicos), negativos de si e positivos dos outros (Bartholomew & Horowitz, 1991; Canavarro, 1999), tenderão a desenvolver características de personalidade mais dependentes, podendo desencadear estados depressivos muito focados na dependência dos outros (dimensão anaclítica) (Blatt & Homann, 1992; Blatt & Levy, 2003). Estes pais, ao longo do seu processo de desenvolvimento, por não terem internalizado modelos de vinculação que aludem a representações de estabilidade e segurança nas relações, conferindo o sentimento de que são amados e cuidados pelos seus companheiros (na infância: pelos cuidadores), irão necessitar e apelar a uma atenção e cuidados constantes por parte dos outros (Blatt & Homann, 1992), daí esta característica de dependência ter-se revelado protetora nestes pais e nas suas relações conjugais, em que as relações mais dependentes estabelecidas com os seus companheiros, se revelem mais coesas e menos conflituosas.

Salienta-se que, no presente estudo, os resultados indicaram que os pais/cuidadores que apresentavam relações com mais *stress* conjugal, apresentariam menores índices de depressão, o que se poderá justificar no seguimento do acima exposto, em que os casais com mais *stress* no subsistema conjugal (vínculo: seguro e evitante), com características de personalidade menos dependentes, e mais autónomos (Hazan & Shaver, 1987), e com menos receio associado à possibilidade de serem abandonados ou não desejados pelos seus companheiros, estariam menos vulneráveis à depressão. Os padrões de vinculação segura também se têm revelado como preditores de uma maior estabilidade emocional e conseqüentemente associada a uma maior capacidade para elaborar lutos no futuro (Hauser, 2007). Tendo em conta que determinadas vulnerabilidades à depressão, poderão advir de acontecimentos negativos ao longo do desenvolvimento (Bahls, 1999), ressalva-se a importância destes estilos de vinculação identificados e a sua influência ao nível do padrão comportamental destes pais e da sua gestão emocional face à presença de acontecimentos adversos, tal como a condição de ter um filho com uma PD.

Desta forma, a hipótese formulada anteriormente confirma-se parcialmente, visto estilo de vínculo inseguro subdividir-se em dois grupos: preocupado e evitante, correspondendo o grupo inseguro preocupado a menores níveis de *stress* na relação marido/mulher e o grupo inseguro evitante a maiores níveis de *stress* na relação marido/mulher.

A **quarta hipótese**, aponta para que “pais de crianças com um nível de perturbação de desenvolvimento global, tenderão a utilizar estratégias de *coping* mais ativas.”

Face ao exposto anteriormente, o presente estudo revelou que a variável “nível de perturbação” isoladamente, não apresenta uma relação com o “*coping*/afrentamento”, ou seja, que as estratégias de *coping* utilizadas por pais de crianças com PD global ou PD específica não se diferenciam, sendo que, todos os participantes utilizam o mesmo tipo de estratégias, independentemente da natureza da perturbação de desenvolvimento dos filhos. Assim sendo, os resultados não confirmam a quarta hipótese formulada neste estudo.

Contudo, a presente amostra clínica apresenta um grupo de estratégias de *coping* que surgem predominantemente na amostra, independentemente do nível de perturbação de desenvolvimento, nomeadamente: Assumir a responsabilidade; Procura de suporte social; Resolução planeada nos problemas e a Reavaliação positiva. Estas estratégias predominantes, são definidas como estratégias de *coping* “ativas”, em que existem esforços (cognitivos e comportamentais) de aproximação à fonte de *stress*, como forma de solucionar o problema e conseqüentemente reduzir a tensão e o próprio *stress* (em oposição às estratégias passivas - evitamento da fonte de *stress*) (Rudolph, et al., 1995).

A **hipótese cinco**, propõe que “pais de crianças com PD que apresentem estratégias de *coping* mais ativas associadas a uma boa perceção de autoeficácia na resolução dos seus problemas, correspondem a um estilo de vínculo seguro.”

Apesar dos resultados demonstrarem que não existem diferenças entre as estratégias de *coping* (ativas/passivas) utilizadas pelos pais que apresentam um estilo de vínculo seguro ou inseguro, ou seja, que o estilo de vínculo não influencia as estratégias de *coping* utilizadas pelos pais, demonstra que, os pais que utilizam uma estratégia de *coping* ativa, nomeadamente, “resolução planeada nos problemas”, apresentam uma maior perceção de autoeficácia. Desta forma, os pais que apresentam uma maior

perceção de autoeficácia, que se designa como sendo uma variável cognitiva com uma função motivacional (Bandura, 1977, 1997b), revelam uma maior capacidade para utilizar estratégias focadas no problema (ativas), mobilizando esforços no sentido de solucionar o problema ou situação que lhes provoca *stress* e instabilidade. Normalmente, estas pessoas apresentam uma maior capacidade para gerir estes eventos sentidos como *stressantes* (Schwarzer & Schmitz, 2004), ficando conseqüentemente, mais protegidos no desencadear de quadros psicopatológicos (ansiedade e depressão), no que concerne à sua saúde física, mais realizados na sua individualidade e melhor inseridos socialmente (Bandura, 1997a; Johnston & Mash, 1989).

Estes pais poderão apresentar-se mais protegidos no que concerne à sua saúde física, mais realizados na sua individualidade e mais inseridos socialmente (Bandura, 1997a). Por outro lado, salienta-se que, os pais que apresentam uma menor perceção de autoeficácia, utilizam estratégias de *coping* mais passivas (fuga/evitamento) (Pais-Ribeiro & Santos, 2001), o que normalmente é revelador da presença de alguma insegurança e sentimento de incapacidade para organizar e implementar atividades, em situações desconhecidas, imprevisíveis e potenciadores de *stress* (Pais-Ribeiro, 1995).

Segundo a **sexta hipótese**, “a presente amostra revela a presença de uma ou mais estratégias de *coping*, que surgem de forma expressiva e significativa, face às restantes”

A hipótese confirma-se pelo fato de a presente amostra apresentar um conjunto de estratégias de *coping* predominantes, correspondentes a um estilo de *coping* mais ativo (Billings & Moss, 1984; Rudolph et al., 1995), revelando uma tendência em acionar esforços de aproximação à fonte de *stress*, essencialmente focados no problema, ao encontro de informação, da negociação ou procura de ajuda. Estas estratégias são nomeadamente: Assumir a responsabilidade (reconhecimento da sua responsabilidade no problema e tentativa de solucionar a situação); Procura de suporte social (procura de informação e suporte emocional); Resolução planeada no problema (esforços no sentido de solucionar o problema); e a Reavaliação positiva (estratégia dirigida internamente, assentado na criação de significados positivos, associados a uma dimensão religiosa), (Pais-Ribeiro & Santos, 2001). Este tipo de estratégias (ativas) estão ainda associados a uma resposta mais adaptada e conseqüentemente a um melhor prognóstico da doença (Classen, Koopman, Angell, & Spiegel, 1996; Watson & Greer, 1998).

A **sétima hipótese**, propõe que “pais de crianças com PD, que apresentem um estilo de *coping* mais ativo e confrontativo, e também com estratégias de procura de suporte social, apresentam menor índices de ansiedade e depressão.”

A presente hipótese é confirmada pelo fato de os resultados atestarem que os níveis de ansiedade nos participantes varia significativamente segundo a utilização de estratégias de *coping* ativas, nomeadamente a de “procura de suporte social” seguida da estratégia de *coping* “reavaliação positiva”. Desta forma, concluiu-se que são os pais que mais procuram o suporte social, em situações sentidas como *stressantes*, que apresentam os níveis inferiores de ansiedade. E como foi já referido anteriormente, a estratégia de *coping* “reavaliação positiva” também se revela protetora no despoletar de elevados níveis de ansiedade, sendo que, os participantes que mais a utilizam, também apresentaram menores níveis de ansiedade.

No que concerne à depressão, também se observaram variações, ou seja, foram estratégias de *coping* mais ativas que revelaram constitui-se como protetoras do despoletar de quadros depressivos. Desta forma, os participantes que mais utilizam a estratégia de “resolução planeada nos problemas”, foram aqueles que apresentaram menores níveis de sintomatologia depressiva. A estratégia de *coping* “reavaliação positiva” também se associou a menores níveis de depressão.

Em suma, a utilização de estratégias de *coping* ativas revelaram conduzir a menores níveis de ansiedade e depressão, e estão associados a uma resposta mais adaptada e a um melhor prognóstico da doença (Classen, Koopman, Angell, & Spiegel, 1996; Watson & Greer, 1998), e as estratégias de *coping* menos ativas, relacionados com uma resposta mal adaptada e pior prognóstico da doença (Watson & Greer, 1998). Serão igualmente as estratégias focadas na solução dos problemas, na sua maioria, estratégias mais ativas, que se assumem como preditoras de melhores índices de saúde física e mental (Watson & Greer, 1998; Sousa et al., 2009).

Outra hipótese (oito) refere que “pais de crianças com PD, que apresentem um estilo de *coping* mais passivo e evitativo, com estratégias de distanciamento ou fuga/evitamento apresentam maiores índices de ansiedade e depressão”

A utilização de estratégias de *coping* passivas por parte dos participantes neste estudo (estratégias que evitam o contacto com a fonte de *stress*) (Rudolph et al., 1995), revelou associar-se a maiores níveis de ansiedade e de depressão, confirmando desta

forma a presente hipótese. Também se observou que a combinação de determinadas estratégias de *coping*, independentemente da sua natureza ativa ou passiva, levou a alterações (baixo ou elevado) nos níveis de ansiedade e depressão. A grande utilização da estratégia de “distanciamento” (*coping* passivo), associada a uma pouca utilização da estratégia de “procura de suporte social” (*coping* ativo), revelou culminar num aumento da ansiedade por parte dos participantes. De igual forma, os pais que mais utilizaram a estratégia de *coping* de “fuga / evitamento” (*coping* passivo), associada a uma menor utilização da estratégia de “resolução planeada nos problemas” (*coping* ativo), apresentaram maiores níveis de depressão e conseqüente um pior prognóstico a inadaptação à situação (problemática dos filhos) (Hamptom & Frombach, 2000; Watson & Greer, 1998).

Segundo a **hipótese nove** “a presença de quadros psicopatológicos (depressão) e alterações emocionais nos pais ou cuidadores serão preditores do estabelecimento de relações de vinculação inseguras (menos vinculados) com os seus filhos.”

No presente estudo, não se verificam relações significativas entre a dimensão vinculação (ISP: envolvimento afetivo-emocional com os filhos e motivação para o exercício da parentalidade) e a ansiedade e depressão. Contudo, a hipótese é confirmada, pelo fato de os pais menos envolvidos afetivamente ou menos motivados para o exercício da parentalidade, apresentarem maiores índices de ansiedade e depressão.

Desta forma, no grupo de pais de crianças com PD específicas, aqueles que têm filhos mais agitados, com comportamentos mais disruptivos, impulsivos, e/ou desafiantes; ou até mesmo destes pais, aqueles que não apresentam energia suficiente para acompanhar os filhos com desenvolvimento dito normal, ou ainda, com expectativas enviesadas acerca dos filhos (conduta mais matura e responsável), e conseqüentemente, menos motivados para o exercício da parentalidade (Abidin & Santos, 2003) apresentam maiores índices de ansiedade.

Os pais de crianças com PD globais, que apresentam um déficit na relação emocional com os seus filhos (PSI: reforço pais), desligamento este caracterizado por um distanciamento emocional, relação pouco contingente e uma fraca responsividade (Cassidy & Shaver, 2010; Soares, 2007) e intersubjetividade entre a criança e a figura de vinculação (Han & Fox, 2006), apresentam maiores níveis de ansiedade. Este padrão

relacional resulta numa interação em que o cuidador revela não entender e consequentemente atuar nas reais necessidades da criança, quer por dificuldades dos mesmo ou também por características dos filhos (clareza dos sinais: bebês mais reativos que apresentam um temperamento difícil), com dificuldade em expressar os seus sinais de desconforto e revelando uma híper ou hipo sensibilidade aos estímulos que muitas vezes confunde os cuidador na sua leitura das necessidades dos filhos (DC:0-3R, 2005).

O grupo de pais de crianças com PD globais, apresentam maiores de depressão, quando os filhos apresentam grandes alterações comportamentais, nomeadamente, grande dificuldade em lidar com as mudanças, envolvendo comportamentos mais difíceis de gerir (birras, desregulação emocional).

A **décima hipótese** aponta para que “a natureza e dimensão da Perturbação de desenvolvimento (global) apresenta uma associação com o despoletar de psicopatologia (ansiedade e depressão).”

O presente estudo revela que o nível de perturbação de uma forma isolada, não apresenta associação com a ansiedade e depressão, contudo, quando associado a outras variáveis, já é possível verificar essa relação. Desta forma a presente hipótese é parcialmente confirmada. As evidências mostram que um filho com PD acarreta todo um conjunto de tarefas e responsabilidade que reativam quadros de debilitação ao nível da sua saúde física e emocional (Oh & Lee, 2009). Os participantes com filhos com uma PD global, que não sentem os filhos como uma fonte de reforço positivo, podendo esta falta de reforço ameaçar a vinculação dos pais para com os filhos (ISP: reforço aos pais), apresentam maiores níveis de ansiedade. Por outro lado, este grupo de pais, quando apresenta um padrão de interação afetivo-emocional positivo com os filhos, motivados e reforçados no exercício da parentalidade, apresentam níveis de ansiedade inferiores.

No que toca à depressão, os pais que têm filhos (PD global) menos adaptados socialmente, devido a características individuais de temperamento, comportamento e sensorialidade, em que estes (filhos) normalmente reagem negativamente às mudanças do meio físico e social (birras, grande resistência à mudança, dificuldade na regulação sensorial, défice na relação e comunicação etc.), apresentam maiores índices de depressão. Os pais que estão expostos a elevados níveis de *stress* são menos sensíveis e

afetuosos podendo potenciar o desenvolvimento de uma parentalidade disfuncional (Crnic & Low, 2002), e a presença de psicopatologia (Oh & Lee, 2009).

A **hipótese onze**, propõe que “os pais que não se encontrem tão bem ajustados nas suas relações conjugais, apresentam maiores índices de ansiedade e depressão.”

Os participantes (pais de crianças com PD globais) que apresentam mais conflito nas suas relações conjugais, menos coesos, contingentes e cooperantes entre si no que concerne ao exercício da parentalidade e relação afetivo emocional com os filhos, apresentam maiores níveis de ansiedade, confirmando parcialmente a presente hipótese, contudo, revelam menores níveis de depressão.

Os pais de crianças com PD específicas apresentam elevados níveis de ansiedade reativa a características emocionais e comportamentais dos filhos (excessiva agitação/inquietude; distração; labilidade emocional; crianças deprimidas; birras; demasiados exigentes face à capacidade e disponibilidade dos pais; outras características físicas ou de comportamento que não correspondem às expectativas dos pais face às mesmas) e a característica e dificuldades dos próprios (pais/cuidadores) face ao desempenho da parentalidade (fracas competências parentais; pais mais jovens que sentem ter menos experiência; falta de suporte por parte do outro progenitor; e expectativas defraudadas face aos filhos idealizados; pais que se sentem mais reprimidos na sua individualidade devido ao dispêndio de tempo e energia para os filhos; pais mais tristes e com grande labilidade; insatisfação e menos assertividade; maior isolamento e fraca socialização; e grande preocupação com a sua saúde física, muitas vezes associada à presença de doença, física ou mental).

Este fato, descrito anteriormente e aparentemente incongruente (pais menos organizados na relação conjugal, apresentam-se com menores níveis de depressão), poderá justificar-se por estes pais apresentarem elevados níveis de ansiedade, e esta ansiedade poder constituir uma variável motivacional, e impulsionadora para utilização dos recursos disponíveis, à realização do seu papel parental (Abidin, 1992). A natureza da perturbação de desenvolvimento dos filhos (mais severas), mais exigentes e desgastantes, poderá impulsionar a que estes pais recorram a estratégias e esforços cognitivos para gestão de *stress*, mais adaptativas e protetoras da depressão. Ressalva-se ainda que, o impacto de uma situação geradora de *stress* poderá assumir uma série de consequências positivas, mais especificamente no que se prende com o significado

parental atribuído à experiência, podendo constituir um facilitador da aceitação e adaptação à condição adversa a que a família está exposta (Blacher & Hatton, 2001, 2007; Lázaro, 2012). Alguns pais, muitas vezes à luz da religião, acreditam terem sido escolhidos, como tendo características específicas para lidarem com uma criança com dificuldades, sendo dotados de forças para conseguirem fazer face às exigências inerentes a esta condição de vida (Beresford, 1994). Contudo e ao invés do anteriormente referido, também esta condição poderá constituir uma vulnerabilidade, quando estes pais atribuem este fato (filho com PD) a si próprios, culpabilizando-se pela condição da criança (Beresford, 1994).

Segundo a **hipótese doze**, os “pais de crianças com PD que apresentam uma menor perceção de autoeficácia para a gestão e resolução dos seus problemas, encontram-se mais vulneráveis à Psicopatologia (ansiedade/depressão).”

O presente estudo revela a presença de uma correlação entre a autoeficácia e a ansiedade/depressão. Desta forma, quanto maior for a perceção de autoeficácia, maior será a ansiedade (vice-versa). No que toca à depressão, verifica-se uma correlação negativa, ou seja, quanto maior a perceção de autoeficácia, menor será a depressão (vice-versa). Normalmente estão associados a bons níveis de autoeficácia, uma maior e melhor capacidade para ultrapassar as adversidades da vida e a alcançar o sucesso, sendo ainda que, pessoas mais depressivas/ansiosas (em desamparo) apresentam menos autoeficácia (Morgado, Pires, & Pinto, 2000). Contudo, a presença de uma baixa autoeficácia com o objetivo de prevenir situações *stressantes*, será preditora de níveis consideráveis de ansiedade ou agitação (Maddux & Meier, 1995).

A presente hipótese apresenta-se parcialmente confirmada, visto a uma maior perceção de autoeficácia, corresponder uma maior predisposição para o despoletar de quadros de ansiedade, não se verificando o mesmo com a depressão, sendo que, a uma maior autoeficácia, correspondem menores níveis de depressão, ou vice-versa.

A **hipótese treze** refere que os “pais de crianças com PD que estabeleceram um padrão de relação mais insegura com os seus próprios pais (tipo de vínculo dos pais na sua infância) apresentam um sentimento de menor auto eficácia para lidar com a sua realidade de terem um filho com PD, e apresentar-se-ão com maiores índices de ansiedade e depressão.”

Apesar dos estilos de vinculação estabelecidos na infância e respetiva construção dos modelos internos dinâmicos (internal working models) (Bowlby, 1990; Fernandes, 2012), assumirem características dinâmicas ao longo do desenvolvimento do indivíduo, os estilos de vinculação identificados nos participantes da nossa amostra, representarão o estilo de vínculo que estes estabelecem com os seus pares, e companheiros românticos (relações conjugais), contudo, intimamente associados aos padrões estabelecidos com os seus progenitores/cuidadores (figuras de vinculação) no início dos seu desenvolvimento, (Hazan & Shaver, 1987; Monteiro, 2010).

Como foi referido na hipótese anteriormente formulada (hipótese doze), o presente estudo revela que os níveis de ansiedade e depressão variam significativamente com a autoeficácia, mas não com o estilo de vínculo. Desta forma a presente hipótese é confirmada parcialmente. Esta correlação entre a autoeficácia e a ansiedade/depressão, remete para que a uma maior perceção de autoeficácia, esteja relacionada uma maior ansiedade (vice-versa). No que concerne à depressão, a um elevado nível de autoeficácia, correspondem baixos níveis de depressão (correlação negativa), sendo corroborado por estudos na área, que revelam estar associada a uma baixa autoeficácia, estados mais depressivos e ansiosos (Morgado, Pires, & Pinto, 2000).

Finalmente, a **última hipótese** formulada neste estudo, propõe que “o *coping*/afrentamento apresenta um efeito moderador do *stress* parental, autoeficácia, nível de perturbação e estilo de vinculação sobre o desencadear de quadros de ansiedade e depressão.”

Uma variável moderadora surge de forma imprevisível alterando a relação original entre as variáveis Dependente (VD) e Independentes (VI). Desta forma, o *Coping*, poderá considerar-se como sendo moderador, visto aparecer durante um encontro inesperado, modificando a emoção original, o sentido ou a intensidade da força das nossas VIs sobre a VD (Sousa et al., 2009).

Tendo e o presente estudo empírico revelado a função de moderação da variável *coping*, uma vez que os pais/cuidadores que se apresentavam sob efeito de *stress* parental associado sobretudo ao fato de terem um filho com PD, entre outras variáveis, dependentemente das estratégias de *coping* (enfrentamento) utilizadas para atender à resolução dos problemas e redução do *stress*, revelaram a presença ou ausência de quadros de ansiedade e/ou depressão.

O *coping* “confrontativo”, caracterizado por um conjunto de esforços agressivos no sentido de alterar a situação *stressante*, envolvendo algum risco e hostilidade (Pais-Ribeiro & Santos, 2001), não exerce função de variável moderadora face à ansiedade e depressão, ou seja, esta é uma estratégia que não afeta ou altera o efeito do *stress* parental vivenciado pelos nossos participantes, a sua percepção de autoeficácia, o seu estilo de vinculação e o nível de perturbação dos seus filhos, na ansiedade e depressão. Contudo, assume uma função de moderação face ao estado de *distress* (*stress* maligno, perigoso, nocivo e promotor de sofrimento (Andrade, 2001; Odgen, 2004; Selye, 1974) experimentado pelos participantes. Desta forma, os pais que apresentam um maior envolvimento afetivo-emocional com os filhos e mais motivados para o exercício da parentalidade, e também apresentam uma grande preocupação com a sua própria saúde, devido a problemáticas de foro físico ou psicológico, quando confrontados com situação de *stress*, e aos recorrerem muito a estratégias de *coping* confrontativas, entram em *distress* (níveis superiores).

As restantes sete estratégias de *coping* estudadas ao longo deste estudo revelaram apresentar um efeito de moderação na ansiedade e depressão.

O *coping* de “auto controlo”, caracterizado por um conjunto de esforços de regulação dos sentimentos e ações (Pais-Ribeiro & Santos, 2001), mostrou ser uma variável moderadora no presente estudo. Os participantes que recorrem muito a esta estratégia, e que apresentam uma grande preocupação com a sua saúde, sentindo-a como mais fragilizada e deteriorada, apresentam maiores níveis de ansiedade e depressão. Contudo, os participantes que têm filhos com uma PD global e que utilizam muito esta estratégia, apresentam maiores níveis de ansiedade em oposição aos que têm filhos com uma PD específica, que quando utilizam menos esta estratégia de *coping*, apresentam níveis superiores de ansiedade. Também os participantes que utilizam mais a esta estratégia de *coping* de “auto controlo”, e que se apresentam estáveis na relação conjugal, apoiantes e contingentes face ao processo educacional dos filhos, no desempenho da parentalidade, apresentam níveis mais elevados de depressão.

A estratégia de *coping* de “procura de suporte social” também apresenta um efeito de moderação. Esta estratégia define-se por um conjunto de esforços no sentido de procura de suporte informativo, tangível e emocional (Pais-Ribeiro & Santos, 2001). Os participantes que a utilizam de forma extrema (em défice ou em excesso) e que

também se encontram muito afetados pelo fato de estarem restringidos ao papel da parentalidade, sentindo-se mais condicionados e controlados pelas necessidades dos filhos e frustrados por não conseguirem investir na sua individualidade, também apresentam maiores níveis de ansiedade. Esta estratégia de *coping* de “procura de suporte social” apresenta-se eficaz em pais que apresentam níveis elevados de *stress* de vida, *stress* este não intimamente relacionado com o desempenho da parentalidade, e que por sua vez, apresentam menores níveis de ansiedade. Os pais que apresentam valores mais elevados de depressão, são aqueles que utilizam esta estratégia de “procura de suporte social”, independentemente da sua frequência (muita ou pouca utilização) e que têm filhos que apresentam uma maior dificuldade em lidar com as mudanças, envolvendo comportamentos mais difíceis de gerir pelo progenitor (birras, teimosia e desregulação emocional). Também os participantes que sentem ou percebem os seus filhos como pouco autónomos, mais dependentes, quer funcionalmente, quer emocionalmente (*stress* na autonomia) e ainda assim procuram o suporte social (recorrem mais a esta estratégia), apresentam maiores níveis de depressão. Contudo, os pais que sentem os filhos como sendo mais autónomos, que procuram demasiado o suporte social (estratégia de *coping*), apresentam valores significativamente inferiores de depressão.

Os pais que em situações de *stress* recorrem muito a estratégias de “assumir/aceitar a responsabilidade”, estratégias de *coping* que envolvem o reconhecimento por parte do indivíduo do seu envolvimento no problema, desenvolvendo estratégias para em simultâneo solucionar a situação (Pais-Ribeiro & Santos, 2001) e apresentam grande preocupação com o seu estado de saúde, envolvendo doença, também apresentam mais ansiedade. Estes mesmos pais que assumem a responsabilidade como estratégia de aniquilação do *stress*, e têm filhos com alterações comportamentais, nomeadamente, grande dificuldade em lidar com as mudanças, envolvendo comportamentos mais difíceis de gerir (birras, desregulação emocional), dos filhos, também se apresentam mais deprimidos. Quanto mais intensos estes comportamentos e dificuldades, maiores serão estes índices depressivos. Contudo, o quando os participantes apresentam um estilo de vínculo inseguro, e recorrem com frequência a estratégias de assumir/aceitar a responsabilidade, apresentam níveis baixos de depressão.

As estratégias de *coping* de “resolução planeada no problema”, caracterizadas por um conjunto de esforços focados no problema e deliberados para alterar a situação, associados a uma abordagem analítica de solução do problema (Pais-Ribeiro & Santos, 2001), também se apresentaram como sendo moderadores. Os pais que se encontram menos estáveis nas suas relações conjugais e sentem menos apoio por parte dos companheiros (outro progenitor), no que toca ao desempenho das funções parentais, e apresentam menos “*stress* de vida” (externo ao *stress* advindo da parentalidade), e face a situações sentidas como *stressantes*, recorrem muito a estratégias de *coping* de “resolução planeada no problema”, apresentam-se mais ansiosos. Por seu turno, se a relação conjugal apresentar maior estabilidade e contingência, em que os participantes se sintam mais apoiados pelo companheiro, os níveis de ansiedade serão significativamente inferiores. Também os pais que se isolam menos e com maior sociabilidade, e recorrem a estratégias de “resolução planeada no problema” em situações de *stress*, que se apresentam menos deprimidos.

Os pais que sentem os seus filhos como autónomos e individualizados e quando se encontram em situações de *stress*, e recorrem pouco a estratégias de *coping* de distanciamento, são menos ansiosos. Estas estratégias caracterizam-se por um conjunto de esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação/problema (Pais-Ribeiro & Santos, 2001). Contudo, verifica-se que esta característica da criança, a autonomia, é determinante para a estabilidade destes pais, visto, quando estes filhos são menos autónomos e mais dependentes dos pais, estes (pais) apresentam maiores níveis de ansiedade. O estudo também revelou que os participantes que apresentam maiores índices de depressão, são aqueles que: acionam mais esforços cognitivos no sentido da minimização dos problema e desprendimento da situação (estratégias de distanciamento); apresentam uma menor sociabilidade, com comportamentos de isolamento social; têm filhos mais agitados, com comportamentos mais disruptivos, ou até mesmo, os próprios pais que não apresentam energia suficiente para acompanhar um filho com desenvolvimento dito normal, ou ainda, apresentam a expectativa de que os filhos poderiam apresentar uma conduta mais madura e responsável.

Os pais que apresentam uma maior ligação e envolvimento afetivo-emocional com os filhos, mas que quando se encontram em situações de *stress*, acionam tendencialmente esforços cognitivos e comportamentais no sentido de escapar ou evitar

o problema (*coping* de fuga/evitamento) (Pais-Ribeiro & Santos, 2001), apresentam níveis superiores de ansiedade. Por outro lado, já os pais mais desligados, desprendidos e menos envolvidos emocionalmente com os filhos, e que recorrem menos a estratégias de fuga ou evitamento da situação de *stress*, apresentam menos ansiedade. Os pais mais deprimidos são aqueles que se sentem mais condicionados pelos filhos, sentindo que este papel assume um grande prejuízo no tempo disponível para os próprios; e aqueles aos quais os filhos apresentam maior dependência, ou seja, uma menor autonomização, recorrendo a estratégias de fuga ou evitamento das situações de *stress*.

Os pais que apresentam mais “*stress* de vida”, externo ao *stress* advindo do desempenho das funções parentais (Abidin & Santos, 2003) e que quando se confrontam com circunstâncias adversas que lhes causam maior *stress*, acionam pouco esforços cognitivos no sentido de reestruturar o problema, criando significados positivos, muitas vezes suportados em crenças religiosas (*coping* de reavaliação positiva) (Pais-Ribeiro & Santos, 2001), apresentam mais ansiedade. Por outro lado, foram os pais que revelaram utilizar mais esta estratégia de reavaliação positiva, independentemente de apresentarem muito ou pouco “*stress* de vida”, e que, apesar de terem filhos com PD global, apresentaram menores índices de ansiedade. Os participantes que revelaram ter um estilo de vinculação insegura, devido à grande utilização de estratégias de *coping* de “reavaliação positiva”, reestruturando os eventos sentidos como *stressantes* em situações positivas, apresentaram níveis de depressão inferiores. Contudo, os pais que apresentaram um estilo de vinculação segura, revelaram, que uma fraca recorrência a estas estratégias de “reavaliação positiva”, surgia como um fator de proteção para a depressão (menores índices de depressão).

Apesar do *coping* não assumir uma função de moderação face ao efeito da variável independente, autoeficácia na ansiedade/depressão, sabemos que existe uma correlação, em que os participantes que utilizam um estilo de *coping* ativo, nomeadamente, estratégia de “resolução planeada nos problemas”, revelaram uma maior perceção de autoeficácia. Ainda os participantes que não se encontravam tão vinculados aos filhos, evidenciando um menor envolvimento quer funcional, quer emocional (Abidin & Santos, 2003), quando apresentavam uma boa perceção de autoeficácia face à resolução dos seus problemas, surgiam menores índices de depressão.

Alguns autores fazem referência à autoeficácia geral como sendo um traço motivacional (Bandura, 1977; Gardner & Pierce, 1998) e que indivíduos com uma maior percepção de autoeficácia geral, apresentam maior capacidade para a gestão de eventos sentidos como *stressantes*, independentemente da natureza do evento *stressor* (Schwarzer & Schmitz, 2004). Alguns outros, referem que determinados fatores de personalidade, tais como a autoestima e a autoeficácia, têm revelado uma função de moderação entre o *stress* e a resposta emocional ao mesmo (Sousa et al., 2009). Desta forma, poder-se-á justificar em parte, de o fato de a variável “ *coping* ” não ter apresentado uma ação de moderação sobre a variável independente “autoeficácia”.

Desta forma, a presente hipótese confirma-se quase na sua totalidade, pelo fato de o *coping* ter apresentado um efeito moderador entre a maioria das variáveis independentes (ainda que não envolvendo todas as subescalas) e a variável dependente (HADS- ansiedade e depressão), à exceção da autoeficácia.





CAPÍTULO 9.
CONCLUSÕES

CONCLUSÃO

O presente estudo empírico objetivou alcançar um olhar mais atento a quem cuida, mais precisamente, aos cuidadores principais de crianças com uma perturbação no seu desenvolvimento. Na sua maioria, estes cuidadores referem-se às mães ou pais, cujas características individuais e de desenvolvimento dos filhos, assumem uma carga extraordinária no exercício da parentalidade.

Esta investigação teve por grande objetivo identificar o tipo de vinculação presente nestes cuidadores de crianças com perturbação de desenvolvimento, a sua perceção de autoeficácia, o nível de *stress* parental, e a forma como estas variáveis se relacionam com os estilos de *coping* (moderador) adotados por estes participantes e consequentemente e sua implicação no seu estado emocional.

Como principais conclusões, verificamos que:

1. Na sua maioria, estes cuidadores principais corresponderam em 87.5% às “mães” e 9.1% aos “pais”.
2. A maior parte dos pais/cuidadores apresentaram índices significativos de **ansiedade** (58% ansiedade “moderada”, 3.4% ansiedade “severa”), e 80.6% dos pais/cuidadores da amostra apresentaram critérios da presença de **depressão** (54.5% “depressão leve”, 26.1% depressão “moderada”).
3. Os pais/cuidadores menos envolvidos afetivamente com os seus filhos ou menos motivados para o exercício da parentalidade, apresentarem maiores índices de ansiedade e depressão.
4. O **nível de perturbação** de desenvolvimento dos filhos dos nossos participantes, de uma forma isolada, não apresentou qualquer associação com a **ansiedade e depressão**.
5. Os pais/cuidadores de crianças com perturbação de desenvolvimento, com condutas mais disruptivas, apresentaram maiores índices de *stress* relacionado com questões associadas aos filhos e cuidados com os mesmos, às características dos próprios, no âmbito do exercício da parentalidade, sentindo-se menos competentes e inseguros (domínio dos pais), (Abidin & Santos, 2003; Santos, 1997, 1998, 2002; Grupta 2007). Destes pais, os que têm filhos com **PD global**, caracterizados por apresentarem mais alterações comportamentais (grande dificuldade em lidar com as mudanças, birras, desregulação emocional), apresentaram maiores índices de **depressão**.

Conclusões

Os pais de crianças com **PD específicas**, apresentaram elevados níveis de ansiedade associada a características emocionais e comportamentais dos filhos (excessiva agitação/inquietude; distração; birras), ao fato de se sentirem mais reprimidos na sua individualidade (dispêndio de tempo e energia para os filhos); mais tristes e com grande labilidade; insatisfação e menos assertividade; maior isolamento e fraca socialização; com grande preocupação relacionada com a sua saúde física, muitas vezes associada à presença de doença, física ou mental).

6. O nosso estudo revelou que os participantes que têm filhos com uma **PD global** (com maior severidade) apresentaram maiores índices de **stress parental**, comparativamente ao que têm filhos com uma **PD específica**, que apresentam níveis mais elevados de **stress de vida** ou situacional (morte de um familiar, desemprego), externo à relação pais/filhos.

7. A maioria dos nossos participantes apresentou um **estilo de vínculo seguro**, seguindo-se o estilo de **vinculação insegura/evitante** e finalmente a **insegura/ansiosa-preocupada**.

8. Constatou-se não haver associação entre o **estilo de vinculação** e a perceção de **autoeficácia** geral dos participantes.

9. Os pais que se encontravam menos ajustados nas suas **relações conjugais**, corresponderam na sua maioria aos pais com estilo de vínculo “**seguro**”.

10. Os participantes revelaram utilizar o mesmo tipo de **estratégias de coping** independentemente da natureza da **perturbação de desenvolvimento dos filhos**.

11. Por outro lado, os pais/cuidadores que revelaram utilizar preferencialmente estratégias de **coping passivas**, apresentaram maiores níveis de **ansiedade** e de **depressão**. As **estratégias de coping ativas** revelaram conduzir a menores níveis de **ansiedade e depressão** na amostra.

12. O estilo de **vínculo** que estes pais/cuidadores apresentam (seguro ou inseguro), revelou não influenciar a natureza das **estratégias de coping** utilizadas pelos mesmos (ativas/passivas).

13. A presente amostra clínica revelou a presença de um grupo de **estratégias de coping predominantes**, nomeadamente; “Assumir a responsabilidade” (reconhecimento da sua responsabilidade no problema e tentativa de solucionar a situação); “Procura de suporte social” (procura de informação e suporte emocional); “Resolução planeada no

problema” (esforços no sentido de solucionar o problema) e a “Reavaliação positiva” (estratégia dirigida internamente, assentado na criação de significados positivos, associados a uma dimensão religiosa) (Pais-Ribeiro & Santos, 2001). Estas estratégias caracterizam-se como sendo do tipo “**ativas**”, que pressupõem a mobilização de esforços (cognitivos e comportamentais) de aproximação à fonte de *stress*, como forma de solucionar o problema e consequentemente reduzir a tensão e o próprio stress (em oposição às estratégias passivas - evitamento da fonte de *stress*), (Rudolph, et al., 1995).

14. De um modo geral, os pais que mais procuram o suporte social, (estratégias de *coping* ativas), em situações sentidas como *stressantes*, apresentaram níveis inferiores de ansiedade, seguida da estratégia de *coping* “reavaliação positiva”. Os que utilizaram mais a estratégia de “resolução planeada nos problemas”, seguida da “reavaliação positiva” apresentaram menores níveis de **depressão**.

15. O presente estudo revelou que quanto maior a percepção de **autoeficácia** dos pais/cuidadores, maior será a **ansiedade** (vice-versa). No que toca à depressão, quanto maior a percepção de **autoeficácia**, menor será a **depressão** (vice-versa), corroborado por alguns autores que defendem que associados a bons níveis de autoeficácia correspondem uma maior e melhor capacidade para ultrapassar as adversidades da vida e a alcançar o sucesso, (Morgado, Pires & Pinto, 2000).

16. O *coping* revelou ser uma **variável moderadora** do stress parental, face à ansiedade e depressão, nestes pais de crianças com Perturbação de desenvolvimento.

Em suma, este estudo poderá ter contribuído para uma melhor compreensão desta população clínica que abrange toda a região (Ilha da Madeira) e extensível a toda a população de cuidadores, numa perspetiva de um olhar mais focado sobre as suas necessidades e de todo o impacto que a perturbação do “próximo” poderá assumir nos próprios, como aqui se constatou.

CONCLUSION

This empirical study aimed at achieving a closer look at those who care, more precisely, to the main caregivers of children with a disturbance in their development. Most of these caregivers refer to mothers or fathers, whose children individual and development characteristics take an extraordinary burden on the exercise of parenting.

This research ultimate goal was to identify the type of attachment (link) in these caregivers of children with developmental disorder, their perception of self-efficacy, the level of parental stress, and how these variables relate to coping styles (moderator) adopted by these participants and consequently its implication on their emotional state.

The main conclusions are:

1. In this study, with the main caregivers matching in 87,5% to the "mothers" and in 9,1%, to the "fathers".
2. In this sense, the parents / caregivers showed significant levels of **anxiety** (58% "moderate" anxiety, 3,4% "severe" anxiety), and 80,6% of parents / caregivers of the sample showed the criteria of **depression's** presence (54,5% "mild depression", 26,1% "moderate" depression).
3. Overall, the study revealed that parents / caregivers who are less involved emotionally or less motivated to exercise parenting have higher rates of anxiety and depression.
4. The **level of development** disruption of our participants' children, in an isolated way, did not show any association with **anxiety** and **depression**.
5. These caregivers (**global DD**) have higher stress rates related to issues associated with children, with their care and to their own characteristics, in the exercise of parenting, feeling less competent and unsafe (parent domain) (Abidin & Santos, 2003; Santos, 1997, 1998, 2002; Grupta 2007). As for the **depression**, the major indexes corresponded to parents of children with global DD, with children who present major behavioral changes (great difficulty in dealing with the changes, tantrums, emotional dysregulation).
6. The participants who have children with an **overall DD** (with greater severity) the ones who have higher rates of **parental stress**, compared to those who have children with a **specific DD**, who have higher levels of life or **situational** (death in the family, unemployment) **stress**, external to the relationship between parents and children.

7. Thus, most of our participants had a **secure attachment style**, followed by the **insecure attachment style / avoidant** and ultimately **insecure / anxious-worried**.
8. It was found no association between the **bonding style** and the **perception of general self-efficacy** of the participants.
9. From the participants in this study, those who were less set in their **marital relations**, corresponded in the majority to the parents with "**safe**" **bond style**.
10. Thus, one of the conclusions of this study shows that all participants showed the same type of **coping strategies**, regardless of the **nature of the development disturbance** of their children.
11. On the other hand, parents / caregivers who revealed preferably using **passive coping strategies**, showed higher levels of **anxiety** and **depression**. This type of **active coping strategies** revealed leading to lower levels of **anxiety** and **depression**.
12. The **bonding style** that these parents / caregivers have (secured or unsecured), does not influence the nature of the **coping strategies** they use (active / passive).
13. This clinical sample revealed the presence of a **predominant group of coping strategies**, namely; "Taking responsibility" (recognition of their responsibility in the problem and attempt to solve the situation); "Social support search" (search for information and emotional support); "Planned resolution on the issue" (efforts to solve the problem) and the "positive revaluation" (internally directed strategy, seated in creating positive meanings, associated with a religious dimension) (Pais-Ribeiro & Santos, 2001). These strategies are featured as being of the "**active**" type, which require the mobilization of efforts (cognitive and behavioral) approaching to the source of stress as a way to solve the problem and, consequently, reduce the tension and the stress itself (as opposed to passive strategies - avoidance of the stress source) (Rudolph, et al., 1995).
14. In general, parents who seek more social support, (active coping strategies) in stressful situations, showed lower levels of anxiety, followed by the coping strategy "positive revaluation". Those who used the strategy of "planned resolution on the problems" more, followed by "positive revaluation", showed lower levels of **depression**.
15. The present study shows that the higher the perception of **self-efficacy** of the parents / caregivers, the higher will be the **anxiety** (vice versa). When it comes to **depression**,

Conclusões

the greater the perception of **self-efficacy**, the lower the **depression** (vice-versa), supported by some authors who argue that associated with high levels of self-efficacy correspond a higher and better ability to overcome life's adversities and achieve success (Morgado, Pires & Pinto, 2000).

16. The **coping** revealed the presence of the **moderating function** of the parental stress, to anxiety and depression, in these parents / caregivers (who have child with DD).

This study might have contributed to a better understanding of this clinical population, which covers the entire region (Madeira Island) and is extended to the entire population of caregivers, in a perspective of a more focused look over their needs and the full impact that the disturbance of the "similar" could take on themselves, as was found here.



CONCLUSIÓN

El presente estudio empírico propuso centrarse con una mirada más atenta sobre aquellos que cuidan, más específicamente, sobre los cuidadores principales de los niños con una perturbación en su desarrollo. En su mayoría, estos cuidadores se refieren a las madres y a los padres, cuyas características individuales y de desarrollo de sus hijos, asumen una carga extraordinaria en el ejercicio de la parentalidad.

Esta investigación tuvo como objetivo principal identificar el tipo de vínculo existente entre los padre y sus hijos con alguna perturbación en su desarrollo, la percepción de auto-eficacia de los padres, el nivel de *stress* parental, y la forma en la que estas variables se relacionan con los estilos de coping (moderador) adoptados por estos participantes y consecuentemente la implicación de esta en su estado emocional.

Como principales resultados, se encontró que:

1. Los cuidadores principales de lo niños donn patologia del desarrollo son la mayor parte de las ocasiones son las **madres** un 87,5% frente a un 9,1% en los que son los “padres”.
2. La mayor parte de lso cuidadores presentan índices significativos de **ansiedad** (58% ansiedad “moderada”, 3,4% ansiedad “severa”), y 80,6% de los padres/cuidadores de la muestra presentaron criterios de la presencia de **depresión**, (54,5% “depresión ligera”, 26,1% depresión “moderada”).
3. Los padres/cuidadores menos involucrados afectivamente o menos motivados para el ejercicio de la parentalidad, presentaron mayores índices de ansiedad y de depresión.
4. El **nivel de afectación** de desarrollo de los hijos de nuestros participantes, no presentó ninguna asociación con la **ansiedad** y la **depresión**,
5. Los padres de niños con patologia desarrollo con **conductas mas disruptivas** presentan mayores índices de *stress* relacionado con cuestiones asociadas a la crianza y cuidado de los niños, características de los mismos, en el ámbito del ejercicio de la parentalidad, sintiéndose menos competentes e inseguros (dominio de los padres), (Abidin & Santos, 2003; Santos, 1997, 1998, 2002; Grupta 2007). Estos padres de niños con PD globales, con hijos caracterizados por presentar grandes alteraciones de comportamiento (gran dificultad en lidiar con las mudanzas, enfados, desajuste emocional) presentan mayores índices de **depresión**.

Conclusões

Los padres de niños con **PD específicas**, presentaban elevados niveles de ansiedad asociados a las características emocionales y de comportamiento de sus hijos (excesiva agitación/inquietud, distracción, enfados), al hecho de sentirse más en su individualidad (dispendio de tiempo y energía para los hijos); más tristes y con grandes alteraciones; insatisfacción y menos asertividad; mayor aislamiento y una ligera socialización; con gran preocupación relacionada con su salud física, muchas veces asociada a la presencia de una enfermedad, física o mental).

6. Nuestro estudio reveló que son los participantes que tienen hijos con un **PD global** (con mayor severidad) presentan mayores índices de **stress parental**, comparativamente a los que tienen hijos con un **PD específica**, que presentan niveles más elevados de **stress de vida** o situacional (muerte de un familiar, desempleo), externo a la relación padres/hijos.

7. La mayoría de nuestros participantes presentó un **estilo de vínculo seguro**, seguido por un **estilo de vinculación inseguro/evitante** y finalmente la **inseguro/ansioso-preocupado**.

8. Se constató no existir entre el **estilo de vinculación** y la percepción de **autoeficacia** general de los participantes.

9. Los participantes del presente estudio que se encontraban menos ajustados en sus **relaciones conyugales**, correspondían en su mayoría a los padres con el estilo de vínculo “seguro”

10. Los participantes revelaron utilizar el mismo tipo de **estrategias de coping** independientemente de la naturaleza y gravedad de la patología del desarrollo **de los hijos**.

11. Por otro lado, los padres/cuidadores que revelaron utilizar preferencialmente estrategias de **coping/afrentamiento pasivas**, presentaron mayores niveles de **ansiedad** y de **depresión**. Las **estrategias de coping/afrentamiento activas** reveló conducir a menores niveles de **ansiedad y de depresión**.

12. El estilo de **vínculo** que estos padres/cuidadores presentan (seguro o inseguro), no influyen en la naturaleza de las **estrategias de coping/afrentamiento** utilizadas por los mismos (activas/pasivas).

13. La presente muestra clínica reveló la presencia de un grupo de **estrategias de coping/afrentamiento predominantes**, principalmente; “Asumir la

responsabilidad”(reconocimiento de su responsabilidad en el problema y su intento por solucionar la situación); “Búsqueda de soporte social” (búsqueda de información y soporte emocional); “Resolución planeada en el problema” (esfuerzos en el sentido de solucionar el problema) y la “Reevaluación positiva” (estrategia dirigida internamente, asentada en la creación de significados positivos, asociados a una dimensión religiosa) (Pais-Ribeiro & Santos, 2001). Estas estrategias se caracterizan por ser del tipo “**activas**”, que presuponen la movilización de (cognitivos y de comportamiento) de aproximación a la fuente de *stress*, como forma de solucionar el problema y consecuentemente reducir la tensión y el propio *stress* (en oposición a las estrategias pasivas – evitando la fuente de *stress*), (Rudolph, et al., 1995).

14. De un modo general, los padres que buscan más un apoyo social, (estrategias de coping activas), en situaciones sentidas como estresantes, presentaron niveles inferiores de ansiedad, seguida de la estrategia de *coping*/afrentamiento “reevaluación positiva”. Los que utilizaron más la estrategia de “resolución planificada en los problemas”, seguida de la “reevaluación positiva” presentaron menores niveles de **depresión**.

15. El presente estudio revela que mientras mayor es la percepción de **auto-eficacia** de los padres/cuidadores, mayor será la **ansiedad** (y vice-versa). En lo que corresponde a la depresión, mientras mayor es la percepción de la **auto-eficacia**, menor será la **depresión** (y vice-versa), corroborado por algunos autores que defienden que asociados a buenos niveles de auto-eficacia corresponden a una mayor y mejor capacidad para superar las adversidades de la vida y de alcanzar el éxito, (Morgado, Pires & Pinto, 2000).

16. El **afrentamiento/coping** resulto ser una variable moduladora de estrés en padres de niños con discapacidad.

Este estudio podrá haber contribuido para una mejor comprensión de esta población clínica que abarca toda la región (Isla de Madeira) y es extensible a toda la población de cuidadores, en una perspectiva y con una mirada más enfocada sobre sus necesidades y de todo el impacto que la perturbación de su “allegado” podrá asumir con los mismos, como se ha constatado aquí.





CAPÍTULO 10.
LIMITAÇÕES DO ESTUDO

No que concerne à limitações encontradas nos presente estudo, salienta-se:

A inexistência de um grupo de controlo com população não clínica, ou seja, um grupo de pais de crianças sem perturbação no desenvolvimento (PD) a fim de se conseguir comparar à posteriori os resultados obtidos em ambos os grupos (controlo e experimental) e retirar algumas conclusões, sobretudo, das diferenças obtidas entre os grupos e os resultados exclusivos desta população clínica, desta forma esta limitação serve de sugestão a estudo futuros, no sentido da presença de um grupo de controlo com população não clínica.

Uma das escalas utilizadas neste estudo constitui um dos grandes critérios ao nível da seleção e restrição da presente amostra clínica. Neste sentido, a idade das crianças (filhos dos participantes no estudo), teve de enquadrar-se num intervalo compreendido entre os 5 e os 10 anos, critérios que condicionaram fortemente a angariação da mesma.

Outra das limitações encontradas, e de acordo com o exposto anteriormente, no que concerne ao intervalo de idades das crianças (filhos dos participantes no estudo), prendeu-se com o fato de esse mesmo intervalo, (estipulado pela escala aferida à população português e utilizada neste estudo) que compreendeu idades entre os 5 e os 10 anos, tenha sido alterado, em virtude de uma maior representatividade e equilíbrio da amostra, mais propriamente, no que toca ao nível das perturbações (PD específicas e PD globais). Desta forma, procedeu-se a um alargamento no intervalo de idades, passando para: 5 aos 12 anos. Como foi referido, este aumento superior de mais dois anos na idade do limite superior, permitiu a inclusão de mais participantes (pais), cujos filhos apresentavam idades superiores aos 10 anos e que apresentavam uma PD global. Salienta-se que esta alteração no intervalo de idades, baseou-se no fato de a escala original (PSI) americana, apresentar este mesmo intervalo de idades (5-12 anos).

A dimensão da amostra também poder-se-á ter constituído como uma limitação, apesar da complexidade sentida ao seleccioná-la (amostra clínica, obedecendo a alguns requisitos para a sua seleção) face à presença do número de variáveis contempladas no presente estudo. Assim sendo, em futuros estudos, recomendar-se-ia a constituição de uma amostra um pouco mais extensa, ou a redução de algumas variáveis em estudo.





BIBLIOGRAFIA

- Abidin, R. R. & Brunner, J.F. (1995). Development of a parenting alliance inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24(1). doi: 10.1207/s15374424jccp2401_4
- Abidin, R. R. (1990). Introduction to the special issue: The stresses of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4) 298-301. doi: 10.1207/s15374424jccp1904_1
- Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behaviour. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(4), 407-412. doi: 10.1207/s15374424jccp2104_12
- Abidin, R. R., & Santos, S. V. (2003). *Índice de Stress Parental – Manual*. Lisboa: CEGOC-TEA, Lda.
- Ainsworth, M. (1990). Some considerations regarding theory and assessment relevant to attachments beyond infancy. In M. Greenberg, D. Cicchetti, & E. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. Chicago: Chicago University Press.
- Ainsworth, M., & Bell, S. (1970). Attachment, exploration and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41(1), 49-65.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, Z., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: a psychopathological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, New Jersey: Earlbaum Associates.
- Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares – uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto editora.
- Alarcão, M. (2006). *(Des)equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto editora.
- Alberdi, R., & Vasco, A. (1994). Incidencia de los Factores Sociales en la Salud y la Enfermedad Mental. *Revista de Enfermería ROL*, 191-192, 65-68.
- Altman, B. M., Cooper, P., & Cunningham, P. J. (1999). The case of disability in the family: Impact on health care utilization and expenditures for nondisabled members. *The Milbank Quarterly*, 77(1), 39-75.

Bibliografia

- Anaut, M. (2005). *A resiliência: ultrapassar os traumatismos*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Andrada, M. G. (1995). *Intervenção Precoce na Criança com Paralisia Cerebral*. Lisboa: Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian.
- Andrade, A. (2001). *Ocorrência e controle subjetivo do stress na percepção de bancários ativos e sedentários: a importância do sujeito na relação atividade física e saúde* (Tese Pós-Graduação). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglia, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 274-294. 10.1590/S1413-294X1998000200006
- APA – American Psychiatric Association (2014). *DSM-5 – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5a ed.). Lisboa : Climepsi Editores.
- APA – Associação Psiquiátrica Americana (1994). *DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4aP P. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- APA – Associação Psiquiátrica Americana (2002). *DSM-IV-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4a ed. rev.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Araújo, M., & Moura, O. (2011). Estrutura Factorial da General Self-Efficacy Scale numa amostra de professores portugueses. *Laboratório de Psicologia*, 9(1), 95-105. doi: 10.14417/lp.638
- Arbesman, M., & Lieberman, D. (2010). Methodology for the systematic reviews of occupational therapy for children and adolescents with difficulty processing and integrating sensory information. *American Journal of Occupational Therapy*, 64(3), 368-374.
- Atkinsons, R. L., Atkinsons, R. C., Smith, E. E., & Bem, D. J. (1995). *Introdução à Psicologia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ayres, A. J. (1979). *Sensory integration and the child*. Los Angeles: Western Psychological Services.

- Bahls, S. C. (1999). Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *Interação em Psicologia*, 3(1), 49-60. doi: 10.5380/psi.v3i1.7660
- Baião, C. F. (2008). *Aliança parental e estilos parentais em famílias com e sem crianças autistas* (Tese de Mestrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Baker, B. L., Blacher, J., Crnic, K. A., & Edelbrock, C. (2002). Behavior problems and parenting stress in families of three-year-old children with and without developmental delays. *American Journal of Mental Retardation*, 107(6), 433-444.
- Baker, D. B. (1994). Parenting stress and ADHD: A comparison of mothers and fathers. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 2, 46-50. doi: 10.1177/106342669400200106
- perspectives o coping with everyday stress. *Developmental Psychology*, 24(2), 247-253. doi: 10.1037/0012-1649.24.2.247
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In A. Bandura (Org.), *Self-efficacy in changing societies*. Melbourne: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997a). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997b). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.

Bibliografia

- Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C., & Caprara, G. V. (1999). Self-efficacy pathways to childhood depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 258-269.
- Barbosa, F., Ferreira, C., Patrício, P., Mota, C., Alcântara, C., & Barbosa, A. (2010). Estilo de vinculação em doentes com lúpus eritematoso sistémico. *Acta Med Port*, 23(1), 51-62.
- Barker, P. (2000). *Fundamentos da terapia familiar*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Baron, R., & Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Barros L. (2010). Família, saúde e doença: intervenção dirigida aos pais. *Alicerces*, III(3), 207-221.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: a four category model of attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression. 1: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch Gen Psychiatry*, 9(4), 324-333. doi:10.1001/archpsyc.1963.01720160014002.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão. Tradução de Sandra Costa*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Bee, H. L. (1995). *The developing child (7ªed.)*. New York: HarperCollins College Publishers.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96. doi: 10.2307/1129836
- Bénony, H., (2002). *O desenvolvimento da criança e suas psicopatologias*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Bento, A., Carreira, M., & Heitor, M.J. (2001). *Censo Psiquiátrico de 2001: Síntese dos Resultados Preliminares*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde do Ministério da Saúde.
- Beresford, B. A. (1994). Resources and strategies: How parents cope with the care of a disable child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(1), 171-209. doi: 10.1111/j.1469-7610.1994.tb01136.x
- Bernardo, M. A. R. (2012). *Vinculação e Estratégias de coping em mães de crianças prematuras* (Tese de mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Bifulco, A., Kwon, J., Jacobs, C., Moran, P.M., Bunn, A., & Beer, N. (2006). Adult Attachment Style as Mediator Between Childhood Neglect/abuse and Adult Depression and Anxiety. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 41, 796-805.
- Bifulco, A., Moran, P.M., Ball, C., Jacobs, C., Baines, R., Bunn, A., & Cavagin, J. (2002). Childhood Adversity, Parental Vulnerability and Disorder. Examining inter-generational transmission of risk. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 43(8) 1075-1086.
- Billings, A. G., & Moss, R. H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 877-891.
- Binik, Y. (1985). Psychosocial Predictors of Sudden Death: A Review and Critique. *Social Science and Medicine*, 7(7), 667-680.
- Blacher, J., & Hatton. C., (2007). Families in context: Influences on coping and adaptation. In S. Odom, R. Horner, M. Snell, & J. Blacher (Eds.), *Handbook of developmental disabilities*. The Guilford Press.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of Experience – Relatedness and Self-Definition in Personality Development, Psychopathology, and the Therapeutic Process*. Washington: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., & Blass, R. B. (1992). Relatedness and self-definition: Two primary dimensions in personality development, psychopathology, and psychotherapy. In

Bibliografia

- J. W. Barron, M. N. Eagle, & D. L. Wolitzky (Eds.), *Interface of Psychoanalysis and Psychology*. Washington: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., & Homann, E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical Psychology Review, 12*(1), 47-91. doi: 10.1016/0272-7358(92)90091-L
- Blatt, S. J., & Lerner, H. (1983). Psychodynamic perspectives on personality theory. In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook*. New York: Pergamon Press.
- Blatt, S. J., & Levy, K. (2003). Attachment Theory, Psychoanalysis, Personality Development, and Psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry, 23*(1), 102-150. doi:10.1080/07351692309349028
- Blatt, S. J., & Levy, K. N. (1998). A psychodynamic approach to the diagnosis of psychopathology. In J. W. Barron (Eds.), *Making diagnosis meaningful: Enhancing evaluation and treatment of psychological disorders*. Washington: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., & Luyten, P. (2009). A structural–developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span. *Development and Psychopathology, 21*(3), 793-814. doi: 10.1017/S0954579409000431.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review, 12*(5), 527-562. doi:10.1016/0272-7358(92)90070-O
- Blatt, S. J., Besser, A., & Ford, R. Q. (2007). Two Primary Configurations of Psychopathology and Change in Thought Disorder in Long-Term Intensive Inpatient Treatment of Seriously Disturbed Young Adults. *American Journal of Psychiatry, 164*(10), 1561-1567.
- Bouras, N., Martin, G., Leese, M., Vanstraelen, M., Holt, G., Thomas, C., Hindler, C., & Boardman, J. (2004). Schizophrenia-spectrum psychoses in people with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 48*(6), 548-555.

- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss – Attachment (Vol. 1)*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss – Separation (Vol. 2)*. London: Hogarth.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss – Loss, Sadness and Depression (Vol. 3)*. London: Hogarth.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. London: Routledge.
- Bowlby, J. (1990). *Apego e Perda*. Brazil: Martins Fontes Editora.
- Bradford, R. (1997). *Children, families and chronic disease: Psychological models and methods of care*. London: Routledge.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brown, R. I., MacAdam-Crisp, J., Wang, M., & Iarocci, G. (2006). Family quality of life when there is a child with a developmental disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 3(4), 238-245. doi: 10.1111/j.1741-1130.2006.00085.x
- Bundy, A. C., & Murray, E. A. (2002). Sensory integration: a Jean Ayres' theory revisited. In A. C. Bundy, S. J. Lane & E. A. Murray (Eds.), *Sensory integration: Theory and Practice* (pp. 3-33). Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
- Bunney, W. E., & Davis, J. M. (1965). Norepinephrine in depressive reactions. *Arch. Gen. Psychiatry* 13, 483-494.
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2010). The mediating role of self-criticism and dependency in the association between perceptions of maternal caring and depressive symptoms. *Depression & Anxiety*, 27(12), 1149-1057. doi: 10.1002/da.20763.
- Canavarro, M. C. (1997). *Relações afectivas ao longo do ciclo de vida e saúde mental*. (Dissertação de doutoramento em Psicologia Clínica). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Bibliografia

- Canavarro, M. C. (1999). *Relações Afetivas e Saúde Mental*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A Avaliação da Vinculação do Adulto: uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população Portuguesa. *Psicologia*, 20(1), 154-186. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.14/3964>
- Caprara, G. V., Scabini, E., Barbanelli, C., Pastorelli, C. R., & Bandura, A. (1998). Impact of adolescent's perceived self-regulatory efficacy on familial communication and antisocial conduct. *European Psychologist*, 3(2), 125-132. doi: 10.1027//1016-9040.3.2.125
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 184-195.
- Carver, C., Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Case-Smith, J., Butcher, L. & Reed, D. (1998). Parent's report of sensory responsiveness and temperament in preterm infants. *The American Journal of Occupational Therapy*, 52(7) 547-555.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2010). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: The Guilford Press.
- Castro, E. K., & Piccinini, C. A. (2002). Implicações da doença orgânica crónica na infância para as relações familiares: Algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(3), 625-635. doi: 10.1590/S0102-79722002000300016
- Cate, I. M., & Loots, G. M. (2000). Experiences of siblings of children with physical disabilities: An empirical investigation. *Disability and Rehabilitation*, 22(9), 399-408.
- Cicchetti, D. (1996). Regulatory processes in development and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8(1), 1-2. doi: 10.1017/S0954579400006933

- Cid, F. (2003). Evaluación de la autoeficacia en Psicología de la Salud. In T. Gutiérrez, R. Raich, D. Sánchez, & J. Deus (Eds). *Instrumentos de evaluación en Psicología de la Salud*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Cid, P., Orellana, A., & Barriga, O. (2010). Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Revista Médica de Chile*, *138*, 551-557.
- Classen, C., Koopman, C., Angell, K., & Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, *15*(6), 434-437.
- Coe, M.T., Dalenberg, C.J., Aransky, K.M., & Reto, C.S. (1995). Adult Attachment style, reported childhood violence history and types of dissociative experiences. *Dissociation*, *8*(3), 142-154.
- Collins, N. L. & Read, S. J. (1990), Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*(4), 644-663.
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, *101*(2), 87-127.
- Compas, B. E., Banez, G. A., Malcarne, V., & Worsham, N. (1991). Perceived Control and Coping with stress: a developmental perspective. *Journal of Social Issues*, *47*(4), 23-24. doi: 10.1111/j.1540-4560.1991.tb01832.x
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress and potential in theory and research. *Physiological Bulletin*, *127*(1), 87-127.
- Cordinhã, A. C., & Boavida, J. (2008). A criança hiperactiva: diagnóstico, avaliação e intervenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, *24*(5), 577-589.
- Correia, A. C. D. R. (2010). *Coping e auto-eficácia em pais de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1* (Tese de Mestrado). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Bibliografia

- Correia, L.M. (2008). *Educação Especial: aspetos positivos e negativos do decreto-lei n.º 3/2008*. Retrieved from <http://www.educare.pt/testemunhos/artigo/ver/?id=12542&langid=1>
- Correia, M. J. S. (2004). Investigação dos hábitos de saúde, comportamentos de risco e adesão terapêutica numa população diabética adulta. In J. Ribeiro, & I. Leal (Eds.), *Actas do 5o Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. A psicologia da saúde num mundo em mudança*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Cosbey, J., Johnston, S. S., & Dunn, M. L. (2010). Sensory processing disorders and social participation. *American Journal of Occupational Therapy*, 64 (3), 462-473.
- Costa, A. O., & Santos, P. L. D. (2011). Qualidade do processamento sensorial e vinculação infantil. *Da investigação às práticas*, 1(1), 110-127.
- Costa, C. (2011). *Indutores do Stress Parental* (Dissertação de mestrado). Universidade Fernando Pessoa: Porto.
- Cowley, A., Holt, G., Bouras, N., Sturmey, P., Newton, J., & Costello, M. (2004). Descriptive psychopathology in people with mental retardation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(3), 232-237.
- Coyne, J. C., & DeLongis, A. (1986). Going beyond social support: The role of social relationships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 454-460.
- Coyne, J.C., & Whiffen, V.E. (1995). Issues in Personality as Diathesis for Depression. The Case of Sociotropy-Dependency and Autonomy-Self-Criticism. *Psychological Bulletin*, 118(3), 358-378.
- Crnic, K. A., & Greenberg, M. T. (1990). Minor parenting stresses with young children. *Child Development*, 61(5), 1628-1637. doi: 10.2307/1130770
- Crnic, K. A., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2nd ed., vol.5). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Crnic, K., Hoffman, C., Gaze, C., & Edelbrock, C. (2004). Understanding the emergence of behavior problems in young children with developmental delays. *Infants and Young Children, 17*(3), 223-235.
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypothesis and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 5*(3), 314-332. doi: 10.1111/j.1468-2850.1998.tb00152.x
- DeGangi, G. A., & Greenspan, S. I. (1988). The development of sensory functions in infants. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics, 8*(2/3), 21-33.
- Dinis, Q. J. (2012). *Stress parental em mães de etnias africana e lusa* (Dissertação de Mestrado Integrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Dormans, J., & Pellegrino, L. (1998). *Caring for Children with Cerebral Palsy*. Baltimore: Paul Brookes Publishing.
- Doron, R., & Parot, F. (2001). Família. In R. Doron & F. Parot (Eds.), *Dicionário de Psicologia* (pp. 230-232). Lisboa: Climepsi.
- Drotar, D. (1992). Integrating theory and practice in psychological intervention with families of children with chronic illness. In T. J. Akamatsu, M. A. Stephens, S. E. Hobfoll, & J. H. Crowther (Eds.), *Family health psychology* (pp. 175-192). Washington, DC: Hemisphere Publishing Corporation.
- Eddy, L., & Engel, J. (2008). The impact of child disability type on the family. *Rehabilitation Nursing, 33*(3), 98-103.
- Ehlers, W. H., Prothero, S., & Longone, J. C. (1982). *Mental retardation and other developmental disability*. Columbus, OH: Merrill.
- Endler, N.S., Parker, J.D.A., & Butcher, J.D.A. (1993). A factor analytic study of coping styles and the MMPI-2 content scales. *Journal of Clinical Psychology, 49*(4), 523-527.
- Endler, N.S., Parker, J.D.A., & Summerfeldt, L.J. (1998). Coping with health problems: developing a reliable and valid multidimensional measure. *Psychological Assessment, 10*(3), 195-205. doi: 10.1037/1040-3590.10.3.195

Bibliografia

- Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (1998). *Tratado de Psiquiatria* (8aed). Masson. Barcelona.
- Faria, C., Fonseca, M., Lima, V. S., Soares, I., & Klein, J. (2007). Vinculação na idade adulta. In I. Soares (Coord.), *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Feinberg, M.E. (2002). Coparenting and the transition to Parenthood: a framework for prevention. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(3), 173-195.
- Feinberg, M.E. (2003). The internal structure and ecological context of coparenting: a framework for research and intervention. *Parenting: Science and Practice*, 23(2), 95-131. doi: 10.1207/S15327922PAR0302_01
- Fernandes, N. L. S. (2012). *Processamento neural de faces em crianças institucionalizadas com e sem perturbação de vinculação: um estudo de potenciais evocados* (Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia). Escola de Psicologia da Universidade do Minho.
- Fiamenghi, G., & Messa, A. (2007). Pais, filhos e deficiência: Estudos sobre as relações familiares. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27(2), 236-245.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire: Research edition*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1991). Coping and emotion. In Monat & R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping: An anthology*. New York: Columbia University Press.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S., Gruen, R. J. & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839-852.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170.

- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647-654.
- Fonseca, A., Nazaré, B., & Canavarro, M. C. (2013). Validação da Escala de Representações Mentais de Prestação de Cuidados para a população portuguesa: Um estudo numa amostra de pais de bebés de um mês de idade. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 1(35), 161-182.
- Fonseca, A.F. (1985). *Psiquiatria e Psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Goulbenkian.
- Freud, S. (1933). *New introductory lectures on psychoanalysis*. New York: Norton.
- Fujiura, G. T., & Yamaki, K. (2000). Trends in demography of childhood poverty and disability. *Exceptional Children*, 66, 187-199. doi: 10.1177/001440290006600204
- Gadia C., Tuchman, R., & Rotta, N. (2004). Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. *Jornal de Pediatria*, 80(2, Suppl.), 83-94. Doi: 10.1590/S0021-75572004000300011.
- Gardner, D.G., & Pierce, J.L. (1998). Self-esteem and Self-efficacy within the organizational context. *Group and Organization Management*, 23, 48-70.
- Garmezy, N. (1985). Stress-resistant children: the research for protective factors. In: J. E., Stevenson (Org.), *Aspects of Current Child Psychiatry Research*. Oxford: Pergamon.
- Garralda, M.E. (1994). Chronic Physical Illness and Emotional Disorder in Childhood. *British Journal of Psychiatry*, 154(1), 8-10.
- Gatchel, R. J., Baum, A., & Krantz, D. S. (1989). *An introduction to health psychology*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Gathercole, M. (2004). Development and Exploration of a New Model for Understanding Depression. *The Australian Journal of Counselling Psychology*, 4(5), 7-17.

Bibliografia

- Gauderer, C. (1997). *Autismo e outros atrasos no desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Revinter.
- George, C., & Solomon, J. (1996). Representational models of relationships: Links between caregiving and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 198-216. doi: 10.1002/(SICI)1097-0355(199623)17:3<198::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-L
- George, C., & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York: The Guilford Press.
- Geraldes, S. A. (2005). *Necessidades dos Pais de Crianças com Perturbações do Espectro do Autismo: Estudo Desenvolvido em Três Instituições Especializadas da Cidade do Porto*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Gleitman, H., Fridlund, A.J., & Reisberg, D. (2007). *Psicologia (7aed)*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Goldrajch, D. (1996). F.E.L.I.Z. Uma estratégia cognitivo-comportamental para o manejo da depressão. *J. Bras. Psiquiatria*, 45(12), 709-712.
- Goldsmith, H. H. & Alansky, J. (1987). Maternal and infant temperamental predictors of attachment: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(6), 805-816.
- Goldstein, K. (1940). *Human Nature in the Light of Psychopathology*. Cambridge: Harvard University Press.
- Graeff, F. G., & Brandão, M. L. (1993). *Neurobiologia das doenças mentais*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Greenspan, S. I. (1994). *The practice of clinical assessment and intervention with emotional and developmental challenges* (2nd ed.). Connecticut: International Universities Press, Inc.
- Groenendyk, A.E., & Volling, B.L. (2007). Coparenting and early conscience, development in the family. *The Journal of Genetic Psychology*, 168(2), 201-224. doi: 10.3200/GNTP.168.2.201-224

- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2004). *Vinculação, Conceitos e aplicações*. Lisboa: Cimepsi Editores.
- Guidano, V. (1991). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. NY: Guilford Press.
- Guidano, V.F. (1987). *Complexity of the Self: a development approach to psychopathology and therapy*. New York: Guilford Press.
- Gupta, A., & Singhal, N. (2004). Positive perceptions in parents of children with disabilities. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 15(1), 22-35.
- Gupta, V. B. (2007). Comparison of parenting stress in different developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 19(4), 417-425. doi: 10.1007/s10882-007-9060-x
- Guralnick, M. (1997). *The Effectiveness of Early Intervention*. Baltimore: Paul Brookes Publishing.
- Guralnick, M. J. (1998). *The effectiveness of early intervention for vulnerable children: a developmental perspective*. *American Journal on Mental Retardation*, 102(4), 319-345.
- Haan, N. (1982). The assessment of coping, defense, and stress. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects*. New York: Free Press.
- Hamptom, M., & Frombach, I. (2000). Women experience of traumatic stress in cancer treatment. *Health Care for Woman International*, 21(1), 67-76.
- Hane, A.A., & Fox, N.A. (2006). Ordinary Variations in Maternal Caregiving of Human Infants Influence Stress Reactivity. *Psychological Science*, 17(6), 550-556.
- Harrison, R. V. (1978). *Person - environment Fit and Job Stress; Stress at Work*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Hastings, R. P. (2007). Longitudinal relationships between sibling behavioral adjustment and behavior problems of children with developmental disabilities. *Journal Autism Developmental Disorders*, 37(8), 1485-1492.

Bibliografia

- Hauser, S. (2007). The lost self: Early loss and the impact on self development in adolescence. *European Journal of Psychoanalytic Therapy and Research*, 8(28), 147-173.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1990). Love and work: An attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(2), 270-280.
- Hazan, C., Campa, M. & Gur-Yaish, N. (2006). What is Adult Attachment? In M. Mikulincer, & G. S. Goodman (Eds.), *Dynamics of Romantic Love: Attachment, Caregiving, and Sex*. New York: The Guilford Press.
- Heckhausen, J., & Schulz, R. (1995). A life spans theory of control. *Psychological Review*, 102(2), 284-304.
- Heinzer, M.M. (1998). Health Promotion during Childhood Chronic Illness: A Paradox Facing Society. *Holistic Nursing Practice*, 12(2), 8-16.
- Hodges, J., & Tizard, B. (1989). Social and family relationships of ex-institutional adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(1), 77-97.
- Holahan, C. J. & Moss, R. H. (1985). Life stress and health: Personality, coping, and family support in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(3), 739-747.
- Holahan, C., & Moos, R. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946-955.
- Holden, G. (1991). The relationship of self-efficacy appraisals to subsequent health related outcomes: A meta-analysis. *Social Work in Health Care*, 16(1), 53-93.
- Holden, G. W., Geffner, R., & Jouriles, E. N. (1998). *Children exposed to marital violence: theory, research, and applied issues*. Washington: Psychology American Association.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11(2), 213-218.

- House, A. (1988). Mood disorders in the physically ill. Problems of definition and measurement. *J. Psychosom Res.*, 32(4-5), 345-353.
- Houzel, D., Emmanueilli, M., & Moggio, F. (2004). *Dicionário de psicopatologia da criança e do adolescente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hsieh, R. L., Huang, H. Y., Lin, M. I., Wu, C. W., & Lee, W. (2009). Quality of life, health satisfaction and family impact on caregivers of children with developmental delays. *Child: Care, Health and Development*, 35(2), 243-249. doi: 10.1111/j.1365-2214.2008.00927.x
- Hung, J. W., Wu, Y. H., & Yeh, C. H. (2004). Comparing stress levels of children with cancer and parents of children with physical disabilities. *Psychooncology*, 13(12), 898-903.
- Ingram, R.E., & Luxton, D.D. (2005). *Vulnerability-Stress Models. Development of Psychopathology: A Vulnerability-Stress Perspective*. USA: Sage Publications.
- Jennings, S. (2005). Autism in Children and Parents: unique considerations for family court professionals. *Family Court Review*, 43(4), 582-595. doi: 10.1111/j.1744-1617.2005.00057.x
- Johnson, L., Gallagher, R., & La Montagne, M. (1994). *Meeting Early Intervention Challenges – Issues from Birth to Three*. Baltimore: Paul Brookes Publishing.
- Johnson, S. B. (1985). The family and the child with chronic illness. In D. C. Turk, & R. D. Kerns (Eds.), *Health, illness and families. A life-span perspective*. New York: John Wiley & Sons.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2), 167-175. doi: 10.1207/s15374424jccp1802_8
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3) 183-207.

Bibliografia

- Jones, E. E. (1998). Depression: Intervention as Assessment. In Barron, J. & W. (Eds.). *Making diagnosis meaningful: Enhancing evaluation and treatment of psychological disorders*. Washington: American Psychological Association.
- Kaplan, H. I.; Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1994). *Synopsis of Psychiatry*. (7 ed.) Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kazak, A. E. (1989). Families of chronically ill children: A systems and socio-ecological model of adaptation and challenge. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 25-30.
- Kehoe, J. (1995). Basic Item Analysis for Multiple-Choice Tests. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 4(10). Retirado de <http://pareonline.net/getvn.asp?v=4&n=10%20>
- Kendler, K.S., Neale, M., Kessler, R.C., Heath, A.C., & Eaves, I.J. (1992). Major depression and generalized anxiety disorder. Same genes, partly different environments? *Arch Gen Psychiatry* 49(9), 716-722.
- Kenny, D. (2015, Março). Moderator Variables (Blog personal). Retrieved from <http://davidakenny.net/cm/moderation.htm>
- Kenny, J., & Corkin, D. (2011). The challenges of caring for an exceptional child. *Learning Disability Practice*, 14 (9), 14-18. doi: 10.7748/ldp2011.11.14.9.14.c8805
- Konstantareas, M., Homatidis, S., & Plowright, C.M. (1992). Assessing resources and stress in parents of severely dysfunctional children through the Clarke modification of Holroyd's Questionnaire on Resources and Stress. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22(2), 217-234.
- Kraepelin, E. (1913). *Lectures on clinical psychiatry*. (8th ed.). JH Barth. Leipzig.
- Labrador, F. J. (1992). *O stress*. Lisboa: Edições Temas da Actualidade.
- Lafer, B., Renshaw, P. F., & Sachs, G. S. (1998). *Depressão maior e os gânglios da base. Neuropsiquiatria dos gânglios da base*. São Paulo: Lemos Editorial.

- Lane, S. J. (2002). Sensory modulation. In A. C. Bundy, S. J. Lane & E. A. Murray (Eds.), *Sensory integration: Theory and practice*. Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
- Lázaro, A. D. V. (2012). *Perturbações do desenvolvimento na criança: perspectiva materna do impacto do problema na família e ambiente familiar* (Tese de mestrado integrado em psicologia clínica). Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Lisboa.
- Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., & DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist*, 38(3), 245-254.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985). Stress adaptational outcomes: The problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40(7), 770-785.
- Leal, H., & Carvalho, M. (2005). *Vinculação, temperamento e problemas emocionais e comportamentais na infância e adolescência* (Monografia da licenciatura em Psicologia clínica). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
- Leite, J. C., Draschler, M. L., Centeno, M. O., Pinheiro, C. A., & Silveira, V. L. (2002). O desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti- retroviral. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, 121-133.
- Leonard, B. E. (1997). The role of noradrenaline in depression: a review. *Journal of Psychophatology*, 11(4 Suppl), S39-S47.

Bibliografia

- Leonard, H., & Wen, X. (2002). The epidemiology of mental retardation: Challenges and opportunities in the new millennium. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8(3), 117-134.
- Lerner, R. M., Lerner, J. V., Almerigi, J., & Theokas, C. (2006). Dynamics of Individual Context Relations in Human Development: A Developmental Systems Perspective. In J. C. Thomas & D. L. Segal (Eds.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology: Personality and everyday functioning*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Leventhal, H., Patrick-Miller, L., & Leventhal, E. A. (1998). It's long-term stressors that take a toll: Comment on Cohen et al. *Health Psychology*, 17(3), 211-213.
- Lipp, M. (1984). Estresse e suas implicações. *Estudos de Psicologia*, 1(3-4), 5-19.
- Lloyd, D. & Turner, J. (2003). *Cumulative adversity and posttraumatic stress disorder: evidence from a diverse community sample of young adults*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(4), 381-391.
- Lopez, D. F., & Little, T. D. (1996). Children's action-control beliefs and emotional regulation in the social domain. *Developmental Psychology*, 32(2), 299-312.
- Luyten, P. & Blatt, S. J. (2011). Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: A proposal for DSM V. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 52-68.
- Macfie, J., Cichetti, M.J., & Toth, S.L. (2001). The development of dissociation on maltreated preschool-aged children. *Developmental Psychology*, 13(2), 233-254.
- Maddux, J., & Meier, L. (1995). Self-efficacy and depression. In J. E. Maddux (Org.), *Self-efficacy, adaptation and adjustment: theory, research and application*. New York: Plenum.
- Maia, J. M. D., & Williams, L. C. de A. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em Psicologia*, 13(2) 91-103.
- Marcus, M., Yasamy, M. T., Van Ommeren, M., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). *Depression: A global public health concern*. WHO Department of Mental Health

- and Substance Abuse. Retrieved from http://www.who.int/entity/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf?ua=1
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., & Willig, C. (2000). Health psychology: An Introduction. In D.F., Marks, M. Murray, B. Evans, & E.V., Estacio (Ed.), *Health Psychology Theory, research and practice* (pp. 3-24). London: Sage Publications.
- Marques, C. E. (2000). *Perturbações do espectro do autismo: ensaio de uma intervenção construtivista e desenvolvimentalista com mães*. Coimbra: Quarteto.
- Martín-Aragón, M., Pastor, M., López Roig, S., Lledó, A., Sitges Maciá, E., Terol M. e Rodríguez Marín, J. (2003). *Validación de la escala de autoeficacia general en muestra española*. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández.
- Martinez, V., & Parra, Z. (2007). El impacto del déficit mental en el ámbito familiar. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 23(3). Retrieved from http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_3_07/mgi02307.htm
- Martins, M.D. (2004). Factores de risco psicossociais para a saúde mental. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 29, 255-268.
- Martins, R. M. M. C. F. (2011). *Dimensões da personalidade e da vinculação em pacientes com sintomatologia depressiva: Estudo exploratório* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Lisboa.
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1990). Determinants of parenting stress: Illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 313-328. doi: 10.1207/s15374424jccp1904_3
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Mathews, K. A. (1982). Psychological perspectives on the type A behavior pattern. *Psychological Bulletin*, 91(2), 293-323.

Bibliografia

- Matos, P. (2009). Perturbações do desenvolvimento infantil –conceitos gerais. *Revista Portuguesa de medicina geral e familiar*, 25(6), 669-676.
- Mazure, C. M., Bruce, M. L., Maciejewski, P. K., & Jacobs, S. C. (2014). Adverse life events and cognitive-personality characteristics in the prediction of major depression and antidepressant response. *Am J Psychiatry*, 157(6), 896-903.
- McAdams, D. P. & Olson, B.D. (2010). Personality Development: Continuity and Change Over the Life Course. *Annual Review of Psychology*, 61, 517-542. doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100507
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change*. New York: The Guilford Press.
- Miller, S. M. (1981). Predictability and human stress: Toward clarification of evidence and theory. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 14, pp. 203-255). New York: Academic Press.
- Millon, T. & Grossman, S. D. (2006). Goals of a Theory of Personality. In J. C. Thomas & D. L. Segal (Eds.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology: Personality and everyday functioning*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B., Liebman, R., Milman, L. & Todd, T. (1978). A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 1031-1038.
- Monroe, S. M., & Hadiyannakis, H. (2002). *The social environment and depression. Focusing on severe life stress. Handbook of Depression*. New York: Guilford Press.
- Monroe, S.M., & Reid, M.W. (2009). Life Stress and Major Depression. *Current Directions in Psychology Science*, 18(2), 68-72. doi: 10.1111/j.1467-8721.2009.01611.x
- Montagner, H. (1993). *A Vinculação, a Aurora da Ternura*. Lisboa: Instituto Piaget Editores.

- Monteiro, I. S. (2010). *O contributo das experiências familiares, vinculação e apoio social para a depressão no adulto* (Tese de Doutoramento Psicologia Clínica). Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Moos, R., & Billings, A. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects*. New York: Free Press.
- Moos, R., & Schaffer, J. (1984). *Coping with physical illness: New perspectives*. New York: Plenum.
- Morgado, M., Pires, A., & Pinto, J. (2000). Auto-eficácia na criança asmática. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 121-128. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.12/1744>
- Mouton, P. Y., & Tuma, J. M. (1988). Stress locus of control and role satisfaction in clinic and control mothers. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17(3), 217-224. doi: 10.1207/s15374424jccp1703_4
- Mullen, P., Gottlieb, N., Biddle, A., McCuan, R., & McAlister, A. (1988). Predictors of safety belt initiative by primary care physicians: a social learning theory perspective. *Medical Care*, 26(4), 373-382.
- Mulligan, S. (2002). Advances in sensory integration research. In A. C. Bundy, S. J. Lane & E. A. Murray (Eds.), *Sensory integration: Theory and practice* (pp. 397-411). Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
- Mullins, L. L., Wolfe-Christensen, C., Chaney, J. M., Elkin, T. D., Wiener, L., Hullmann, S. E., Fedele, D. A., & Junghans, (2011). The relationship between single-parent status and parenting capacities in mothers of youth with chronic health conditions: The mediating role of income. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(3), 249-257. doi: 10.1093/jpepsy/jsq080
- Neves, L. M. M. F. (2008). *Vinculação, episódios emocionais e compreensão emocional nas perturbações alimentares* (Dissertação de Doutoramento). Universidade do Minho, Braga.
- Neves, S. P. & Faria, L. (2004). Auto-eficácia académica: Definição conceptual e recomendações metodológicas para a construção de instrumentos de avaliação.

Bibliografia

- In C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Ed.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: APPORT.
- Nierenberg, A.A., Sussman, N., & Trivedi, M. (2003). *Managing Relapse in Depression*. London: Science Press.
- Nihira, K., Meyers, C. E. & Mink, I. T. (1980). Home environment, family adjustment and the development of mentally retarded children. *Applied Research in Mental Retardation*, 1(1-2), 5-24. doi:10.1016/0270-3092(80)90013-2
- Nissenbaum, M.S., Tollefson, N. & Reese, R.M. (2002). The interpretative conference: sharing a diagnosis of autism with families. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 17(1), 30-43. doi: 10.1177/108835760201700103
- O'Brien, T. B., & DeLongis, A. (1996). The interactional context of problem, emotion, and relationship-focused coping: The role of big five personality factors. *Journal of Personality*, 64(4), 775-813.
- O'Connor, T. G., & Zeanah, C. H. (2003). Attachment disorders: Assessment strategies and treatment approaches. *Attachment & Human Development*, 5(3), 223-244.
- O'Leary, A. (1992). Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 229-245.
- Odgen, J. (2004). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Odom, S. L., Horner, R. H., Snell, M. E., & Blacher, J. (2007). The construct of development disabilities. In S. L. Odom, R. H. Horner, M. E. Snell, & J. Blacher (Eds.), *Handbook of developmental disabilities*. New York: The Guilford Press.
- Oelofsen, N., & Richardson, P. (2006). Sense of coherence and parenting stress in mothers and fathers of preschool children with developmental disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 31(1), 1-12.
- Oh, H., & Lee, E. O. (2009). Caregiver burden and social support among mothers raising children with developmental disabilities in South Korea. *International Journal of Disability, Development and Education*, 56(2), 149-167. doi: 10.1080/10349120902868624

- Oswald, I.; Brezinova, L. E. & Dunleavy, D. L. F. (1972). On the slowness of action of tricyclic antidepressant drugs. *Journal Psychiatry*, 120(559), 673-677.
- Pacheco, H. C. (2005). As áreas cerebrais topográficas da íris – e as dificuldades de aprendizagem (Monografia para obtenção do título de especialista em Iridologia). Faculdade de Ciências da Saúde de São Paulo, Porto Alegre.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1993). *Características psicológicas associadas à saúde em estudantes, jovens, da cidade do Porto*. Porto: Edição policopiada do autor.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1995). Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. In L. S. Almeida, & I. S. Ribeiro (Orgs.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: APPORT.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1998). *Psicologia da saúde*. Lisboa: ISPA.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra. Quarteto.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Metodologia de Investigação em psicologia da saúde*. Porto: Legis editora.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2009). *Coping: estratégias para redução do stress*. Executive Health and Wellness, 1(9), 28-29.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A.P. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do brief cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a um amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 19(4), 491-505. doi: 10.14417/ap.379
- Pais-Ribeiro, J. Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltasar M., (2007). Validation study of a Portuguese version of the hospital Anxiety and depression scale. *Psychol Health Med* 2007, 12(2), 225-237
- Parker, J., & Endler, N. (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality*, 6(5), 321-344. doi: 10.1002/per.2410060502
- Pastorelli,
-efficacy: A cross-national study. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(2), 89-97.

Bibliografia

- Patterson, G. R. (1989). *The Families with aggressive children*. Eugene, OR: Castalia.
- Peiró, J.M. (1993). *Desencadeantes del Estrés Laboral*. Salamanca: Endema.
- Penninx, B.W.J.H., van Tilburg, T., Boeke, A.J.O., Deeg, D.J.H., Kriegsman, D.M.W., & van Eijk, J.T. (1998). Effects of social support and personal coping resources on depressive symptoms: different for various chronic diseases? *Health Psychology, 17*(6), 551-558.
- Pereira, E. G. (1999). *Autismo: O Significado como processo central*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Pereira, J. L. (2002). Síndrome de Rett. In W. Camargos Jr. (Org.), *Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º milênio*. Brasília: Ministério da Justiça, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de deficiência, AMES, ABRA.
- Pereira, M. & Almeida, P. (2004). Auto-eficácia na diabetes: Conceito e validação da escala. *Análise Psicológica, 12*(3), 585-595.
- Perez, L., & Oltra J. (2000). *Prevención del estrés profesional docente*. Valencia: Generalitat Valenciana conselleria de cultura y educación, Dirección general de ordenación, innovación educativa e política lingüística, Servicio de formación del profesorado.
- Perrez, M., & Baumann, U. (2005). *Lehrbuch klinische Psychologie – Psychotherapie*. Aufl. Bern: Huber.
- Perrin, J.M., & Shonkoff, J.P. (2000). Develop-mental Disabilities and Chronic Illness: An Overview. Em R.E. Behrman, R.M. Kliegman, & H. B. Jenson (Orgs.), *Nelson textbook of Pediatrics*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Pinto, J. B., (1982). Sobre a concepção de vinculação. *Análise Psicológica, 1/2*(III), 47-66.

- Rae-Grant, N., Thomas, B. E., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1989). Risk, Protective factors, and the prevalence of behavior and emotional disorders in children and adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28(2), 262-268.
- Reebye, P., & Stalker, A. (2008). *Understanding regulation disorders of sensory processing in children*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Reichman, N. E., Corman, H., & Noonan, K. (2008). Impact of child disability on the family. *Matern Child Health Journal*, 12, 679-683.
- Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da familia – perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Resnikoff, S., Pascolini, D., Etya'ale, D., Kocur, I., Pararajasegaram, R., Pokharel, G.P., & Mariotti, S.P. (2004). Global data on visual impairment in the year 2002. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 844-851.
- Richters, M., & Volkmar, F. (1994). Reactive attachment disorder: case reports. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(3), 328-332.
- Ridder, D., & Schreurs, K. (2001). Developing Interventions for Chronically Ill Patients: Is Coping a Useful Concept? *Clinical Psychology Review*, 21(2), 205-240.
- Roesch, S.C., & Weiner, B. (2001). A meta-analytic review of coping with illness: do causal attributions matter? *Journal of Psychosomatic Research*, 50(4), 205-219.
- Rothbart, M. K. & Bates, J. E. (1998). Temperament. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (5a ed.). New York: Wiley.
- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (2006). Temperament. In W. Damon, & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (5 ed., vol. 3). New York: Wiley.
- lization,
review, and critique. *Psychological Bulletin*, 118(3), 328-357.

Bibliografia

- Rutter, M. (1990). Psychological resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & S. Weinraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rutter, M., Kreppner, J., & Sonuga-Barke, E. (2009). Emanuel Miller Lecture: Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders: where do research findings leave the concepts? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(5), 529-543. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02042.x.
- : A step toward theory development. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(2), 256-263. doi: 10.1037/h0079328
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books Inc. Publishers.
- Saloviita, T., Itälina, M., & Leinonen, E. (2003). Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability: A double ABCX model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(Pt 4-5), 300-312.
- Sampaio, D., & Gameiro, J. (1985). *Terapia familiar*. Porto: Afrontamento.
- Sanna, L. J. (1992). Self-efficacy theory: Implications for social facilitation and social loafing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(5), 774-786.
- Santos, S. V. (1997). Versão portuguesa do Parenting Stress Index (PSI): Validação preliminar. In M. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo, C. Machado, L. Almeida, & M. Simões (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. 5, pp. 139-149). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Santos, S. V. (1998). A família da criança com doença crónica: Abordagem de algumas características. *Análise Psicológica*, 1(16), 65-75.
- Santos, S. V. (2002). Características do *stress* parental em mães de crianças com Síndrome Nefrótico. *Análise Psicológica*, 20(2), 233-241.
- Santos, V. A. B. (2008). *Stress parental e práticas parentais em mães de crianças com perturbação de hiperactividade com défice de atenção* (Dissertação de Mestrado

- integrado em Psicologia). Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Lisboa.
- Schaffer, R. (1996). *Social development*. Oxford: Blackwell.
- Schildkraut, J. J. (1965). The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence. *Am. J. Psychiatry*, 122, 509-522.
- Schmidt, C. (2004). *Estresse, auto-eficácia e o contexto de adaptação familiar de mães de portadores de transtornos globais do desenvolvimento* (Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Curitiba.
- Schmidt, C., & Bosa, C. (2003). A investigação do impacto do autismo na família: Revisão crítica da literatura e proposta de um novo modelo. *Interação em Psicologia*, 7(2), 111-120. doi: 10.5380/psi.v7i2.3229
- Scholz, U., Dona, B. G., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? *European Journal of Psychological Assessment*, 18(3).
- Schoon, I. (2006). *Risk and Resilience: Adaptations to changing times*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schotte, C. K.W., Bossche, B.V.D., Doncker, D., Claes, S., & Cosyns, P. (2006). A biopsychosocial model as a guide for psychoeducation and treatment of depression. *Depression and Anxiety*, 23(5), 312-324.
- Schreiber, M. T. (1998). Depressive cognitions. *Am. J. Psychiatry*, 135(12), 1570-1571.
- Schwarzer, R., & Schmitz, G. (2004): Perceived self-efficacy as a resource factor in teachers. In M. Salanova, R. Grau, I. Martínez, E. Cifre, S. Llorens, & M. Garcia-Renedo (2004), *Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia*. Castelló de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I, D.L.
- Scorgie, K., Wilgosh, L., & McDonald, L. (1998). Stress and coping in families of children with disabilities: An examination of recent literature. *Developmental Disabilities Bulletin*, 26(1), 22-42.

Bibliografia

- Seligman, M. E. P., Abramson L. Y., Semmel, A., & von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *J Abnorm Psychology*, 88(3), 242-247. doi: 10.1037/0021-843X.88.3.242
- Seltzer, M., Greenberg, J., Floyd, F., Pette, Y., & Hong, J. (2001). Life courses impacts of parenting a child with a disability. *American Journal on Mental Retardation*, 106(3), 265-286.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. New York: Lippincott.
- Selye, H. (1979). *The Stress of Life*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Shevell, M., Ashwal, S., Donley, D., Flint, J., Gingold, M., Hirtz, D., Majnemer, A., Noetzel, M., & Sheth, R. D. (2003). Practice parameter: Evaluation of the child with global developmental delay - Report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology and The Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*, 60(3), 367-380. doi: 10.1212/01.WNL.0000031431.81555.16
- Siegel, D. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: attachment relationships, "mindshight" and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 67-94.
- Silva, A. R. (2012). *Fatores Preditivos do Stress Parental* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica). Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra.
- Silva, I. L. (2003). *Qualidade de vida e variáveis associadas a sequelas de diabetes e sua evolução ao longo do tempo* (Tese de Doutoramento). Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, Universidade do Porto, Porto.
- Simon, M. A. (Ed.) (1993). *Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.
- Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (1998). Attachment in Adulthood. In Simpson, J. A. & Rholes, W. S. (Ed.), *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford.

- Smith, R. E. (1989). Effects of coping skills training on generalized self-efficacy and locus of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 228-233.
- Soares, I. (1996). *Representação da Vinculação na Idade Adulta e na Adolescência*. Editora: Universidade do Minho-Instituto de Educação e Psicologia.
- Soares, I. (2007). *Relações de Vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Solis-Ponton, D., & Lebovici, S. (2004). Diálogo Leticia Solis-Ponton e Serge Levovici. In D. Solis-Ponton (Ed.), *Ser pai, ser mãe – Parentalidade: Um desafio para o terceiro milénio*. S. Paulo: Casa do Psicólogo.
- Solomon, J., & George, C. (1996). Defining the caregiving system: Toward a theory of caregiving. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 183-197. doi: 10.1002/(SICI)1097-0355(199623)17:3<183::AID-IMHJ1>3.0.CO;2-Q
- Sousa, I. F. de, Mendonça, H., Zanini, D. S., & Nazareno, E. (2009). Estresse ocupacional, coping e burnout. *Estudos Goiânia*, 36(1/2), 57-74.
- Sousa, S.B. & Pires, A.A.P. (2003). Comportamento materno em situações de risco: mães de crianças com paralisia cerebral. *Psicologia, saúde & doença*, 4(1), 111-130.
- Sroufe, L. A., & Watters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.
- Srour, M., Mazer, B., & Shevell, M. (2006). Analysis of clinical features predicting etiologic yield in the assessment of global developmental delay. *Pediatrics*, 118(1), 139-145. doi: 10.1542/peds.2005-2702
- Stahl, S. M. (1998). *Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações clínicas*. Rio de Janeiro: MEDSI – Editora Médica e Científica Ltda.
- Stein, R., & Reissman, C. K. (1980). The development of an Impact-on-Family Scale: Preliminary Findings. *Medical Care*, 28(4), 465-472.
- Sullivan, P.F., Neale, M.C., & Kendler, K.S. (2000). Genetic epidemiology of Major Depression. Review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552-1562.

Bibliografía

- Taché, J., & Selye, H. (1976). On stress and coping mechanisms. In C. D. Spielberger, & I. G. Sarason (Eds.), *Stress and anxiety*. USA: Hemisphere Publishing Corporation.
- Tallón, M., Ferro, M., Gómez, R., & Parra, P. (1999). Evaluation del clima familiar en una muestra de adolescentes. *Revista de Psicología Geral y Aplicada*, 52(4), 453-462.
- Taunt, H. M., & Hastings, R. P. (2002). *Positive impact of children with developmental disabilities on their families: A preliminary study*. *Education and Training in Mental Retardation*, 37(4), 410-420.
- Taylor, Z. E. Larsen-Rife, D., Conger, R. D., Widaman, K. F., & Cutrona, C. E. (2010). Life stress, maternal optimism, and adolescent competence in single mother, african american families. *Journal of Family Psychology*, 24(4), 468-477. doi: 10.1037/a0019870
- Telles-Correia, D., & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em medicina: modelos teóricos e avaliação. *Acta Med Port*, 22(1), 89-98.
- Triandis, H. C., & Suh, E. M. (2002). Cultural Influences on Personality. *Annual Review of Psychology*, 53, 133-160.
- Trute, B., & Hierbert-Murphy, D. (2005) Predicting family adjustment and parenting stress in childhood disability services using brief assessment tools. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 30(4), 217-225. doi:10.1080/13668250500349441
- Trute, B., Benzies, M. K., Worthington, C., Reddon, J.R., & Moore, M. (2010). Accentuate the positive mitigate the negative: Mother psychological coping resources and family adjustment in childhood disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 35(1), 36-43. doi: 10.3109/13668250903496328
- Trute, B., Hierbert-Murphy, D., & Levine, K. (2007). Parental appraisal of the family impact of childhood developmental disability: Times of sadness and times of joy. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 32(1), 1-9.

- Van Egeren, L.A. & Hawkins, D.P. (2004). Coming to terms with coparenting: implications of definitions and measurement. *Journal of Adult Development*, 11(3), 165-178. doi: 10.1023/B:JADE.0000035625.74672.0b
- Van Ijzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2003). Attachment disorders and disorganized attachment: Similar and different. *Attachment & human development*, 5(3), 313-320.
- Van Praag, H. M., & Korf, J. (1971). Endogenous depression with and without disturbances of 5-hydroxytryptamine metabolism. A biochemical classification? *Psychopharmacol*, 19(2), 148-152. doi: 10.1007/BF00402638
- Vancouver, J. B., Thompson, C. M., Tischner, E. C., & Putka, D. J. (2002). Two studies examining the negative effect of self-efficacy on performance. *Journal of Applied Psychology*, 87(3), 506-516.
- Vasconcellos, M., Rocha, M. C., & Maciel, V. H. (2010). Revisão teórica sobre depressão pela análise do comportamento e por alguns manuais psiquiátricos. *Conscientiae saúde*, 9(4), 719-725.
- Vaz Serra, A. (1992, Maio). Um Modelo Descritivo de Stress. Trabalho Apresentado no Workshop sobre *Stress Managment in the Community Settings*, Praga.
- Vaz Serra, A. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), 261-278.
- Vaz Serra, A. (2002). Recursos e estratégias para lidar com o stress. In A. Serra (Ed.), *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do Autor.
- Vaz-Serra, A. (1987). Um estudo sobre coping: O Inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clínica*, 9(4), 301-316.
- Vieira M.A., & Lima R.A.G. (2002). Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10(4), 557-560. doi: 10.1590/S0104-11692002000400013
- Volkmar, F., & Weisner, L. (2004). *Healthcare for children on the autistic spectrum: a guide to medical, nutritional and behavioural issues*. Berthesda, MD: Woodbine House.

Bibliografia

- Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., AlHamzawi, A.O., Alonso, J., Andrade, L.H., Angermeyer, M., Borges, G., Bromet E.J., Bruffaerts, R., Bunting, B., Caldas de Almeida, J.M., Florescu, S., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Hinkov, H.R., Hum C.Y., Karam, E.G., Kovess, V., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., Sagar, R., Seedat, S., Wells, J.E., Kessler, R.C. (2011). Treated and untreated prevalence of mental disorder worldwide. In G. Thornicroft, G. Szmukler, K. Mueser & B. Drake (Eds.), *Oxford Textbook of Community Mental Health* (pp.50-66). New York: Oxford University Press.
- Wasserman, M.D.A. (1992). Princípios de tratamento psiquiátrico de crianças e adolescentes com doenças físicas (M. C. M. Goulart, trad.), In B. Garfinked, G. Carlson, & E. Weller (Orgs.), *Transtornos psiquiátricos na infância e adolescência* (pp. 405-421). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Watson, M., & Greer, S. (1998). Personality and coping. In J. Holland (Ed.), *Psychoncology* (pp. 91-98). New York: Oxford University Press
- Weiss, R. S. (1982). Attachment in adult life. In C. M. Parkes, & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behavior*. New York: Basic Books.
- Weissman, M.M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Waner, V., Verdeli, H., Pilowsky, D., Grillon, C., & Bruder, G. (2005). Families at High and Low Risk of Depression: a 3-Generation Study. *American General Psychiatry*, 62(1), 29-36.
- Weisz, J. R., McCabe, M., & Denning, M. D. (1994). Primary and secondary control among children undergoing medical procedures: Adjustment as a function of coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 324-332.
- Werner, E. E. (1998). Protective factors and individual resilience. In S. J., Meisels, J., & P. Shonkoff (Orgs.), *Handbook of Early Childhood Intervention*. Nova York: Cambridge University Press.
- WHO – World Health Organization (2003). *Investing in Mental Health*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, Non communicable Diseases and Mental Health, World Health Organization.

- WHO – World Health Organization (2008). *Ten statistical highlights in global public health*. Geneva: WHO.
- WHO - World Health Organization (2012). *World suicide prevention day 2012*. Retrieved from http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/
- WHO – World Health Organization (2014). *Health topics*. Retrieved from <http://www.who.int>.
- WHO –World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.
- Wiedenfeld, S., O'Leary, A., Bandura, A., Brown, S., Levine, S., & Raska, K. (1990). Impact of perceived self-efficacy in coping with stressors on components of the immune system. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 1082-1094.
- Willner, P. (1990). Animal models of depression: on overview. *Pharmacology and Therapeutics*, 45(3), 425-455.
- Wodehouse, G., & McGill. (2009). Support for family carers of children and young people with developmental disabilities and challenging behavior: What stops it being helpful? *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(7), 644-653. doi: 10.1111/j.1365-2788.2009.01163.x
- Wolitzky, D. L. (2006). Psychodynamic Theories. In J. C. Thomas & D. L. Segal (Eds.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology: Personality and everyday functioning*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Woolfson, L., & Grant, E. (2006). Authoritative parenting and parental stress in parents of pre-school and older children with developmental disabilities. *Child: Care, Health & Development*, 32(2), 177-184.
- Wynne, L. C. (1989). Family systems and schizophrenia: Implications for family medicine. In C. N. Ramsey (Org.), *Family systems in medicine*. New York: Guilford.

Bibliografia

Yau, M. K., & Li-Tsang, C. W. (1999). Adjustment and adaptation in parents of children with developmental disability in two-parent families: A review of the 75 characteristics and attributes. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 45(88), 38-51.

ZERO TO THREE (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders in infancy and early childhood, Revised (DC:0-3R)*, Washington, DC: ZERO TO THREE Press.





ANEXOS



ANEXO 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Helena Leal, Psicóloga Clínica, a desempenhar funções no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira - SeSaRAM, E.P.E. como Assistente da Carreira TSS (ramo de Psicologia Clínica), doutoranda em Psicologia da Saúde da Universidade Miguel Hernandez de Elch (Espanha), a desenvolver um estudo que pretende *avaliar e determinar algumas variáveis Psicológicas que se relacionam com a forma como os pais ou cuidadores principais de crianças com alguma perturbação no seu desenvolvimento lidam com a situação em si e as estratégias adotadas pelos mesmos para gerir e lidar com o stress e situações ansiogénicas no dia-a-dia*, vem por este meio, pedir o seu consentimento para a participação neste estudo, através do preenchimento de um questionário. Acrescenta ainda que constitui um compromisso por parte da investigadora, assegurar que o processo em questão ocorra de acordo com os procedimentos éticos inerentes a um processo de investigação científica e a garantir o sigilo e anonimato dos participantes no estudo.

Assinatura (legível)

A investigadora

A sua participação neste estudo, através do preenchimento do questionário que lhe será entregue à posteriori, é de grande importância e valor, uma vez que se pretende através desta recolha de informação identificar algumas características e dificuldades sentidas pelos pais e cuidadores de crianças com uma Perturbação no seu processo de desenvolvimento, com o objetivo de após a conclusão da presente investigação delinear estratégias e promover um apoio mais apropriado a estes pais, nas situações consideradas pelos mesmos como mais prioritárias e necessárias.

Assim sendo:

- Saliento que, a qualquer momento no decorrer do preenchimento deste questionário, você tem o pleno direito a mudar de ideias e desistir sem ter de dar qualquer explicação;
- Para garantir o anonimato e confidencialidade deste processo, não deverá escrever o seu nome ou qualquer outra informação que o/a identifique;
- Ser-lhe-á entregue um questionário dentro de um envelope, o que, após o preenchimento do mesmo, deverá voltar a colocar o questionário no respetivo envelope e selar antes de o devolver;
- Os envelopes selados serão entregues ao investigador, que os abrirá afim de tratar estatisticamente os dados contidos nos mesmos, sendo que todo o material (questionários) será destruído após a referida recolha de dados e término do estudo.

O participante no estudo (investigado) declara que foi devidamente informado dos objetivos e pretensões do estudo em questão e aceita livremente participar e contribuir para o referido estudo através do preenchimento de um questionário que lhe será entregue.

Assinatura (legível)





ANEXO 2.

FICHA DE DADOS DEMOGRÁFICOS



UNIVERSIDADE MIGUEL HERNÁNDEZ
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

FICHA DE DADOS DEMOGRÁFICOS

Gostaria desde já, agradecer a sua colaboração ao preencher este questionário no âmbito deste estudo de tese de doutoramento, que tem como pretensão, avaliar e determinar as **variáveis Psicológicas e Psicossociais relacionadas com o estilo de afrontamento, estilo de Vínculo e auto eficácia, em pais de crianças com perturbações de desenvolvimento**. Desta forma, e para a obtenção de um resultado fiável, peço que o preencha o melhor que puder e em caso de dúvida, não hesite e peça ao investigador / colaborador que o assista. Este questionário assume um carácter anónimo, daí relembro para não escrever o seu nome ou qualquer outra informação que o/a identifique.

Data de preenchimento: ___/___/_____

1. Dados da criança

1.1- Data de Nascimento: ___/___/_____

1.2 - O sexo a que pertence:

- a. Feminino
b. Masculino

1.3 - Diagnóstico Clínico-Primário, (assinale 1 opção):

- a. Deficiência mental/cognitiva
b. Perturbação do espectro do autismo (autismo e asperger)
c. Paralisia cerebral
d. Perturbações sensoriais (surdez, cegueira, regulatória)
e. Perturbação específica da Linguagem
f. Perturbação cognitiva não verbal
g. Perturbação específica da aprendizagem (dislexia, disgrafia/disortografia, discalculia)
h. Perturbação de desenvolvimento da coordenação motora
i. Perturbação de hiperatividade e défice de atenção
j. Perturbações disruptivas dos desenvolvimento (Perturbação de oposição e de conduta)

1.4 - Foi diagnosticado no período:

- a. Pré-Natal
b. Peri-Natal (nas horas que se seguem após o parto)
c. Ao longo do primeiro ano de vida
d. Entre o Primeiro e o 3º ano de vida (ou mais)

1.5 - Nível do atraso de desenvolvimento (assinale as opções correspondentes)

- a. Cognitivo/Intelectual; Atenção/Concentração; Comportamento
b. Motor
c. Linguagem
d. Relação e Comunicação
e. Sensorial

1.6 - Intervenção Multidisciplinar a que a criança está a ser sujeita (comorbilidades diagnósticas):

- a. Seguimento em consulta de Pediatria, Pedopsiquiatria, Neuropediatria

- b. Seguimento em consulta de Fisiatria infantil
- c. Seguimento em consulta de Psicologia Clínica
- d. Terapia da Fala
- e. Terapia Ocupacional
- f. Fisioterapia

1.7- Gravidez e Parto

1.7.1- A Gravidez foi considerada de risco?

- a. Sim
- b. Não

1.7.2- semanas de gestação:

- a. <37 semanas
- b. 37 a 42 semanas
- c. > de 42 semanas

1.7.3- ocorreram complicações durante o parto?

- a. Sim
- b. Não

1.7.4- tipo de parto:

- a. Eutócito (parto normal)
- b. Distócito – cesariana
- c. Distócito – Instrumentado (fórceps/ventosas)

2.Dados do progenitor (pai / mãe) ou cuidador principal da criança (a pessoa que detenha o poder do exercício da responsabilidade parental e que irá responder a este questionário)

2.1- Idade do progenitor / cuidador (que está a preencher este questionário):

- a. < 18 anos
- b. de 18 a 24 anos
- c. de 25 a 34 anos
- d. de 35 a 44 anos
- e. >de 45 anos

2.2 - O sexo a que pertence:

- a. Feminino
- b. Masculino

1.5 - Que relação de parentesco possui com a criança em questão:

- a. Pai
- b. Mãe
- c. Outro

1.6 - Presentemente, encontra-se:

- a. Empregado
- b. Desempregado
- c. Reformado
- d. Trabalha em casa
- e. De atestado médico / baixa médica
- f. Invalidez

1.7 - Qual foi o nível de formação (escolaridade) que frequentou?

- a. Menos de 4 anos
- b. De 4 a 9 anos
- c. De 10 a 12 anos
- d. Bacharelato
- e. Licenciatura
- f. Pós-graduação
- g. Mestrado
- h. Doutoramento

3.História Familiar**3.1 - Estrutura Familiar**

- a. Nuclear (pais e filhos)
- b. Alargada (pais, filhos, avós/tios)
- c. Reconstituída (casal em que pelos menos um dos membros tem filhos de uma anterior relação)
- d. Uniparental

3.2 - Agregado Familiar (Número de pessoas que vivem em sua casa)

- a. 2
- b. 3
- c. 4
- d. >4

3.3.- Outros filhos neste agregado (irmão(s) da criança em questão (com a perturbação de desenvolvimento)):**3.3.1- A criança em questão (com a perturbação de desenvolvimento) tem irmãos?**

- a. Sim
- b. Não

se respondeu afirmativamente à questão anterior, responda por favor:

3.3.2- Quais as idades dos irmãos (coloque as opções correspondentes, poderá seleccionar mais do que

uma caso existam vários irmãos):

- a. < 1 ano
- b. 1 a 3 anos
- c. 3 a 5 anos
- d. 5 a 10 anos
- e. 10 a 17 anos
- f. >18 anos

3.4- Algum dos irmãos da criança (com a perturbação de desenvolvimento) também possui uma perturbação de desenvolvimento?

- a. Sim
- b. Não

se respondeu afirmativamente à questão anterior, responda por favor:

3.4.1- Qual a idade do irmão/irmã que também possui uma Perturbação de desenvolvimento?

- a. < 1 ano
- b. 1 a 3 anos
- c. 3 a 5 anos
- d. 5 a 10 anos
- e. 10 a 17 anos
- f. >18 anos

3.5- Existe história de Perturbação Mental (Psiquiátrico/Psicológico) na família (Pais ou cuidadores principais)?

- a. Sim
- b. Não

se respondeu afirmativamente à questão anterior, responda por favor:

3.5.1- Qual o Diagnóstico Clínico?

a. Distúrbios/ Perturbações relacionadas com Substâncias

- Alcool
- Sedativos / hipnóticos ou ansiolíticos (medicaç
- Drogas
- Outros

b. Esquizofrenia e outros distúrbios/ Perturbações Psicóticas

- Esquizofrenia
- Surto Psicótico breve
- Psicose Puerperal (pós parto – mãe)
- Outra Perturbação Psicótica

<p>c. Distúrbios / Perturbações do Humor</p>	<p><input type="checkbox"/> Perturbação Depressiva (depressão) <input type="checkbox"/> Perturbação Bipolar <input type="checkbox"/> Outros</p>
<p>d. Distúrbios de ansiedade</p>	<p><input type="checkbox"/> Ataques de pânico / Agorafobia <input type="checkbox"/> Perturbação obsessivo-compulsiva <input type="checkbox"/> Fobia <input type="checkbox"/> Perturbação de stress pós- traumático <input type="checkbox"/> Perturbação aguda de stress <input type="checkbox"/> Perturbação de Ansiedade Generalizada</p>
<p>e. Não sei / prefiro não responder <input type="checkbox"/></p> <p>f. Outro: _____</p>	

4. Qual a Freguesia e Concelho em que reside a criança e pais / cuidadores

(Freguesia)
(Concelho)



ANEXO 3.

BATERIA DE TESTES

HADS - “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS) (Zigmond&Snaith, 1983), *versão portuguesa* de Pais-Ribeiro J. Silva, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltasar M: Validationstudyof a Portuguese versionofthe hospital Anxietyanddepressionscale. *PsycholHealthMed* 2007; 12: 225-237

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:	<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto agora	<input type="checkbox"/> Só um pouco <input type="checkbox"/> Quase nada
3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:	<input type="checkbox"/> Sim e muito forte <input type="checkbox"/> Sim, mas não muito	<input type="checkbox"/> Um pouco, mas não me aflige <input type="checkbox"/> De modo algum
4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:	<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto como antes	<input type="checkbox"/> Muito menos agora <input type="checkbox"/> Nunca
5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:	<input type="checkbox"/> A maior parte do tempo <input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca
6. Sinto-me animado/a:	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poucas vezes	<input type="checkbox"/> De vez em quando <input type="checkbox"/> Quase sempre
7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Por vezes	<input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Não dou a atenção que devia	<input type="checkbox"/> Talvez cuide menos que antes <input type="checkbox"/> Tenho o mesmo interesse de sempre
11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:	<input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Não muito <input type="checkbox"/> Nada
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:	<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto como antes	<input type="checkbox"/> Bastante menos agora <input type="checkbox"/> Quase nunca
13. De repente, tenho sensações de pânico:	<input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Bastantes vezes	<input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:	<input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando	<input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca

WOC - Ways of Coping Questionnaire (Lazarus & Folkman, 1988), *versão Portuguesa* adaptada e validada por: C. Santos & Pais-Ribeiro (1998) – *Questionário de estratégias de coping*

QUESTIONÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE COPING

Por uns momentos concentre-se e pense na situação de maior stress que experienciou recentemente na sua vida profissional. Por situação «stressante» entendemos qualquer situação que foi difícil ou problemática para si, quer porque você se sentiu angustiado (a) pelo facto daquela situação ter acontecido, quer porque se esforçou consideravelmente para lidar com a mesma.

A seguir vai encontrar um conjunto de afirmações que se referem a várias estratégias utilizadas para lidar com situações de stress. Pensando na forma como lidou com a situação de stress que viveu, assinale a frequência com que utilizou cada uma das estratégias indicadas, de acordo com a seguinte escala:

Escala de resposta: 0 - Nunca usei 1 - Usei de alguma forma 2 - Usei algumas vezes 3 - Usei muitas vezes

1	Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir – no próximo passo	0	1	2	3
2	Fiz algo que pensei que não ia resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa	0	1	2	3
3	Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar a sua opinião	0	1	2	3
4	Falei com alguém para saber mais sobre a situação	0	1	2	3
5	Critiquei-me ou analisei-me a próprio (a)	0	1	2	3
6	Tentei não me fechar sobre o problema, mas deixar as coisas abertas de alguma forma	0	1	2	3
7	Esperei que acontecesse um milagre	0	1	2	3
8	Deixei-me andar como se nada tivesse acontecido	0	1	2	3
9	Tentei guardar para mim próprio (a) o que estava a sentir	0	1	2	3
10	Tentei olhar para os pontos mais favoráveis do problema	0	1	2	3
11	Exprimi a minha zanga à(s) pessoa (s) que me causou (aram) o problema	0	1	2	3
12	Aceitei que fossem simpáticos e compreensivos comigo	0	1	2	3
13	Eu estava inspirado (a) em fazer algo criativo	0	1	2	3
14	Tentei esquecer tudo	0	1	2	3
15	Procurei ajuda de um profissional	0	1	2	3
16	Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva	0	1	2	3
17	Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação	0	1	2	3
18	Construí um plano de ação e segui-o	0	1	2	3
19	Consegui mostrar o que sentia	0	1	2	3
20	Percebi que o problema estava agora nas minhas mãos	0	1	2	3
21	Saí desta experiência melhor do que estava antes	0	1	2	3
22	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta em relação ao problema	0	1	2	3
23	Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, usando drogas ou medicamentos etc	0	1	2	3
24	Fiz algo muito arriscado	0	1	2	3
25	Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso	0	1	2	3
26	Encontrei nova esperança	0	1	2	3
27	Redescobri o que é importante na vida	0	1	2	3
28	Mudei algo para que as coisas corressesem bem	0	1	2	3
29	Evitei estar com as pessoas em geral	0	1	2	3

30	Não deixei que a situação me afetasse; recusei-me a pensar demasiado sobre problema	0	1	2	3
31	Pedi conselhos a um familiar ou amigo que respeito	0	1	2	3
32	Evitei que os outros se apercebessem da gravidade da situação	0	1	2	3
33	Tornei a situação mais leve, recusando-me a levar as coisas muito a sério	0	1	2	3
34	Falei com alguém sobre como me estava a sentir	0	1	2	3
35	Mantive a minha posição e lutei pelo que queria	0	1	2	3
36	Passei o problema para os outros	0	1	2	3
37	Aproveitei as minhas experiências passadas; já estive envolvido (a) em situações semelhantes	0	1	2	3
38	Eu sabia o que devia ser feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem	0	1	2	3
39	Recusei acreditar que a situação tinha acontecido	0	1	2	3
40	Prometi a mim próprio (a) que as coisas para a próxima seriam diferentes	0	1	2	3
41	Criei várias soluções diferentes para o problema	0	1	2	3
42	Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado noutras coisas	0	1	2	3
43	Mudei alguma coisa em mim próprio (a)	0	1	2	3
44	Desejei que a situação desaparecesse ou que de alguma forma terminasse	0	1	2	3
45	Desejei que as coisas voltassem atrás	0	1	2	3
46	Rezei	0	1	2	3
47	Pensei para mim próprio (a) naquilo que iria dizer ou fazer	0	1	2	3
48	Pensei na forma como uma pessoa que eu admiro iria lidar com a situação usei-a como modelo	0	1	2	3

Descreva brevemente, a situação stressante em que pensou ao responder a este questionário, quem estava envolvido, o que é que aconteceu e o que é que tornou a situação stressante. Esta descrição será útil para a interpretação do questionário.

PSI – Ajuste matrimonial : Parenting Stress Index Abidin, versão Portuguesa adaptada e validada por: Salomé Vieira Santos - Índice de stress parental, cegoc editores – Portugal

INDICE DE STRESS PARENTAL

Este questionário contém 132 afirmações. Leia cada uma delas cuidadosamente. Para cada afirmação, centre-se, por favor, no filho ou filha que o/a preocupa (criança com perturbação de desenvolvimento), e faça uma cruz (X) na resposta que melhor exprime a sua opinião, utilizando o seguinte procedimento:

Escala de resposta: CC – Concordo Completamente; C – Concordo; NTC – Não Tenho a Certeza; D – Discordo; DC- Discordo Completamente

Se não conseguir encontrar uma resposta que expresse exatamente o que sente, assinale, por favor, a que mais se aproxima daquilo que sente. **NÃO PENSE MUITO, RESPONDA A PRIMEIRA COISA QUE LHE OCORRER.**

Para cada afirmação, assinale apenas uma resposta e responda a todas as questões. Se quiser alterar uma resposta rasure (risque) a resposta incorreta e coloque um (X) na correta.

	CC	C	NTC	D	DC
1. Quando ele(a) quer alguma coisa, não desiste até conseguir.	CC	C	NTC	D	DC
2. É tão irrequieto(a), que me esgota.	CC	C	NTC	D	DC
3. Parece descontrolado e desiste por tudo e por nada	CC	C	NTC	D	DC
4. Comparando-o com outras crianças, acho que tem mais dificuldade do que elas em se concentrar e prestar atenção.	CC	C	NTC	D	DC
5. Entretem-se sozinho com os seus brinquedos.	CC	C	NTC	D	DC
6. Afasta-se de nós, sem que saibamos para onde, mais do que eu esperava.	CC	C	NTC	D	DC
7. É mais mexido do que eu esperava que fosse.	CC	C	NTC	D	DC
8. É fácil de convencer quando lhe negamos alguma coisa.	CC	C	NTC	D	DC
9. Raramente me faz coisas que me deixem contente.	CC	C	NTC	D	DC
10. Em geral, sinto que gosta de mim.	CC	C	NTC	D	DC
11. Por vezes sinto que não gosta de mim e que não gosta de estar comigo.	CC	C	NTC	D	DC
12. Ri-se para mim menos do que eu esperava	CC	C	NTC	D	DC
13. Quando trato das coisas para ele, tenho a sensação de que o meu esforço não é muito apreciado.	CC	C	NTC	D	DC
PARA A QUESTÃO 14, ESCOLHA UMA RESPOSTA ENTRE AS POSSIBILIDADES DE RESPOSTA 1 A 4 ABAIXO INDICADAS					
14.					
- Quase sempre gosta de conversar comigo (1)					
- Algumas vezes gosta de conversar comigo (2)		1	2	3	4
- Geralmente não gosta de conversar comigo (3)					
- Quase nunca gosta de conversar comigo (4)					

PARA A AFIRMAÇÃO 15, ESCOLHA UMA RESPOSTA ENTRE AS POSSIBILIDADES DE RESPOSTA 1 A 5 ABAIXO INDICADAS					
15. Implica ou chora: - Muito menos do que eu esperava (1) - Menos do que eu esperava (2) - Tanto quanto eu esperava (3) - Muito mais do que eu esperava (4) - Constantemente (5)	1	2	3	4	5
16. Parece implicar e/ou chorar mais do que a maior parte das crianças.	CC	C	NTC	D	DC
17. Geralmente, acorda de mau humor.	CC	C	NTC	D	DC
18. Está mais vezes mal disposto e descontrola-se com facilidade.	CC	C	NTC	D	DC
19. É mais desobediente do que as outras crianças.	CC	C	NTC	D	DC
20. Tem um aspeto físico um pouco diferente do que eu esperava e isso, às vezes, custa-me.	CC	C	NTC	D	DC
21. Em algumas coisas parece ter esquecido o que aprendeu e comporta-se como uma criança mais pequena.	CC	C	NTC	D	DC
22. Parece ter mais dificuldade em aprender do que a maior parte das crianças.	CC	C	NTC	D	DC
23. Parece ser menos sorridente do que a maior parte das crianças.	CC	C	NTC	D	DC
24. Faz coisas que me aborrecem muito.	CC	C	NTC	D	DC
25. Não é tão capaz e desenbaraçado quanto eu esperava.	CC	C	NTC	D	DC
26. Não gosta muito que lhe façam festas nem de beijos e abraços.	CC	C	NTC	D	DC
27. Quando voltou da maternidade tive dúvidas acerca da minha capacidade para cuidar dele (a).	CC	C	NTC	D	DC
28. Criar um filho é mais difícil do que eu julgava.	CC	C	NTC	D	DC
29. Quando estávamos à espera desta criança, tivemos muitos problemas.	CC	C	NTC	D	DC
30. Quando estou a cuidar dele ou de coisas para ele sinto-me à vontade e realizada como pessoa.	CC	C	NTC	D	DC
31. Sempre que há alterações de horário ou mudanças no lugar das coisas, ele tem bastante dificuldade em se habituar.	CC	C	NTC	D	DC
32. Reage, intensamente, quando acontece alguma coisa que lhe desagrade.	CC	C	NTC	D	DC
33. Deixá-lo ao cuidado de outra pessoa, mesmo sendo conhecida, é um problema.	CC	C	NTC	D	DC
34. Descontrola-se com a mais pequena coisa.	CC	C	NTC	D	DC
35. Repara em tudo e assuta-se com facilidade.	CC	C	NTC	D	DC
36. Quando era pequeno foi difícil estabelecer horários regulares para comer e dormir.	CC	C	NTC	D	DC
37. Geralmente, evita um brinquedo novo durante algum tempo antes de	CC	C	NTC	D	DC

Anexo 3

começar a brincar com ele.						
38. É difícil habituar-se a coisas ou a situações novas e leva muito tempo a consegui-lo.	CC	C	NTC	D	DC	
39. Não fica à vontade quando encontra estranhos a quem, por qualquer circunstância, tem que falar.	CC	C	NTC	D	DC	
40. Parece não gostar de conviver com outras crianças.	CC	C	NTC	D	DC	
PARA A AFIRMAÇÃO 41, ESCOLHA UMA RESPOSTA ENTRE AS POSSIBILIDADES DE RESPOSTA 1 A 4 ABAIXO INDICADAS						
41. Quando está descontrolado - é fácil de acalmar (1) - é mais fácil de acalmar do que eu esperava (2) - é muito difícil de acalmar (3) - nada do que eu faça consegue acalmá-lo (4)		1	2	3	4	
PARA A AFIRMAÇÃO 42, ESCOLHA UMA RESPOSTA ENTRE AS POSSIBILIDADES DE RESPOSTA 1 A 5 ABAIXO INDICADAS						
42. Levá-lo a fazer alguma coisa ou a interromper alguma coisa: - é muito mais difícil do que eu esperava (1) - é um pouco mais difícil do que eu esperava (2) - é tão difícil quanto eu esperava (3) - é mais fácil do que eu esperava (4) - é muito mais fácil do que eu esperava (5)		1	2	3	4	5
PARA A QUESTÃO 43, ESCOLHA UMA RESPOSTA ENTRE AS POSSIBILIDADES DE RESPOSTA 1 A 5 ABAIXO INDICADAS						
43. Pense, cuidadosamente, e conte o número de coisas que ele faz e a aborrecem (por exemplo: fazer ronha; não ouvir o que se lhe diz; não parar quieto; chorar; interromper; brigar; fazer lamúrias etc). Por favor assinale o número correspondente à contagem que fez: - 1-3 (1) - 4-5 (2) - 6-7 (3) - 8-9 (4) - 10 ou mais (5)		1	2	3	4	5
44. Faz coisas que eu não suporto.	CC	C	NTC	D	DC	
45. Tem tido mais problemas de saúde do que eu esperava.	CC	C	NTC	D	DC	
46. À medida que vai crescendo e se vai tornando mais independente, sinto cada vez mais receio de que ele possa aleijar-se ou meter-se em complicações.	CC	C	NTC	D	DC	

47. Ele saiu-me um problema muito mais complicado do que eu esperava.	CC	C	NTC	D	DC
48. Parece muito mais difícil de cuidar do que a maior parte das crianças.	CC	C	NTC	D	DC
49. Anda sempre agarrado a mim.	CC	C	NTC	D	DC
50. Exige mais de mim do que as crianças costumam exigir dos pais.	CC	C	NTC	D	DC
51. Não consigo tomar decisões sem ajuda.	CC	C	NTC	D	DC
52. Tenho tido muito mais problemas em criar os filhos do que eu esperava.	CC	C	NTC	D	DC
53. Tenho prazer em ser mãe/pai.	CC	C	NTC	D	DC
54. A maior parte das vezes sinto que sou bem sucedida quando procuro levá-lo a fazer (ou a não fazer) alguma coisa.	CC	C	NTC	D	DC
55. Percebo que tenho mais dificuldade em cuidar desta criança desde o nascimento do meu último filho. Preciso de ajuda.	CC	C	NTC	D	DC
56. Muitas vezes sinto que me desenvolvo mal das coisas que vão acontecendo.	CC	C	NTC	D	DC
57. Tenho que me controlar para não lhe estar sempre a bater (e/ou castigar).	CC	C	NTC	D	DC
PARA A AFIRMAÇÃO 58, ESCOLHA UMA RESPOSTA ENTRE AS POSSIBILIDADES DE RESPOSTA 1 A 5 ABAIXO INDICADAS					
58. Quando penso em mim como mãe/pai acho que: - Sei lidar com qualquer coisa que aconteça (1) - Sei lidar bastante bem com a maior parte das coisas (2) - Lido, sem problemas, com a maior parte das coisas, ainda que às vezes tenha dúvidas (3) - Tenho dúvidas sobre a minha maneira de lidar com as coisas (4) - Não sou capaz de lidar muito bem com as coisas (5)	1	2	3	4	5
PARA A AFIRMAÇÃO 59, ESCOLHA UMA RESPOSTA ENTRE AS POSSIBILIDADES DE RESPOSTA 1 A 5 ABAIXO INDICADAS					
59. Sinto que: - Sou ótima mãe/pai (1) - Sou uma mãe/pai melhor do que a maioria (2) - Sou uma mãe/pai igual aos outros (3) - Sou uma pessoa que tem dificuldade em ser mãe/pai (4) - Não sou lá muito boa mãe/pai (5)	1	2	3	4	5
60. Desde cedo que insiste em vestir-se sozinho.	CC	C	NTC	D	DC
61. Reclama que quer tomar banho sozinho.	CC	C	NTC	D	DC
62. Nunca me preocupei em ensiná-lo a vestir-se e a tomar banho sozinho.	CC	C	NTC	D	DC
63. Quer comer sozinho, mas eu prefiro ajudá-lo por ser mais rápido dar-lhe o comer à boca.	CC	C	NTC	D	DC
64. Não gosta de se sentir vigiado nas suas brincadeiras.	CC	C	NTC	D	DC
65. Em casa, acho importante que ele se habitue a ajudar em tarefas simples.	CC	C	NTC	D	DC

Anexo 3

66. Nunca achei muito importante que ele convivesse com outras crianças.	CC	C	NTC	D	DC
67. Gosta de brincar com outras crianças fora de casa, mas eu evito deixá-lo porque tenho medo.	CC	C	NTC	D	DC
PARA A QUESTÃO 68, ESCOLHA UMA RESPOSTA ENTRE AS POSSIBILIDADES DE RESPOSTA 1 A 5 ABAIXO INDICADAS					
68. É-lhe fácil compreender o que ele deseja ou precisa? - Muito fácil - Fácil - Um pouco difícil - Muito difícil - Geralmente, não consigo descobrir o problema dele	1	2	3	4	5
69. Os pais demoram muito tempo até conseguirem sentir verdadeiramente amor pelos filhos.	CC	C	NTC	D	DC
70. Esperava ter mais afeto por ele do que realmente tenho e isso aborrece-me.	CC	C	NTC	D	DC
71. Às vezes, faz coisas que me aborrecem, só por maldade.	CC	C	NTC	D	DC
72. Quando eu era mais nova não gostava muito de crianças.	CC	C	NTC	D	DC
73. Reconheceu-me desde muito cedo e teve uma preferência especial por mim.	CC	C	NTC	D	DC
74. Neste momento, acho que tenho filhos a mais.	CC	C	NTC	D	DC
75. Gasto as horas do meu dia a tratar das coisas para ele.	CC	C	NTC	D	DC
76. Para poder responder às necessidades dos meus filhos, acabo por privar-me de ter a minha própria vida.	CC	C	NTC	D	DC
77. Sinto-me limitada por causa das minhas responsabilidades como mãe/pai.	CC	C	NTC	D	DC
78. Sinto, muitas vezes, que as necessidades dele controlam a minha vida.	CC	C	NTC	D	DC
79. Desde que esta criança nasceu nunca mais consegui fazer coisas novas e diferentes.	CC	C	NTC	D	DC
80. Desde que esta criança nasceu sinto que não posso fazer as coisas de que gosto.	CC	C	NTC	D	DC
81. Em casa, é difícil encontrar um espaço só para mim.	CC	C	NTC	D	DC
82. Quando penso no tipo de mãe/pai que sou, muitas vezes, sinto-me culpada ou mal comigo mesma.	CC	C	NTC	D	DC
83. Acontece-me ir comprar roupa para mim e ficar descontente.	CC	C	NTC	D	DC
84. Quando ele se porta mal ou faz uma birra sinto-me responsável; é como se eu não estivesse a agir corretamente.	CC	C	NTC	D	DC
85. Quando ele faz alguma coisa errada, sinto, realmente, que a culpa é minha.	CC	C	NTC	D	DC

86. Sinto-me, muitas vezes, culpada pelos sentimentos que tenho em relação a ele.	CC	C	NTC	D	DC
87. Há bastantes coisas na minha vida que me aborrecem.	CC	C	NTC	D	DC
88. A seguir ao nascimento desta criança, senti-me mais triste e deprimida do que esperava.	CC	C	NTC	D	DC
89. Quando me zango com ele, acabo sempre por me sentir culpada e isso aborrece-me.	CC	C	NTC	D	DC
90. Depois do nascimento desta criança senti-me, durante algum tempo, mais triste e deprimida do que esperava.	CC	C	NTC	D	DC
91. Depois de ele nascer, o meu marido/mulher não me deu tanta atenção e ajuda como eu esperava.	CC	C	NTC	D	DC
92. Ter filhos tem causado mais problemas do que eu esperava no relacionamento com o meu marido/mulher.	CC	C	NTC	D	DC
93. Desde que os filhos apareceram, eu e o meu marido/mulher não fazemos tantas coisas juntos como fazíamos.	CC	C	NTC	D	DC
94. Desde que ele nasceu eu e o meu marido/mulher não estamos tanto tempo juntos, em família, como eu esperava.	CC	C	NTC	D	DC
95. Desde que o meu último filho nasceu, tenho tido menos interesse pelo sexo.	CC	C	NTC	D	DC
96. A vinda dos filhos parece ter contribuído para aumentar o número de problemas que temos com os sogros e familiares.	CC	C	NTC	D	DC
97. Ter filhos tem saído muito mais dispendioso do que eu julgava.	CC	C	NTC	D	DC
98. Sinto-me sozinha e sem amigos.	CC	C	NTC	D	DC
99. Geralmente, quando vou a uma festa não espero divertir-me.	CC	C	NTC	D	DC
100. Antes interessava-me mais o convívio com os outros do que agora.	CC	C	NTC	D	DC
101. Sinto, muitas vezes, que as pessoas da minha idade não gostam, especialmente, da minha companhia.	CC	C	NTC	D	DC
102. Quando tenho um problema com os meus filhos conto sempre com alguém para pedir ajuda ou conselho.	CC	C	NTC	D	DC
103. Com a vinda dos filhos tenho tido menos possibilidades de ver os meus amigos e fazer novas amizades.	CC	C	NTC	D	DC
104. Nos últimos tempos, tenho estado mais em baixo ou com mais achaques do que era costume.	CC	C	NTC	D	DC
105. Em geral, sinto-me bem fisicamente.	CC	C	NTC	D	DC
106. Com o nascimento dos meus filhos mudaram os meus hábitos de sono.	CC	C	NTC	D	DC
107. Não aprecio as coisas como dantes.	CC	C	NTC	D	DC
PARA A AFIRMAÇÃO 108, ESCOLHA UMA RESPOSTA ENTRE AS POSSIBILIDADES DE RESPOSTA 1 A 4 ABAIXO INDICADAS					

Anexo 3

108. Desde que ele nasceu:	1	2	3	4
- Tenho estado mais vezes doente (1)				
- Não me tenho sentido tão bem (2)				
- Não notei qualquer alteração na minha saúde (3)				
- Tenho sido mais saudável (4)				
AS AFIRMAÇÕES QUE SE SEGUEM DIZEM RESPEITO A ACONTECIMENTOS DE VIDA				
PARA AS AFIRMAÇÕES 109 A 132, TEM DUAS POSSIBILIDADES DE RESPOSTA: SIM / NÃO; PARA CADA AFIRMAÇÃO, ASSINALE, POR FAVOR, SE ELA SE APLICA OU NÃO À SUA SITUAÇÃO.				
Durante os últimos 12 meses ocorreu na sua família próxima algum dos seguintes acontecimentos?				
109. Mudança de residência.		Sim	Não	
110. Promoção no emprego.		Sim	Não	
111. Diminuição substancial do rendimento familiar.		Sim	Não	
112. Problemas de droga ou alcoolismo.		Sim	Não	
113. Desemprego.		Sim	Não	
114. Divórcio.		Sim	Não	
115. Reconciliação do casal.		Sim	Não	
116. Casamento.		Sim	Não	
117. Separação do casal.		Sim	Não	
118. Ausências temporárias por motivos de trabalho.		Sim	Não	
119. Gravidez.		Sim	Não	
120. Nascimento de um outro filho.		Sim	Não	
121. Uma pessoa de família mudou-se para a vossa casa.		Sim	Não	
122. O rendimento familiar aumentou substancialmente.		Sim	Não	
123. Dívidas.		Sim	Não	
124. Morte de um amigo chegado da família.		Sim	Não	
125. Entrada num novo emprego.		Sim	Não	
126. Matrícula ou transferência para uma nova escola.		Sim	Não	
127. Problemas com superiores no trabalho.		Sim	Não	
128. Problemas com professores na escola.		Sim	Não	
129. Problemas judiciais.		Sim	Não	
130. Doença psiquiátrica.		Sim	Não	
131. Familiar preso.		Sim	Não	
132. Morte de um membro da família próxima.		Sim	Não	
AEG (2) - (Miguel Araújo, 2008) – tese realizada na Universidade Miguel Hernandez, com a recolha da amostra em Portugal.				

ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL - AEG (2)

Escala de resposta: 1. Nada convicto; 2. Pouco convicto; 3. Moderadamente convicto; 4. Completamente convicto

1. Posso encontrar a maneira de obter o que quero mesmo que alguém se oponha.	1	2	3	4
2. Posso resolver problemas difíceis quando me esforço o suficiente.	1	2	3	4
3. É-me fácil persistir o que me propus alcançar até chegar às minhas metas.	1	2	3	4
4. Tenho confiança de que posso manejar eficazmente acontecimentos inesperados.	1	2	3	4
5. Graças às minhas qualidades e recursos posso superar situações imprevistas.	1	2	3	4
6. Quando me encontro em dificuldades posso permanecer tranquilo/a porque conto com as habilidades necessárias para manejar situações difíceis.	1	2	3	4
7. Venha o que vier, em geral sou capaz de manejá-lo	1	2	3	4
8. Posso resolver a maioria dos problemas se me esforço o necessário.	1	2	3	4
9. Se me encontro numa situação difícil, geralmente ocorre-me o que devo fazer.	1	2	3	4
10. Ao ter que fazer frente a um problema, geralmente ocorrem-me várias alternativas de como resolvê-lo.	1	2	3	4

(Araújo, 2008).



EVA - Adult Attachment Scale. Referência:(COLLINS NL, READ SJ: Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. J PersSociPsychol 1990;58:633-644) *traduzida e validade para a população portuguesa* por M.C. Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da *Adult Attachment Scale-R*; Collins & Read, 1990

ESCALA DE VINCULAÇÃO DO ADULTO

Por favor leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinale com um (X) o grau em que cada uma descreve a forma como se sente em relação às relações afectivas que estabelece. Pense em todas as relações (passadas e presentes) e responda de acordo com o que geralmente sente. Se nunca esteve afectivamente envolvido com um parceiro, responda de acordo com o que pensa que sentiria nesse tipo de situação.

	Nada característico em mim	Pouco característico em mim	Característico em mim	Muito característico em mim	Extremamente característico em mim
1. Estabeleço, com facilidade, relações com as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. As outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto eu gostaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto-me bem dependendo dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Não me preocupo pelo facto das pessoas se aproximarem muito de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sinto-me de alguma forma desconfortável quando me aproximo das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Preocupo-me frequentemente com a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

possibilidade dos meus parceiros me deixarem.					
10. Quando mostro os meus sentimentos, tenho medo que os outros não sintam o mesmo por mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros realmente se importam comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sinto-me bem quando me relaciono de forma próxima com outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fico incomodado quando alguém se aproxima emocionalmente de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Quando precisar, sinto que posso contar com as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser magoado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Acho difícil confiar completamente nos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Os meus parceiros desejam frequentemente que eu esteja mais próximo deles do que eu me sinto confortável em estar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

A investigadora,
Helena Leal



REGIÃO AUTÓNOMA DA
MADEIRA



REPÚBLICA
PORTUGUESA



UNIÃO EUROPEIA - FSE