



Ivandro Manuel Soares Monteiro
**O Contributo das Experiências Familiares,
Vinculação e Apoio Social para a Depressão
no Adulto**

U Minho | 2009

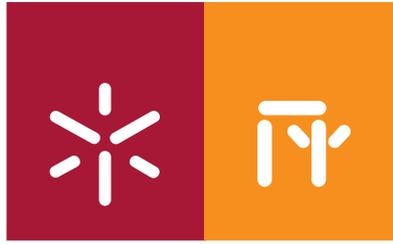


Universidade do Minho
Instituto de Educação e Psicologia

Ivandro Manuel Soares Monteiro

**O Contributo das Experiências Familiares,
Vinculação e Apoio Social para a Depressão
no Adulto**

Julho de 2009



Universidade do Minho

Instituto de Educação e Psicologia

Ivandro Manuel Soares Monteiro

**O Contributo das Experiências Familiares,
Vinculação e Apoio Social para a Depressão
no Adulto**

Tese de Doutoramento
Psicologia Clínica

Trabalho efectuado sob a orientação da
Professora Doutora Angela Maia

Julho de 2009

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA TESE APENAS
PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO
ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE

Universidade do Minho, ____/ ____/ _____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

1. À Doutora Ângela da Costa Maia, minha orientadora de Doutoramento, pela auto-descoberta guiada que me permitiu realizar com esta minha investigação. Para além do suporte e disponibilidade, aceitou a discussão das temáticas, sabendo conter-me nos limites das minhas escolhas, com críticas construtivas, objectivando as necessidades fulcrais do trabalho quando eu nelas divagava ou delas me afastava, empurrando-me para o auto-desenvolvimento e objectivo da investigação, sempre numa base científica. Obrigado.
2. Ao Doutor Thomas Sayger da *The University of Memphis*, que tristemente nos deixou em 2009, por tudo aquilo que me ajudou a fazer, pelas críticas construtivas e formação que me deu, pela dedicação e apoio incondicional à presente investigação, pela amizade e bons momentos que me proporcionou durante as minhas estadias na cidade americana de Memphis (Estados Unidos da América), em 2005 e 2006.
3. Ao Doutor Robert Neimeyer da *The University of Memphis* pela motivação, momentos de aprendizagem e sabedoria que me ofereceu nos assuntos sobre o meu trabalho.
4. À *The University of Memphis*, em Setembro de 2005, pelo apoio à minha presença e colaboração desenvolvida em palestras e apoio a aulas nesta universidade.
5. Aos meus Padrinhos Diana e Emílio Dionísio pelas experiências de vida e extraordinária disponibilidade e amabilidade no tempo que estive a viver convosco em Memphis.
6. Ao meu “mestre” e amigo Doutor José Martins, pelo espaço incondicional de abertura emocional, livre de julgamentos, pelas opiniões, diálogos afectivos e de suporte nos momentos mais difíceis desta tese, onde as suas palavras sábias e oportunas davam alento à minha energia para reagir.
7. Ao meu “mestre” e amigo Dr. José Barrias, pela crença nas minhas capacidades e incentivo em acreditar no meu caminho potencial, pelo seu esforço e colaboração relativamente ao envio de alguns doentes deprimidos para a minha consulta. Pelos diálogos que tivemos ao longo destes anos relativamente a algumas ideias e pensamentos que eu ia confirmando, infirmando e construindo.
8. Ao Hospital Magalhães Lemos, nomeadamente ao seu director Dr. António Leuschner, à Comissão de Ética e à Dra. Filomena Santos, Directora do Serviço de Psicologia. Um especial agradecimento à Dra. Maria do Céu Diegas, pela rapidez e prontidão com que me apoiou na recolha de dez pacientes deprimidos em 2005.

9. Ao ISMAI, na pessoa do seu Presidente do Conselho Directivo Doutor Domingos de Oliveira e Silva, e àqueles que me permitiram a recolha de dados em estudantes universitários de vários cursos superiores no Instituto Superior da Maia, nomeadamente: Doutor José Martins, Doutor Manuel Moutinho Ribeiro, Dra. Maria Alberta Oliveira, Dr. Fernando Paulino, Dr. José Avelino Vítor, Dra. Ana Isabel Lopes Sampaio, Mestre Clementina Oliveira, Dr. Carlos Aroso Oliveira Duarte, Dra. Maria Amélia Andrade e Dra. Alice Pereira.
10. Ao Doutor Timothy P. Melchert da *Marquette University* por me ter autorizado a utilização e adaptação à população portuguesa do *Family Background Questionnaire*, pela amizade e pela disponibilidade e discussão do meu trabalho.
11. À Doutora Cristina Canavarro, por me ter autorizado a utilização da Escala de Vinculação no Adulto e do *Brief Symptom Checklist*.
12. À Doutora Ana Paula Matos, por me ter autorizado a utilização da Escala de Apoio Social.
13. Ao Doutor João Paulo Pereira e Doutor Amadeu Fernandes, pelas conversas e apoio estatístico nas dúvidas com que me deparei em alguns momentos mais stressantes das análises necessárias.
14. Ao Doutor João Salgado, pelos diálogos no início do doutoramento que me proporcionou e levou a pensar em relação a algumas temáticas relativas à construção da identidade e da sua vulnerabilidade às perturbações dos afectos.
15. Àqueles que, em momentos importantes, deram o seu contributo, em particular os meus amigos Dr. Emílio Monteiro, Dr. António Loureiro, Dra. Fátima Monteiro, Doutor Arthur Horne e Doutora Ayse Ciftçi.
16. Aos meus doentes e àqueles que participaram na investigação prática, assim como àqueles que não quiseram, não puderam ou ainda não souberam dar a sua contribuição são também dignos de agradecimento, pois permitiram uma compreensão do que poderia ser feito para melhorar o trabalho realizado.
17. Aos meus Amigos. Não há nada como vos ter, da forma como nos temos, ao longo de tantos anos. Vocês são únicos.
18. Ao meu núcleo familiar (os meus Pais e meu Irmão), pois o que hoje sou tem como base as experiências que tive convosco, a base estrutural da minha identidade.
19. À minha Mulher, onde, desde o início, encontro em cada dia a fonte das energias e as baterias para continuar a sonhar o meu caminho.

Em nenhuma circunstância este trabalho seria possível sem a contribuição destas pessoas. Este trabalho expõe a responsabilidade que o autor ambicionou e não quer fugir: contribuir para uma melhor compreensão do funcionamento normal do Ser Humano através da depressão. Se o que relata esta investigação não for um retrato fiel desse objectivo é porque a arte, o talento e o engenho não foram suficientes. Acreditamos que não, pois seria uma injustiça, dada a quantidade de tempo, disciplina, gestão, rigor e sacrifícios pessoais e profissionais que ocorreram ao longo destes cinco anos e meio e que agora, neste momento, se traduzem, concomitantemente, numa lógica com sentido finalizado e num caminho aberto para o futuro.

“O Contributo das Experiências Familiares, Vinculação e Apoio Social para a Depressão no Adulto”

Resumo

CONTEXTO: A literatura evidencia que a vulnerabilidade ou resiliência à psicopatologia depressiva no adulto é diminuída ou aumentada consoante o grau de adversidades ao longo do desenvolvimento e as características actuais e rede de apoio social. A partir das investigações que evidenciaram uma relação entre experiências adversas ao longo do desenvolvimento e depressão no adulto, este trabalho é guiado pelo seguinte problema: haverá relação entre a história de experiências interpessoais familiares vividas ao longo do desenvolvimento, características actuais (estilo de vinculação adulto e apoio social) e depressão na idade adulta? Se sim, qual? **OBJECTIVOS:** O presente trabalho procura testar uma perspectiva de diátese-stress sobre as variáveis do desenvolvimento e características actuais, analisando entre estas as que permitem compreender a etiologia e processo de desenvolvimento da vulnerabilidade à depressão no adulto. Para o efeito, o trabalho assenta sob dois aspectos nucleares, nomeadamente no tipo e qualidade das experiências de cuidado ao longo do desenvolvimento e nas características actuais de vinculação e de apoio social. Para além deste primeiro objectivo, procura-se também determinar se as características actuais (vinculação e apoio social) são mediadoras entre as experiências familiares ao longo do desenvolvimento e o humor depressivo. **MÉTODO:** Para a concretização destes objectivos, realizaram-se quatro estudos: 1º) o primeiro estudo, com estudantes universitários, faz uma avaliação das características de um instrumento sobre as experiências tidas na família-de-origem e a sua relação com o humor depressivo, vinculação e apoio social; 2º) o segundo estudo, com deprimidos, verificou a relação entre as experiências familiares ao longo do desenvolvimento e o funcionamento actual e a gravidade do humor depressivo; 3º) o terceiro estudo compara o relato das experiências familiares em sujeitos deprimidos em dois momentos diferentes; 4º) o quarto estudo comparou as experiências familiares e as características actuais dos sujeitos “deprimidos” com sujeitos “não-deprimidos”. **RESULTADOS:** o primeiro estudo mostrou que o Instrumento do Historial Familiar apresenta uma validade factorial e consistência interna adequadas, com valores de alfas elevados, pelo que se revelou um adequado instrumento para a investigação. Neste primeiro estudo, confirma-se que piores cuidados familiares estão associados a maiores índices de humor depressivo, dimensões de vinculação mais inseguras e relato de menor apoio social. Também se verificou que os cuidados familiares são moderados pelas características actuais. O segundo estudo, com

deprimidos, confirmou que quanto mais insegura é a vinculação e menor o apoio social, maior o humor depressivo em sujeitos deprimidos. O terceiro estudo, que compara os relatos das experiências de infância realizados com um intervalo de um ano, evidencia que o relato das experiências familiares não é influenciado pelo estado de humor depressivo, o que confirma uma adequada confiabilidade do Instrumento do Historial Familiar. O quarto e último estudo mostra que existem diferenças nas experiências familiares ao longo do desenvolvimento relatadas por sujeitos “deprimidos” quando comparados com sujeitos “não-deprimidos”, sendo que as experiências de cuidado são mais inadequadas no grupo “deprimidos”. Este estudo evidencia ainda que os “deprimidos” têm valores mais elevados nas dimensões de vinculação inseguras e menor apoio social em relação aos “não-deprimidos”. **CONCLUSÕES:** Na sua maioria, os resultados obtidos suportam empiricamente a revisão da literatura efectuada. Os resultados apontam para a ideia de que o humor depressivo pode ter uma diátese (medido pela qualidade das experiências familiares ao longo da infância e adolescência) mas são as características actuais (vinculação e apoio social), que mais explicam o humor depressivo na idade adulta. A natureza dessas experiências pode aumentar a vulnerabilidade à depressão. A etiologia da depressão é de natureza multifactorial, sendo que é a combinação entre a história das experiências acumuladas na interacção com o mundo com os contextos actuais de vida que tornam o indivíduo resiliente ou vulnerável à depressão.

“The Contribution of Family Experiences, Attachment and Social Support for Depression in Adults”

Abstract

BACKGROUND: The literature shows that the vulnerability or resilience to depression in adults is reduced or increased depending on the degree of adversity in the development and current characteristics and social support network. However, despite the investigations which show a relationship between adverse experiences during the development and depression in adults, this work is guided by one major problem: is there a relationship between family history of interpersonal experiences along the development, current psychological characteristics (style of adult attachment and social support) and depression in adulthood? If so, what experiences are more related to depression? **OBJECTIVES:** This research attempts to test a diathesis-stress perspective, analyzing, among the variables of development, some of which are supposed to understand the etiology and development process of vulnerability to depression in adults. To this end, the work is based on two core issues, including the type and quality of home care throughout the development and current features in the adult (attachment and social support). In addition to this first objective, we also seek to determine whether the current (attachment and social support) mediate the relation between family experiences and depressive mood. **METHOD:** To achieve these objectives, four studies were made: 1) the first study, with college students, assesses the characteristics of an instrument about the previous experience in family-of-origin and its relation to depressive mood, attachment and social support; 2) the second study, with depressed patients, found the relationship between family experiences in the development and current functioning and severity of depressive mood; 3) the third study compares the family experiences reports of depressed subjects at two different times; 4) and the fourth study compared the family experiences and current characteristics between depressed with non-depressed subjects. **RESULTS:** The first study showed that the Family background instrument has an adequate measures of factorial validity and internal consistency, with high alpha values, which proved to be a suitable tool for research. In this first study it is confirmed that the poorer family care are associated with higher rates of depressive mood, more dimensions of insecure attachment and lower social support, and also that family care are moderated by the current characteristics. The second study, with depressed subjects, confirmed that the more insecure adult attachment and the lower the adult social support, the more depressed mood in depressed subjects. The third study, which compares the childhood experiences reports made at an interval

of one year, the results shows that the family experiences reports are not influenced by depressed mood, which confirms an adequate reliability of an instrument of Family History. The fourth and final study shows that there are differences in family experiences reported by "depressed" subjects when compared with a paired sample of "non-depressed" subjects, and the experiences of inadequate care are higher in the "depressed" subjects. This study also shows that the "depressed" have higher values in the dimensions of insecure attachment and lower social support when compared with "non-depressed." **DISCUSSION:** Most of the results empirically support the literature review carried out. The results point to the idea that humor can have a depressive diathesis (measured by the quality of family experiences during childhood and adolescence) but the current features (attachment and social support) are the ones which better explain depressed mood in adulthood. The nature of these experiences may increase vulnerability to depression. The etiology of depression is likely multifactorial, and is a combination of the history of accumulated experience in interacting with the world with the current contexts of life that make people more resilient or vulnerable to depression.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	21
------------------	----

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO TEMA

CAPÍTULO 1 - Características e Diagnóstico da Depressão

1) Introdução	27
2) Nosologia e Classificação Adoptada	28
3) Evolução da Doença	32
4) Epidemiologia da Depressão	32
5) Risco de Suicídio na Depressão	35
6) Impacto Sócio-Económico da Depressão	37
7) Factores de Risco Sócio-Demográficos da Depressão	38

Capítulo 2 - Experiências Adversas e Cuidados Recebidos Como Risco Para a Depressão na Idade Adulta

1) Introdução	43
2) Conceitos de base:	
2.1) Maltrato e Adversidade	45
2.2) Vulnerabilidade e Resiliência	50
2.3) Factores Protectores Vs. Factores de Risco	52
3) Experiências Adversas na Infância:	
3.1) Maus-tratos: Negligência Física e Emocional e Abuso Pessoal Recorrente (físico, emocional e sexual)	55
3.2) Adversidade na Infância: Disfunções Familiares	
3.2.1) Doença Mental Parental	59
3.2.2) Separação, Perda ou Nenhuma Figura Parental	62
3.2.3) Abuso de Substâncias Parental	65
3.2.4) Violência Doméstica	67
3.2.5) Estrato Sócio-Económico	68

4) Cuidados Familiares Recebidos e Apoio Social na Infância	
4.1) Responsividade Parental	69
4.2) Expressão Afectiva Familiar	71
4.3) Estilo de Tomada de Decisão Parental	73
4.4) Envolvimento Educacional Parental	75
4.5) Apoio Social Durante a Infância	77
5) Considerações Finais	80
CAPÍTULO 3 - Modelos Conceptuais e Revisão da Literatura sobre a Vulnerabilidade à Depressão	
1) Introdução e Concepção Global dos Modelos de Vulnerabilidade à Depressão	81
2) Perspectiva da Vinculação no Adulto enquanto vulnerabilidade à Depressão	85
3) Perspectiva da Vulnerabilidade Psicobiológica da Depressão	97
4) Perspectiva da Vulnerabilidade Cognitiva da Depressão	102
5) Revisão da Literatura sobre a Relação entre Apoio Social no Adulto e Depressão.....	109
6) Considerações Finais	116
CAPÍTULO 4	
Fiabilidade do Relato de Experiências Autobiográficas em função do Humor	118

PARTE II – ESTUDOS EMPÍRICOS

INTRODUÇÃO AOS ESTUDOS EMPÍRICOS	127
OBJECTIVOS	128
HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	130
CAPÍTULO 5 – PRIMEIRO ESTUDO – Avaliação das Características Psicométricas de um Instrumento sobre as Experiências Tidas na Família-de-Origem e a sua Relação com Humor Depressivo, Vinculação e Apoio Social	
<u>1ª Parte: Avaliação Psicométrica de um instrumento sobre as experiências familiares</u>	
1.1. Instrumento de Avaliação das Experiências Familiares e suas Limitações	139
1.2. Justificação do Desenvolvimento do Instrumento do Historial Familiar (IHF)	141
Método	
2.1. Participantes	142
2.2. Instrumento	142
2.3. Procedimento	144

2.4. Análise Psicométrica e Estatística	146
Resultados	
3.1. Validade de Constructo do QHF	146
3.1.1. Questionário de Cuidados Paternos	146
3.1.2. Questionário de Cuidados Maternos	147
3.1.3. Questionário do Ambiente Familiar	148
3.2. Consistência Interna do QHF	151
3.2.1. Questionário de Cuidados Paternos	152
3.2.2. Questionário de Cuidados Maternos	152
3.2.3. Questionário do Ambiente Familiar	152
3.3. Relação entre Cuidados Paternos, Maternos e Ambiente Familiar	155
Discussão dos Resultados da avaliação psicométrica do Instrumento do Historial Familiar ..	157
<u>2ª Parte: Relação do Instrumento do Historial Familiar com o humor depressivo, vinculação e apoio social</u>	
1. Introdução	161
2.1. Participantes	162
2.2. Instrumentos	162
2.2.1. Escala de Vinculação do Adulto (EVA)	162
2.2.2. Inventário da Depressão de Beck (BDI)	163
2.2.3. Escala de Apoio Social (EAS)	164
2.3. Procedimento	164
2.4. Análise Estatística e Tratamento de Dados	164
Resultados	
3.1. Resultados para o Humor Depressivo, Vinculação e Apoio Social	165
3.2. Análises Correlacionais entre as Variáveis	166
3.3. Teste do Valor Preditivo das Variáveis do Historial Familiar para o Humor Depressivo.	169
3.4. Teste do Valor Preditivo das Características Actuais (Vinculação e Apoio Social) para o Humor Depressivo	175
3.5. Teste ao Efeito Mediador da Vinculação e Apoio Social entre o Historial Familiar e Humor depressivo	176
Discussão dos Resultados sobre a relação entre o Instrumento do Historial Familiar, Vinculação, Apoio Social e Humor Depressivo em estudantes universitários	182

Capítulo 6 - SEGUNDO ESTUDO – Experiências Familiares ao Longo do Desenvolvimento e Funcionamento Actual em Sujeitos Deprimidos

1. Introdução	189
Método	
2.1. Participantes	189
2.2. Planeamento	192
2.3. Instrumentos	192
2.3.1. Questionário Sócio-Demográfico e Questões sobre a Situação Actual	192
2.3.2. Entrevista Clínica Estruturada para Episódio Depressivo Major do DSM (SCID-I) e Entrevista Clínica Estruturada para Perturbações da Personalidade do DSM (SCID-II)	193
2.3.3. Instrumento do Historial Familiar (IHF)	194
2.3.4. Escala de Vinculação do Adulto (EVA)	194
2.3.5. Inventário de Depressão de Beck (BDI)	194
2.3.6. Inventário dos Sintomas Psicopatológicos (BSI)	195
2.3.7. Escala de Apoio Social (EAS)	195
2.4. Procedimento	196
2.5. Análise Estatística e Tratamento de Dados	197
Resultados	
3.1. Resultados das Variáveis Relacionadas com as Experiências Vividas na Família-de- Origem	197
3.2. Resultados para o Humor Depressivo, Vinculação e Apoio Social.....	199
3.3. Análises Correlacionais entre Variáveis	201
3.4. Teste do Valor Preditivo das Variáveis da História de Desenvolvimento com o Humor Depressivo	205
3.5. Teste do Valor Preditivo das Características Psicológicas Actuais (Vinculação e Apoio Social) para o Humor Depressivo	207
3.6. Teste ao Efeito Mediador da Vinculação e Apoio Social entre a História de Experiências ao longo do Desenvolvimento e Humor Depressivo	208
3.7. Discussão dos Resultados	209

Capítulo 7 - TERCEIRO ESTUDO – Relato das Experiências Familiares em Sujeitos Deprimidos:

Comparação entre 2 Momentos de Avaliação

1. Introdução	215
Método	
2.1. Participantes	215
2.2. Planeamento	216
2.3. Instrumentos	216
2.3.1. Instrumento do Historial Familiar (IHF)	216
2.3.2. Inventário de Depressão de Beck (BDI)	216
2.4. Procedimento	217
2.5. Análise Estatística e Tratamento de Dados	217
Resultados	218
Discussão dos Resultados	220

Capítulo 8 - QUARTO ESTUDO – Comparação das Experiências Familiares ao Longo do Desenvolvimento e Características Actuais entre Sujeitos Deprimidos e Não-Deprimidos

1. Introdução	223
Método	
2.1. Participantes	223
2.2. Planeamento	225
2.3. Instrumentos	225
2.3.1. Questionário Sócio-Demográfico e Questões sobre a Situação Actual	225
2.3.2. Entrevista Clínica Estruturada para Episódio Depressivo Major do DSM (SCID-I) e Entrevista Clínica Estruturada para Perturbações da Personalidade do DSM (SCID-II)	225
2.3.3. Instrumento do Historial Familiar (IHF)	226
2.3.4. Escala de Vinculação do Adulto (EVA)	226
2.3.5. Inventário de Depressão de Beck (BDI)	226
2.3.6. Inventário dos Sintomas Psicopatológicos (BSI)	226
2.3.7. Escala de Apoio Social (EAS)	226
2.4. Procedimento	226
2.5. Análise Estatística e Tratamento de Dados	227
Resultados	
3.1. Variáveis Sócio-Demográficas	228
3.2. Índices Clínicos	230
3.3. Experiências Vividas na Família-de-Origem	231

3.4. Vinculação	233
3.5. Apoio Social	234
3.6. Avaliação do Risco de Pertença ao Grupo “Deprimidos” enquanto Adultos	235
Discussão dos Resultados	239

PARTE III – CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES GERAIS

1. Objectivo Geral	245
2. Sobre o Instrumento do Historial Familiar	246
3. Discussão Geral das Hipóteses	248
4. Limitações e Considerações Metodológicas	255
5. Implicações para Futuras Investigações e Prática Clínica	256

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	259
---	------------

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – <i>Loadings</i> dos questionários de cada um dos pais na análise factorial forçada a 4 factores	148
Tabela 2 – <i>Loadings</i> do questionário do Ambinete Familiar na análise factorial forçada a 6 factores	150
Tabela 3 – Alfas de <i>Cronbach</i> dos 3 questionários do Instrumento do Historial Familiar (IHF)	153
Tabela 4 – Médias e desvios-padrões das subescalas do IHF	154
Tabela 5 – Matriz de Correlações de <i>Spearman</i> entre as escalas da versão portuguesa do IHF	156
Tabela 6 – Caracterização do humor depressivo, vinculação e apoio social em estudantes.....	166
Tabela 7 – Correlações de <i>Spearman</i> entre as variáveis não-paramétricas em estudantes	168
Tabela 8 – Regressões lineares múltiplas para a predição de humor depressivo em estudantes universitários, utilizando como preditores variáveis relativas ao historial familiar ao longo do desenvolvimento	176
Tabela 9 – Regressões lineares múltiplas para a predição da dimensão de Vinculação Ansiedade, em estudantes universitários, utilizando como preditores variáveis relativas ao história familiar ao longo do desenvolvimento	171
Tabela 10 – Regressões lineares múltiplas para a predição da dimensão de Vinculação Conforto com a Proximidade, em estudantes universitários, utilizando como preditores variáveis relativas ao história familiar ao longo do desenvolvimento	172
Tabela 11 – Regressões lineares múltiplas para a predição da dimensão de Vinculação Confiança nos Outros, em estudantes universitários, utilizando como preditores variáveis relativas ao história familiar ao longo do desenvolvimento	173
Tabela 12 – Regressões lineares múltiplas para a predição da dimensão de Vinculação Apoio Social, em estudantes universitários, utilizando como preditores variáveis relativas ao história familiar ao longo do desenvolvimento	174
Tabela 13 - Regressões lineares múltiplas para a predição de humor depressivo em estudantes universitários, utilizando como preditores variáveis relativas à vinculação e apoio social	176
Tabela 14 – Análise do efeito mediador da dimensão de vinculação <i>Conforto com a Proximidade</i> entre os cuidados familiares (IGCF) e o humor depressivo em estudantes universitários	178
Tabela 15 – Análise do efeito mediador da dimensão de vinculação <i>Confiança nos Outros</i> entre os cuidados familiares (IGCF) e o humor depressivo em estudantes universitários	179
Tabela 16 – Análise do efeito mediador da dimensão de vinculação <i>Ansiedade</i> entre os cuidados familiares (IGCF) e o humor depressivo em estudantes universitários	180

Tabela 17 – Análise do efeito mediador do Apoio Social Total entre os cuidados familiares (IGCF) e o humor depressivo em estudantes universitários	181
Tabela 18 – Caracterização sócio-demográfica dos participantes deprimidos	191
Tabela 19 – Caracterização das variáveis do IHF (em deprimidos e estudantes universitários)	198
Tabela 20 – Caracterização do grau de humor depressivo e sintomatologia clinicamente significativa em deprimidos	199
Tabela 21 – Caracterização das variáveis relacionadas com as dimensões de vinculação no adulto em deprimidos	200
Tabela 22 – Caracterização das variáveis relacionadas com o tipo de apoio social em depressivos.....	200
Tabela 23 – Correlações de <i>Pearson</i> entre as variáveis paramétricas no grupo “deprimidos”	203
Tabela 24 – Correlações de <i>Spearman</i> para variáveis não-paramétricas no grupo “deprimidos”	204
Tabela 25 – Regressões lineares múltiplas para a predição de humor depressivo no adulto, utilizando como preditores variáveis do IHF	206
Tabela 26 – Regressões lineares múltiplas para a predição de humor depressivo no adulto, utilizando como preditores variáveis relativas à Vinculação e Apoio Social	207
Tabela 27 – Médias, desvios-padrões, correlações e <i>MANOVAS</i> nos 2 momentos de avaliação do IHF	219
Tabela 28 – Caracterização sócio-demográfica entre 2 amostras emparelhadas	229
Tabela 29 – Caracterização para amostras emparelhadas para o grau de humor depressivo e sintomatologia clinicamente significativa	230
Tabela 30 – Caracterização das variáveis relacionadas com as experiências na família-de-origem para amostras emparelhadas	232
Tabela 31 – Caracterização das dimensões de vinculação do adulto nos 2 grupos	234
Tabela 32 – Caracterização do apoio social nos 2 grupos	235
Tabela 33 – Coeficientes e teste de <i>Wald</i> para variáveis associadas à pertença ao grupo de “deprimidos” vs. “não-deprimidos”, tendo como factores preditores as subescalas do IHF	236
Tabela 34 – Coeficientes e teste de <i>Wald</i> para variáveis associadas à pertença ao grupo de “deprimidos” vs. “não-deprimidos”, tendo como factores preditores os índices de Cuidados Paternos, Cuidados Maternos e de Ambiente Familiar	237
Tabela 35 – Coeficientes e teste de <i>Wald</i> para variáveis associadas à pertença ao grupo de “deprimidos” vs. “não-deprimidos”, tendo como factores preditores características actuais (vinculação e apoio social)	238

Tabela 36 – Coeficientes e teste de <i>Wald</i> para variáveis associadas à pertença ao grupo de “deprimidos” vs. “não-deprimidos”, tendo como factores preditores cuidados familiares e características actuais	239
--	-----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Critérios de Diagnóstico para Episódio Depressivo Major	30
Figura 2 – Critérios de Diagnóstico para Perturbação Depressiva Major, Episódio Único	31
Figura 3 - Critérios de Diagnóstico para Perturbação Depressiva Major, Episódio Recorrente	32
Figura 4 – Caracterização dos maus-tratos e adversidade na infância	47
Figura 5 – Relação entre a vulnerabilidade e resiliência	51
Figura 6 – Esquema de Vulnerabilidade à depressão	84
Figura 7 – Principais estilos de vinculação na infância	88
Figura 8 – Modelo Conceptual dos estilos de vinculação no adulto	90
Figura 9 – Modelo de vulnerabilidade à depressão	101
Figura10 – Desenvolvimento da vulnerabilidade depressiva do <i>self</i>	105
Figura 11 – Modelo de vulnerabilidade cognitiva individual	107
Figura 12 – Modelo geral de saúde mental segundo os conceitos de esquemas e ciclos interpessoais propostas por Safran e Segal	108
Figura 13 – Dimensão de vinculação <i>Conforto com a Proximidade</i> como mediadora entre Cuidados Familiares e Humor depressivo em estudantes universitários	163
Figura 14 - Dimensão de vinculação <i>Confiança nos Outros</i> como mediadora entre Cuidados Familiares e Humor depressivo em estudantes universitários	163
Figura 15 - Dimensão de vinculação <i>Ansiedade</i> como mediadora entre Cuidados Familiares e Humor depressivo em estudantes universitários	164
Figura 16 - Apoio Social total como mediadora entre Cuidados Familiares e Humor depressivo em estudantes universitários	165

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 – Questionário de Cuidados Paternos	289
Anexo 2 – Questionário de Cuidados Maternos	295
Anexo 3 – Questionário do Ambiente Familiar	301
Anexo 4 – <i>Checklist</i> de Abuso Sexual	307
Anexo 5 – Autorização da Comissão de Ética das entidades onde os estudos foram realizados	311
Anexo 6 – Declaração de Consentimento Informado	315
Anexo 7 – Texto escrito para 2º momento do terceiro estudo	319

INTRODUÇÃO

O indivíduo à medida que se desenvolve vai acumulando experiências interactivas com as pessoas e com o mundo em seu redor. É este desenvolvimento interpessoal que o define, sendo várias as perspectivas que salientam a importância das relações interpessoais, quer para o bem-estar, quer para a psicopatologia (cf. Orden, Wingate, Gordon & Joiner, 2005). Especificamente em relação à psicopatologia depressiva, os factores que contribuem para a vulnerabilidade ou resiliência podem ser compreendidos a partir do grau de adversidades ao longo do desenvolvimento. O desenvolvimento humano acontece por sucessivas reorganizações qualitativas numa interacção entre os sistemas biológico, emocional, cognitivo, comportamental e social, com base em processos de diferenciação, articulação, integração e (re)organização hierárquica (Soares, 2000). Como consequência, e segundo esta mesma autora, as relações interpessoais entre a pessoa e os contextos de vida orientam, dirigem e (re)direccionam o sentido e curso do seu desenvolvimento. Desta forma, o desenvolvimento resultante dessas relações interpessoais vão definindo as trajectórias de vida (Marujo, 2000), gerando novidades e desafios que colocam à prova o nível ou a qualidade de adaptação prévia (Soares, 2000).

Os contextos onde o desenvolvimento do Ser Humano acontece incluem vários tipos de influências que o podem favorecer ou prejudicar, desde as relações directas com membros familiares, educadores, professores, amigos, entre outros, até influências tendencialmente mais indirectas tais como religiosas, profissionais, sociais ou ainda governamentais (e.g., Bronfenbrenner, 1986). É com base nestas experiências interpessoais que o indivíduo constrói os padrões de percepção sobre mundo em que vive e sob a forma como se orienta nele. Por outras palavras, o indivíduo vai-se desenvolvendo com um estado crescente de diferenciação, articulação e integração acumulada e hierárquica, em função das experiências vividas (cf. Soares, 2000). Assim, a concepção do que é o indivíduo num determinado momento só é possível em função da compreensão das experiências que teve ao longo do tempo e da forma como interage com os contextos nos quais se relaciona.

É por isso que, para entender o funcionamento de um adulto é importante compreender a forma como as experiências ao longo do desenvolvimento influenciam e marcam as características actuais, considerando concomitantemente as formas de funcionamento presente (e.g., estilo de vinculação) e relações contextuais (e.g., apoio social). Uma das formas de o fazer é através do estudo da excepção à regra: ou seja, ao caracterizarmos e investigarmos uma perturbação afectiva (e.g. depressão), podemos analisar e melhor compreender os factores ao

longo do desenvolvimento e/ou características actuais que mais facilitam (vulnerabilidade) ou dificultam (resiliência) a emergência da depressão. Neste sentido, é fundamental, em primeiro lugar, analisar os factores que primeiramente mais influenciam e marcam o desenvolvimento do Ser Humano, nomeadamente as experiências na família-de-origem, em segundo lugar, analisar e sistematizar um corpo de conhecimentos sobre esses factores e sobre a forma como os mesmos condicionam características actuais e de relacionamento na idade adulta (e.g., vinculação e apoio social), e em terceiro lugar, conceber uma perspectiva holística e interpessoal de vulnerabilidade à psicopatologia depressiva, com base nos dois aspectos anteriores.

Ao contextualizar as queixas dos indivíduos com depressão, considerando os contextos ao longo do desenvolvimento e características actuais, ganha-se uma compreensão acrescida sobre a experiência desta perturbação afectiva. Assim, porque o primeiro grande marco interpessoal é seguramente a família-de-origem, é necessário um foco de análise sobre o impacto das experiências familiares vividas durante a infância e adolescência. Para além disto, as experiências acumuladas têm um impacto na forma de o indivíduo se vincula ao mundo na idade adulta e sobre a forma como percebe e/ou estimula redes de apoio social. De um ponto de vista global, a investigação indica que a depressão no adulto tende a resultar de uma interacção entre as experiências negativas e a forma como o indivíduo as elabora na sua identidade, à medida que cresce (e.g., Bifulco & Moran, 1998; Frenndrih, Warner & Weissman, 1990).

A nossa opção pelo estudo da depressão tendo como referência o contributo das experiências familiares ao longo do desenvolvimento e das características actuais de vinculação e apoio social prende-se, primeiro, com o facto de a depressão ser a maior causa de incapacidade medida em “anos vividos com incapacidade” (do inglês, *YLD – Years Lived with Disability*), traduzindo-se na maior doença não-fatal, resultando em perto de 12% do total de anos a viver com uma incapacidade, em todo o mundo (cf. Schotte et al., 2006), com tendência a aumentar; e em segundo lugar, porque foi em 2000 o quarto problema de saúde que mais afectou a humanidade em geral e que, em 2020, ocupará o segundo lugar no *ranking* do número potencial de anos de vida perdidos devido a mortalidade prematura e anos de produtividade perdidos devido a incapacidade (do inglês, *Disability Adjusted Life Years: the sum of years of potencial life lost due to premature mortality and the years of productive life lost due to disability [DALY]*, World Health Organization [WHO], 2007). De um ponto de vista global, as perturbações neuropsiquiátricas justificam 33% dos anos vividos com incapacidade, segundo o *Burden of Disease* da OMS (2001, cit. WHO, 2003).

Para além destas razões, os dados epidemiológicos sugerem que a depressão afecta 121 milhões de pessoas no mundo; é uma das principais causas mundiais de incapacidade; pode ser eficazmente diagnosticada e tratada nos cuidados primários de saúde, mas menos de 25% dos que sofrem de depressão têm acesso a tratamentos adequados e eficazes (WHO, 2007).

Assim, investigações que contribuam para a sensibilização e compreensão dos factores que levam à depressão são importantes para compreender a vulnerabilidade a esta psicopatologia, o que pode facilitar a promoção da saúde mental e a qualidade de vida, numa interacção proactiva entre os vários profissionais de saúde e comunidade. Apesar da intervenção não ser o objectivo no presente trabalho, acreditamos que esta investigação possa abrir trilhos importantes nesse sentido.

No entanto, a realização de uma investigação para averiguar como as adversidades vivenciadas ao longo do desenvolvimento estão associadas à depressão no adulto não é uma tarefa simples, mas antes complexa, delicada e demorada. Primeiro, porque não é uma relação linear, do tipo causa-efeito, e, segundo, porque, tratando-se de uma investigação no âmbito do impacto psicológico no adulto da adversidade durante a infância, é, necessariamente, redutora, pois há outros factores que influenciam e marcam este impacto (e.g. factores genéticos; experiências tidas fora da família-de-origem).

Este trabalho de investigação, estruturado em duas partes principais (enquadramento teórico do tema e estudos empíricos) pretende, após uma revisão da literatura sobre a relação entre adversidade na infância com a depressão no adulto, aumentar a compreensão dos processos desenvolvimentais que contribuem para a explicação da depressão no adulto. Ao fazê-lo, contribui-se para o esclarecimento dos factores e modelos explicativos que interagem na relação entre adversidades na infância e depressão no adulto. Neste sentido, o texto exposto organiza-se numa perspectiva desenvolvimental e interpessoal, abordando, numa primeira fase, e após a caracterização do diagnóstico e epidemiologia da depressão (capítulo1), as experiências adversas e cuidados recebidos como risco para a depressão na idade adulta (capítulo2), seguindo-se uma revisão da literatura sobre modelos conceptuais de vulnerabilidade à depressão (capítulo 3), terminando com uma revisão sobre a fiabilidade do relato das experiências autobiográficas em função do humor (capítulo 4). Na segunda parte são apresentados 4 estudos empíricos. Esta parte inicia-se com um primeiro estudo sobre a avaliação das características de um instrumento sobre as experiências tidas na família-de-origem e a sua relação com o humor, depressivo, vinculação e apoio social (capítulo 5); o segundo estudo é sobre a relação entre as experiências familiares ao longo do desenvolvimento e o funcionamento actual em sujeitos

deprimidos (capítulo 6); o terceiro estudo compara o relato das experiências familiares em sujeitos deprimidos em dois momentos diferentes (capítulo 7); o quarto e último estudo faz uma comparação das experiências familiares ao longo do desenvolvimento e características actuais entre sujeitos “deprimidos” emparelhados com sujeitos “não-deprimidos” (capítulo 8). No capítulo final, são apresentadas as conclusões, limitações e implicações deste trabalho para futuras investigações.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO TEMA

CAPÍTULO 1

Características e Diagnóstico da Depressão

1) Introdução

Segundo a *World Health Organization* (WHO, 2003), o conceito de Saúde, na sua carta constitutiva de 1948, é definido como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Neste amplo conceito de Saúde, são englobados termos tais como bem-estar, consciência de auto-eficácia, autonomia, competência e reconhecimento da habilidade, os quais servem para realizar o potencial intelectual e emocional de um indivíduo. Assim, a Saúde Mental é definida como um estado de bem-estar em que o indivíduo reconhece as suas competências, é capaz de lidar com o stress da vida do dia-a-dia, tem produtividade profissional e sucesso, e ainda, contribui para a sua comunidade (WHO, 2003). No entanto, e segundo esta Organização, o conceito de Saúde Mental tem sido escondido por detrás de estigma e discriminação. Não ter saúde mental é sofrer de alguma psicopatologia, pelo que este conceito é definido como o estudo, a teoria e psicologia das formas de sofrimento, quaisquer que sejam as suas causas (cf. Anaut, 2005). A abordagem psicopatológica engloba, assim, segundo este autor, a descrição das perturbações que se associam a uma doença, as teorias e modelos psicológicos explicativos dos mecanismos intrapsíquicos, e ainda as eventuais causas dessa doença.

Desde que se nasce, tudo é um processo interaccional entre factores, biológicos, emocionais, cognitivos e interpessoais, pelo que, quanto mais se compreende a relação entre a saúde mental, estado físico e a relação do indivíduo com o seu mundo social, na interdependência com a história de desenvolvimento, mais se evidenciam os ganhos científicos, económicos e sociais, para o bem-estar dos indivíduos, sociedades e países (e.g., WHO, 2003). Assim, quando a saúde mental não prevalece perante as adversidades da vida, como acontece no caso da depressão, urge a necessidade de uma resposta efectiva, para prevenir ou remediar, as consequências e custos económicos e sociais desta doença mental, uma vez que estas são vastas e significativas. Para além do sofrimento emocional, a depressão aumenta a vulnerabilidade a doenças físicas, sendo um factor de risco para o cancro (Gallo, Armenian, Ford, Eaton, & Khachaturian, 2000), prediz a incidência de doenças cardíacas, com mortalidade acentuada neste tipo de doenças (e.g., Gold & Chrousos, 2002, cit. Schotte, Bossche, Doncker, Claes, & Cosyns, 2006), está associada a pior aceitação e adesão dos tratamentos, enfraquece a qualidade de vida e o funcionamento dos pacientes com doenças crónicas, assim como os leva a recorrer mais os serviços de saúde (WHO, 2003).

A sintomatologia depressiva é multifacetada e a forma como se manifesta é variável entre as pessoas (Schotte, Bossche, Doncker, Claes, & Cosyins, 2006), sendo possível encontrar teorias e perspectivas, das mais simples às mais complexas, cujo objectivo sempre foi o de descrever, explicar e compreender melhor a psicopatologia depressiva. Independentemente da perspectiva, a depressão tem várias consequências, pelo que se torna crucial estudar e compreender melhor esta psicopatologia. Neste capítulo, é feita a caracterização nosológica e epidemiológica de depressão, onde se salienta também o risco de suicídio, o impacto económico e os factores de risco sócio-demográficos para a depressão.

2) Nosologia e classificação adoptada

A determinação do quadro clínico, a forma e o grau de severidade da depressão, assim como avaliar o seu contributo para o risco de suicídio, é uma tarefa fundamental em saúde mental. Assim, uma descrição e classificação adequada da depressão é uma pré-condição necessária *sine-quo-non* para o diagnóstico, tratamento e investigação da doença.

A classificação das perturbações mentais sempre constituiu uma necessidade ao longo da história da saúde mental, mas tem havido dificuldades em acordar as perturbações que deverão ser incluídas e os critérios pelos quais devem ser organizadas (American Psychiatric Association [APA], 2000). Ao longo da história da saúde mental, verifica-se uma oscilação entre períodos de análise e automatização de conceitos, e, momentos de reagrupamento e de síntese (Lemperière, 1996), pelo que as múltiplas nomenclaturas sobre doenças mentais têm diferido quanto à sua ênfase na fenomenologia, etiologia e curso. Enquanto que algumas classificações abrangem categorias reduzidas, outras incluem critérios excessivos e confusos. Para além disso, as perturbações mentais diferenciam-se consoante o campo de actuação clínico, de investigação ou estatístico (APA, 2000). Devido às diversas formas assumidas pelas perturbações depressivas, nunca existiu um consenso em relação à sua nosografia, donde se justifica a existência de múltiplas abordagens. Contudo, quanto melhor for a nosografia das perturbações depressivas, maior será a facilidade de diagnóstico e de conduta terapêutica a ser optada (Ey, Bernard, & Brisset, 1998).

Numa perspectiva histórica, consideramos interessante notar a existência de registos onde se verifica que o percurso histórico do quadro de depressão evoluiu, essencialmente, devido às mulheres, até meados do século XVIII, altura em que este quadro de sintomas era caracterizado por “histeria feminina”. Só depois se misturou com a “loucura masculina”, dentro dos movimentos em curso nas escolas europeias, pois, até então, a loucura nos homens era

associado a força, nobreza e energia, e as características históricas das mulheres eram descritas como fraqueza, moleza, inferioridade e passividade (Rousseau, 2000). Apesar da depressão surgir classificada na literatura egípcia, cerca de 2600 anos A.C., numa das mais antigas divisões das doenças mentais (cf. Maia, 2001), a primeira teoria da depressão registada é a de Hipócrates, quando propôs a melancolia como resultado de um desequilíbrio entre os 4 humores básicos (e não como produto da vontade dos deuses) (Deitz, 1989). Segundo este autor, a depressão, chamada de melancolia, era considerada uma perturbação do corpo e por isso a terapia foi desenvolvida para reestabelecer o balanço dos humores. Esta visão orgânica, deu azo a que, muito mais tarde, a partir do século XVII - altura em que se formou a escola francesa de psiquiatria por ordem de Luís XIV – emergisse uma classificação proposta por Pinel em 1767, organizada em 4 perturbações de um grupo de doenças físicas denominadas “neuroses” (definidas como doenças funcionais do sistema nervoso), a saber: mania, melancolia, demência e idiotia (cf. Maia, 2001). Salientamos que o termo depressão surgiu no século XVIII por Samuel Johnson para caracterizar “espíritos negativos” ou “inferiores” (Rousseau, 2000). Por outro lado, uma escola de psiquiatria de orientação mais clínica surgiu nos finais do século XIX, depressa ganhou preponderância e um lugar cimeiro com a criação de algumas das nosologias mais famosas, com os trabalhos de Kraepelin entre 1880 e 1914, os quais ainda estão, na sua essência, na base das classificações actuais (cf. Maia, 2001). Já depois da segunda Guerra Mundial, e com as argumentações constantes entre as várias escolas europeias e americanas e os problemas de aceitação da 6ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID), os autores americanos decidiram desenvolver uma classificação alternativa, nomeadamente o *Diagnostic Statistical Manual* (DSM), publicada em 1952 (cf. Maia, 2001). No fim dos anos setenta e durante a década de oitenta do século XX, com o desenvolvimento de formas de diagnóstico mais precisas e com a melhoria observada nos métodos de avaliação estandardizados dos sintomas, tornou-se possível a análise mais objectiva da perturbação mental, permitindo a elaboração de critérios de diagnóstico, assim como aplicá-los aos estudos populacionais (Maia, 2001). Ao longo dos anos, as classificações e nosologias da ICD e do DSM foram evoluindo de forma independente mas mutuamente conscientes uma da outra, até que, em 1992, no momento da publicação da 10ª revisão da ICD, a divisão tradicional entre neurose e psicose foi por esta abandonada, integrando-se a depressão no grupo das perturbações de humor, de forma congruente com o DMS-IV. Estas classificações tornaram-se as duas mais aceites a nível mundial e permitiram desenvolver instrumentos de avaliação (e.g., entrevistas clínicas estruturadas) que levaram à aproximação das observações realizadas na população geral dos critérios utilizados no campo clínico (Maia, 2001). Neste trabalho, optou-se pela

classificação de Depressão caracterizada na quarta edição revista do DSM-IV-TR (APA, 2000). Por conseguinte, neste contexto, o termo “depressão” refere-se à perturbação clínica com os critérios de episódio depressivo major, cujos sintomas preenchem os critérios da categoria nosológica deste manual de diagnóstico (APA, 2000).

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2000), o que caracteriza um Episódio Depressivo Major é humor depressivo ou perda de interesse, em quase todas as actividades, durante um período nunca inferior a duas semanas. O sujeito deve sentir também, pelo menos, quatro dos sintomas adicionais seguintes: alterações no apetite ou no peso, sono e actividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa; dificuldades em pensar; concentrar-se ou em tomar decisões; ou pensamentos recorrentes a propósito da morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. Para que o diagnóstico de Episódio Depressivo Major seja considerado, o sintoma deve estar presente há pouco tempo ou ter piorado claramente, quando comparado com o estado anterior ao episódio. Os sintomas devem persistir durante a maior parte do dia, quase todos os dias, durante, pelo menos, duas semanas consecutivas. O episódio é acompanhado de distress ou redução da sociabilidade, capacidade para o trabalho ou outras áreas importantes de funcionamento.

A seguir, são apresentados os critérios de diagnóstico para Episódio Depressivo Major e os critérios de Perturbação Depressiva Major (episódio único e episódio recorrente).

A) Estão presentes cinco (ou mais) dos seguintes sintomas observados durante o mesmo período de duas semanas e que representam uma alteração do funcionamento prévio. Pelo menos um dos sintomas é (1) humor depressivo ou (2) perda de prazer ou de interesse.

Nota: Não incluir os sintomas que são claramente provocados por um estado físico geral, ou ideias delirantes ou alucinações que são incongruentes com o humor.

1) humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicados ou pelos relato subjectivo (e.g., sente-se triste e vazio) ou pela observação de outros (por exemplo, parece choroso). Nota: Em crianças e adolescentes o humor pode ser irritável.

2) Diminuição clara do interesse ou prazer em todas (ou quase todas) as actividades, durante a maior parte do dia, quase todos os dias (indicado pelo relato subjectivo ou pela descrição de outros).

3) Perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativo (e.g., uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. Nota: em crianças, deve considerar-se o não atingimento dos aumentos esperados de peso.

4) Insónia ou hipersónia quase todos os dias.

5) Agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias (observável por outros, e não meramente pelo relato subjectivo de se sentir agitado ou lento).

6) Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.

- 7) Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente autocensura ou sentimentos de culpa por estar doente).
- 8) Diminuição da capacidade de pensamento ou de concentração, ou indecisão, quase todos os dias (ou pelo relato, ou pela observação de outros).
- 9) Pensamentos recorrentes acerca da morte (não somente acerca do medo de morrer), ideação suicida recorrente sem planos específicos ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio.
- B) Os sintomas não preenchem os critérios para Episódio Misto.
- C) Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante.
- D) Os sintomas não são devidos aos efeitos fisiológicos directos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação) ou de um estado físico geral (por exemplo, hipotiroidismo).
- E) Os sintomas não são melhor explicados por Luto, isto é, depois da perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de dois meses ou são caracterizados por uma marcada deficiência funcional, preocupação mórbida com sentimentos de desvalorização pessoal, ideação suicida, sintomas psicóticos ou lentificação psicomotora.

Figura 1. Critérios de Diagnóstico para Episódio Depressivo Major (DSM-IV-TR, APA, p.356)

- A) Presença de um Episódio Depressivo Major (ver critérios supracitados).
- B) O Episódio Depressivo Major não é melhor explicado por uma Perturbação Esquizoafectiva e não se sobrepõe a uma Esquizofrenia, Perturbação Esquizofreniforme, Perturbação Delirante ou Perturbação Psicótica Sem Outra Especificação.
- C) Nunca existiu um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou um Episódio Hipomaniaco. **Nota:** Esta exclusão não se aplica se todos os episódios de tipo maníaco, misto ou hipomaniaco forem induzidos por substâncias ou tratamento, ou se forem provocados pelos efeitos fisiológicos directos de um estado físico geral.

Figura 2. Critérios de Diagnóstico para Perturbação Depressiva Major, episódio único (DSM-IV-TR, APA, p.375)

- A) A presença de dois ou mais Episódios Depressivos Major (ver critérios supracitados). Nota: Para se poderem considerar episódios separados, deve existir um intervalo de, pelo menos, dois meses consecutivos durante os quais não são preenchidos os critérios para Episódio Depressivo Major.
- B) Os Episódios Depressivos Major não são melhor explicados por uma Perturbação Esquizoafectiva, e não se sobrepõem a uma Esquizofrenia, Perturbação Esquizofreniforme, Perturbações delirantes ou Perturbações Psicóticas Sem Outra Especificação.
- C) Nunca existiu um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou um Episódio Hipomaniaco. **Nota:** Esta exclusão não se aplica se todos os episódios de tipo maníaco, misto ou hipomaniaco forem induzidos por substâncias ou tratamento, ou se forem provocados pelos efeitos fisiológicos directos de um estado físico geral.

Figura 3. Critérios de Diagnóstico para Perturbação Depressiva Major – Recorrente (DSM-IV-TR, APA, p.376)

3) Evolução da doença

As evidências mostram que o primeiro episódio depressivo experienciado é aquele que está habitualmente mais associado a um factor stressor substancial (interpessoal), enquanto que os episódios depressivos posteriores são precedidos de menor grau de stress severo, até aos episódios depressivos recorrentes de maior grau, que aparecem, praticamente, dissociados de factores stressores (cf. Nierenberg, Sussman, & Trivedi, 2003; cf. Monroe & Reid, 2009). Este facto permite concluir que quanto mais vezes um individuo deprime, mais autónomos os episódios depressivos se tornam, com cada vez menor ligação a factores ambientais (e.g., Schotte et al., 2006; Nierenberg, Sussman, & Trivedi, 2003; Monroe & Reid, 2009). Antes deste padrão ser reconhecido, as chamadas “depressões reactivas” eram consideradas respostas reaccionais ao stress, ao passo que as restantes, sem relação com factores stressantes, eram consideradas “depressões endógenas” e de base biológica (Nierenberg, Sussman, & Trivedi, 2003). Desta forma, podemos entender a depressão como uma perturbação do humor que está assente no *continuum* emocional e extremado, e assim, ser concebida como a tristeza fora de controlo (Wolpert, 2000). É uma síndrome altamente prevalente na população, que se manifesta no humor, cognições, funções neurovegetativas e motoras (Nierenberg, Sussman, & Trivedi, 2003), cuja emergência, desenvolvimento e gravidade não são independentes dos acontecimentos de vida e das relações interpessoais (Nesse, 1998). Importa salientar que a maioria das pessoas não desenvolve depressão face a eventos stressores, apesar de um destes eventos ser, na maioria das vezes, precedente de depressão (Monroe & Reid, 2009). Estima-se que aproximadamente 1 em 5 indivíduos expostos a eventos de vida stressantes desenvolvem depressão, podendo esta proporção ser mais elevada dependendo da natureza do evento (cf. Monroe & Reid, 2009).

4) Epidemiologia da depressão

O maior propósito da epidemiologia é o de controlar, se não mesmo prevenir, a ocorrência de uma nova doença (Kaelber, Moul, & Farmer, 1995). Ao incluir componentes descritivas e analíticas, a epidemiologia permite avaliar a estabilidade, aumento ou diminuição da frequência de uma determinada doença numa comunidade ou país, o que serve os propósitos de saúde pública ao providenciar informação fiável e não-enviesada para o desenvolvimento de políticas que possam actuar de forma preventiva e de acções proactivas sobre as doenças (Kaelber, Moul, & Farmer, 1995). Adicionalmente, e segundo estes autores, a epidemiologia, ao analisar a frequência das perturbações na população, permite identificar

factores de risco, que facilitam a descoberta de relações causais, tanto biológicas e comportamentais, como desenvolvimentais.

A epidemiologia engloba dois conceitos essenciais, nomeadamente: *Incidência* e *Prevalência*. Ambos são medidas de frequência da ocorrência de uma determinada doença, que envolvem espaço e tempo, mas que avaliam aspectos diferentes. A incidência é uma medida longitudinal que avalia o número de casos novos da doença surgidos no mesmo local e período, denotando a intensidade com que uma determinada doença acontece numa população, ou seja, mede a frequência ou probabilidade de ocorrência de casos novos numa população (Menezes & Santos, 1999). A incidência é calculada pela divisão entre o número de “casos novos” num determinado período e o número de pessoas expostas ao risco, nesse mesmo período (Pereira, Paes, & Okano, 2000). Quanto à Prevalência, trata-se de uma medida transversal, que indica a qualidade daquilo que prevalece num determinado momento, sendo, por isso, uma medida estática que informa o número de casos (novos e existentes) num certo momento (Menezes & Santos, 1999). A prevalência é calculada pela divisão entre o número de casos existentes e o número de pessoas estudadas na população (Pereira, Paes, & Okano, 2000). A incidência influi directamente na prevalência, pelo que, para diminuir a prevalência de determinada doença, é necessário reduzir o aparecimento de novos casos (prevenção primária) ou encurtar a duração da doença (prevenção secundária) (Menezes & Santos, 1999). Daqui se conclui que é mais importante a incidência quando pensamos na etiologia da doença (novo caso), e a prevalência quando pensamos na sobrecarga social da doença (com casos novos ou existentes), incluindo os custos e os recursos consumidos como um resultado da doença.

As taxas de incidência e prevalência da depressão nos vários países do mundo são bastante variáveis devido às múltiplas culturas e às diferentes classificações nosológicas e métodos utilizados para avaliar a depressão. Daí, a dificuldade de comparação dos vários estudos.

São vários os estudos que evidenciam uma prevalência preocupante em relação às perturbações depressivas, apesar das variações e discrepâncias em termos dos resultados encontrados. Num estudo de prevalência ao longo de 12 meses, da *National Comorbidity Survey* de Kessler, McGonagle e Zhao (1994, cit. Nierenberg, Sussman & Trivedi, 2003) verificou-se que a depressão atingia, nesse ano, 10.3%, com uma prevalência ao longo da vida de 17.1%, o que é corroborado pela ideia de 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 et al., 2006). Um estudo do *National Institute of Mental Health* (2002), também no período de 1 ano, 9.5% da população americana sofre de uma depressão, ou seja, 18.8 milhões de americanos. Num outro

estudo epidemiológico em larga-escala denominado *Depression Research in European Society* (DEPRES) (Tylee, 2000, cit. Schotte, et al., 2006), com mais de 78.000 adultos entrevistados de seis países diferentes, revelou uma prevalência a 6 meses de 17% de episódios de depressão. Actualmente, a incidência da depressão é constantemente ascendente (e.g., Schotte et al., 2006), esperando-se que o número de indivíduos com perturbações mentais aumente com o envelhecimento da população, piorando os problemas e desequilíbrios sociais, o que acarreta enormes custos em termos de miséria humana, incapacidade e perdas económicas (WHO, 2003).

Os factos epidemiológicos evidenciam que a depressão é tão comum que afecta 121 milhões de pessoas no mundo inteiro, sendo por isso, uma das principais causas de incapacidade (WHO, 2007). Mais de 150 milhões de pessoas no mundo já sofreram uma depressão em algum ponto da sua vida e perto de um milhão comete suicídio todos os anos, a grande maioria com avisos e sinais da sintomatologia depressiva (WHO, 2003). Para além disto, muitos dos episódios depressivos major não têm remissão completa, e os seus sintomas podem persistir durante anos, com uma taxa de recorrência estimada em 60% ou superior (cf. Talbott, 2003). Daí que, a depressão major seja uma doença crónica para a maioria dos doentes com esta perturbação.

Em Portugal, no 3º censo psiquiátrico realizado em 2001, pela Direcção-Geral da Saúde do Ministério da Saúde (Bento, Carreira & Heitor, 2001), a nosologia utilizada para o diagnóstico da depressão foi tida em conformidade com a Classificação Internacional de Doenças (9ª revisão). Neste censo, 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.

Com uma prevalência e incidência tão significativa como aquela que estes estudos nacionais e internacionais demonstram, a psicopatologia depressiva tende a ser, cada vez mais, uma causa de incapacidade (e.g., WHO, 2003), pois manifesta-se através de um conjunto de sintomas negativos auto-referentes, muitas vezes acompanhado de pensamentos e comportamentos autodestrutivos, cujo maior risco associado, nos casos mais graves, é a morte por suicídio.

5) Risco de suicídio na depressão

O suicídio, geralmente considerado como o risco mais sério de quem sofre de depressão, é definido como o acto constituído pela tendência autodestrutiva mais extrema, fruto da diminuição da auto-estima e com autocritica (Grinberg, 2000). A razão desta afirmação deve-se ao facto da depressão estar frequentemente associada a pensamentos acerca da morte, ideação suicida ou tentativa de suicídio, os quais podem variar desde a crença de que os outros estariam melhor se a pessoa estivesse morta, passando por pensamentos transitórios mas recorrentes de tentativa de suicídio, até aos planos específicos para se suicidar (APA, 2000). Assim, o suicídio é, muitas vezes, encarado como a única solução perante os sentimentos de culpa persecutória que a pessoa tem, sendo a morte vista como a libertação desses sentimentos (Grinberg, 2000). Como característica de uma situação suicida, destaca-se, essencialmente, a existência de uma crise, e isto significa que a pessoa está, no momento em que pensa ou tenta o suicídio, a viver no cerne dessa crise. Ora, quando falamos em crise, falamos de um estado que não está a ser tolerado e exige uma mudança ou solução. Segundo este último autor, o que encontramos num suicida é uma ambivalência expressa nos sentimentos, entre o querer morrer e o querer viver, pelo que o acto ou a tentativa do suicídio é, muitas vezes, o único caminho que a pessoa encontra para expressar sentimentos de desespero e desamparo, numa fase já no limite da sua resistência.

Os estudos epidemiológicos indicam que a ideação suicida está presente em 50 a 70% dos sujeitos com depressão major (e.g. Bronisch, 2003). A literatura tem evidenciado algumas variações nas percentagens de suicídio em indivíduos deprimidos. Por exemplo, O'Leary, Paykel, e Todd (2001, cit. Talbott, 2003), estimaram que 15% de todas as mortes de pessoas com perturbações afectivas sejam por suicídio. Esta mesma percentagem é encontrada num estudo da *American Psychological Association* (1994, cit. Schotte et al., 2006), evidenciando uma elevada prevalência de suicídio entre os deprimidos. No entanto, numa revisão da literatura efectuada por Goodwin e Jamison (1990, cit. Stablon, 1999/2000) evidenciou-se que, em 30 estudos diferentes com doentes deprimidos, a taxa de morte por suicídio eleva-se a 19%. Apesar destas variações nas percentagens encontradas, a maior evidência é que, de facto, a depressão, é um factor de risco para o suicídio. O risco de suicídio é também aumentado quando não há uma remissão completa da sintomatologia depressiva (Joiner Jr, Pettit & Rudd, 2004).

Os estudos evidenciam também que o número de tentativas de suicídio é maior nas mulheres do que nos homens, mas, o suicídio consumado é maior nos homens (cf. Stablon, 1999/2000). Contudo, são poucos os indicadores que sugerem o risco do acto suicida. Gladstone, Mitchell, Parker, e seus colaboradores (2001, cit. Talbott, 2003), monitorizaram uma

amostra de 1.813 pacientes com depressão major ao longo de 10 anos. Neste estudo longitudinal, nos 3,8% dos indivíduos da sua amostra que cometeram suicídio, todos eles pertenciam ao grupo com história de perturbações de humor severas ao longo da vida, com mais internamentos e mais recorrências. Para além disto, constata-se que estes indivíduos suicidas eram, na sua maioria, homens com uma relação, ou mulheres solteiras.

A vulnerabilidade ao acto suicida é influenciada por acumulação de diversos factores, incluindo: história familiar de suicídio, abusos sexuais na infância, factores de personalidade, sucesso escolar e afiliação de pares (e.g., Ferguson, Blakely, Allan & Collings, 2003). Todos estes factores, segundo estes autores, parecem desempenhar um importante papel na patogénese do comportamento suicida. Há estudos sobre as chamadas autópsias psicológicas e familiares nos quais se constata que uma perturbação psiquiátrica ou traços de personalidade como impulsividade, agressividade ou adicção são mais importantes para o desenvolvimento suicida do que a perturbação depressiva só por si (e.g. Bronisch, 2003). Quando existem perturbações conjuntas, a comorbilidade com a ansiedade e ou adicção de substâncias é mais importante para o desenvolvimento do comportamento suicida do que a perturbação depressiva *per si* (cf. Bronisch, 2003).

Em termos dos sintomas, os que são mais comuns encontrar-se nas pessoas suicidas são a depressão, a psicose e a angústia. Os estados de depressão grave são, muitas vezes, acompanhados por alterações do sono, perda de apetite, perda de peso, desinteresse pelas questões sociais, apatia, sentimentos de desespero, de desamparo, de estar exausto, quer física quer psiquicamente (Grinberg, 2001).

Assim, os sintomas ou perturbações depressivas são indicadores significativos do comportamento suicida. Contudo, é necessário ter em conta que há outros factores que contribuem para esta situação com tanto ou maior peso que os sintomas ou perturbações depressivas. A idade pode ser um destes factores contribuidores, pois a taxa de suicídio aumenta nas idades mais avançadas, ao passo que o diagnóstico de depressão diminui depois dos 60 anos, em ambos os sexos (Bronisch, 2003). Este mesmo autor faz notar ainda que, em quase todo o mundo, a proporção entre os sexos é diferente para a depressão e o suicídio.

6) Impacto sócio-económico da depressão

O mundo ocidental e os países desenvolvidos vivem actualmente numa situação de recessão económica preocupante, em que a ambição desmedida pela expansão económica e riqueza em termos mundiais, essencialmente ao longo dos últimos 15 anos, levou a graves problemas económicos e à presente degradação da qualidade de vida, com consequências sociais, morais e culturais. Assim, há um aumento de vários indicadores de recessão social, tais como a forte erosão das ligações sociais, o que resulta em maior número de divórcios, suicídios, violência e taxas de depressão, bem como uma contínua procura “vazia” de materialismos para preencher espaços emocionais, dando-se cada vez mais importância ao ter, em detrimento do ser. Contudo, sabendo-se que o fuste do sucesso económico e de uma sociedade está dependente da saúde mental de cada um dos seus elementos constituintes, torna-se crucial um diagnóstico real da actual situação, por forma a poder desenvolver-se estratégias de intervenção para permitir e facilitar a recuperação da recessão actual.

A magnitude, sofrimento e fardo da depressão, em termos de incapacidade e custos, para indivíduos, famílias e sociedades, são, concomitantemente, problemáticos e desafiantes (WHO, 2003). O impacto económico da doença mental afecta os rendimentos pessoais, a competência dos indivíduos doentes – e frequentemente os seus cuidadores – para trabalhar, diminuindo a produtividade no trabalho e contribuições para a economia nacional, assim como, o recurso aos tratamentos e serviços de apoio. Myers (2000, cit. Schotte et al., 2006) constata, por exemplo, que os americanos são menos felizes hoje do que eram há 40 anos atrás, apesar de estarem a ganhar 2,5 vezes mais dinheiro do que nessa altura. Estima-se que o custo dos problemas da saúde mental nos países desenvolvidos ronde entre os 3% e os 4% da produtividade do país. Indivíduos empregados com depressão têm um custo 4,2 vezes maior do que um beneficiário típico da segurança social com os gastos de saúde (médicos, farmacêutica e faltas ao trabalho) (WHO, 2003). Indivíduos desempregados e aqueles que não conseguem arranjar trabalho têm mais sintomas depressivos do que aqueles que, de facto, o encontram (cf. WHO, 2003).

Nos países desenvolvidos com sistemas de saúde bem organizados, são entre 44% a 80% o número de sujeitos com perturbações mentais que não recebem tratamento. Nos países em desenvolvimento, este número é ainda mais inquietante e preocupante, situando-se perto dos 90% (WHO, 2003). Sabendo que as perturbações mentais geram custos significativos em tratamentos de longo prazo e perda de produtividade, é possível argumentar que estas perturbações contribuem significativamente para a pobreza individual, comunitária e social (WHO, 2003).

Do que fica exposto, constata-se que a depressão é um grave problema de saúde pública, pois os seus custos são seriamente elevados em termos económicos. Assim, actualmente, o investimento na saúde mental pode gerar enormes retornos em termos de diminuição das incapacidades e mortes prematuras, assim como enormes encaixes sociais e económicos na sociedade (WHO, 2003). Urge, portanto, conhecer cada vez mais e melhor a doença para um eficaz diagnóstico e adequado plano de estratégia e intervenção. Uma combinação de tratamentos dirigidos a objectivos e programas de prevenção na área da saúde mental, dentro das estratégias de saúde pública de um país, podem evitar anos vividos com incapacidade e mortes, reduzir o estigma associado às perturbações mentais, aumentar consideravelmente o capital social, ajudar a reduzir a pobreza e promover o desenvolvimento de um país (WHO, 2003).

Tendo em conta os dados epidemiológicos e os estudos associados, facilmente se evidencia a importância de estudarmos esta doença, por forma a que possam ser desenvolvidas políticas de redução de casos novos e planos de prevenção primária (com o objectivo de reduzir a incidência da depressão), assim como planos de redução da sobrecarga social da doença, com a melhoria dos modelos de intervenção actuais (com o objectivo de reduzir a prevalência da depressão). Para isto, é fundamental o conhecimento dos factores de risco.

7) Factores de risco sócio-demográficos da depressão

Os problemas de saúde mental afectam a sociedade como um todo e não apenas um segmento da comunidade, o que os torna um desafio fundamental para o desenvolvimento de um país e da sua população. Nenhum grupo está imune às perturbações mentais, apesar do risco ser maior entre os pobres, sem-abrigo, desempregados, pessoas com escolaridade baixa ou nula, vítimas de violência, emigrantes e refugiados, populações indígenas, crianças ou adolescentes, mulheres abusadas e idosos negligenciados (WHO, 2003). Assim sendo, as variáveis sócio-demográficas são algumas das que, à partida, condicionam o risco de depressão na idade adulta, pelo que, de seguida, são apresentados os factores de risco sócio-demográficos mais evidentes para a depressão, tais como o sexo, estado civil e local de residência.

Relativamente ao sexo, sabe-se que as mulheres sofrem mais de depressão do que os homens, numa proporção de quase três para um (Talbot, 2003), ou de 25% para 15%, respectivamente (Olié & Guedi, 1996, cit. Stablon, 1999/2000). São vários os estudos epidemiológicos com resultados consistentes que mostram as mulheres com o dobro da prevalência de perturbações depressivas, comparativamente com os homens (e.g., Kessler,

2000; Piccinelli & Wilkinson, 2000). Este facto pode ser justificado com a maior vulnerabilidade psicobiológica da mulher, maior frequência e severidade de acontecimentos de vida traumáticos, esquemas e estilos de *coping* mal-adaptativos, maior predominância de doenças somáticas e vulnerabilidade para dependências, assim como maior instabilidade e insegurança social e cultural (Schotte et al., 2006).

Ainda no que se refere ao sexo, as mulheres apresentam mais perturbações internalizadoras, tais como depressão e ansiedade, ao passo que os homens apresentam mais perturbações externalizadoras, evidenciadas, por exemplo, com comportamentos anti-sociais e abuso de substâncias (e.g., Rosenfield, 2000). Podemos acrescentar também que as mulheres identificam com maior facilidade os sentimentos dos outros, são mais dependentes nas relações e têm maior necessidade de apoio comparativamente com os homens (Rosenfield, 2000). Ainda nesta comparação, as mulheres experienciam mais o bem-estar dos seus membros familiares com uma forte fonte de preocupação, assim como acontecimentos de vida stressantes dos familiares estão mais associados a mais *distress* nas mulheres do que nos homens. Esta última conclusão torna-se ainda mais interessante e evidente, quando Thase, Frank, Kornstein, e Yonkers (2000) verificaram que as mulheres com depressão grave recuperam melhor com a terapia interpessoal do que com a cognitivo-comportamental. A exposição ao stress, os processos cognitivos e habilidades de *coping*, assim como os contextos de vida stressantes contribuem também num rácio maior para a depressão em mulheres comparativamente com os homens (Hammen & Mazure, 2003). A proporção duplicada da depressão em mulheres em relação aos homens pode ser explicada ainda pelo facto das mulheres terem maior facilidade em assumirem os seus problemas ou procurarem ajuda mais facilmente que os homens (Wise, Zierler, Krieger et al., 2001, cit. Talbott, 2003). Num plano desenvolvimental e interpessoal, o sexo parece ser um factor que interfere na relação entre comportamento parental e depressão no adulto, já que a rejeição materna está mais fortemente associada à depressão na mulher do que no homem (e.g. cf. Canavarro, 1999b).

A idade é também um factor de risco comum para a depressão, com uma prevalência da perturbação depressiva Major (episódio único ou recorrente) mais elevada entre os 25 e 44 anos, sendo menor entre homens e mulheres com mais de 65 anos (APA, 2000).

Um outro factor de risco de depressão é o estado civil, já que os indivíduos divorciados, separados, viúvos ou solteiros, mostram-se mais vulneráveis à depressão comparativamente com os casados ou unidos de facto (Moran, Bifulco, Ball & Campbell, 2001; Talbott, 2003).

São também encontrados resultados consistentes sobre o estatuto sócio-económico enquanto risco para a depressão, particularmente quando avaliado segundo índices de bens materiais (e.g., ter acesso a carro, fazer poupanças, viver em casa própria, qualidade das condições ambientais da residência, etc.), uma vez que a depressão é mais prevalente em níveis sócio-económicos mais baixos (cf. Lorant, Croux, Weich, Deliège, Mackenbach & Ansseau, 2007). Num estudo de *cohort* com 1.570 residentes em Nova Iorque, verificou-se que o grau de depressão no meio sócio-económico mais elevado era significativamente mais baixo do que no meio mais baixo (10% para 19% respectivamente) (Galea, Ahern, Nandi, Tracy, Beard & Vlahov, 2007). Num outro estudo longitudinal de 7 anos, Lorant e os seus colaboradores (2007), evidenciaram que a diminuição do nível dos padrões de vida e bens materiais estão associados ao aumento dos sintomas depressivos e ao diagnóstico de depressão. Estes resultados reforçam a relação consistente e significativa entre a diminuição das circunstâncias sócio-económicas e o risco de depressão. Há evidências científicas em que a depressão é 1,5 a 2 vezes mais prevalente em grupos populacionais com rendimentos baixos e os estudos têm demonstrado uma relação significativa entre a prevalência comum das doenças mentais e baixos níveis sócio-económicos (Patel & Kleinman, 2003, cit. WHO, 2003). Num estudo prospectivo de Gilman, Kawachi, Fitzmaurice, e Buka (2002), verificou-se que o risco de desenvolvimento de uma perturbação depressiva major é o dobro nos indivíduos de baixo nível sócio-económico, quando comparado com os de maior nível, não havendo diferenças entre sexos. Num outro estudo longitudinal, Huurre, Eorola, Rahkonen, e Aro (2006) estudaram jovens adultos, avaliados em três momentos (16, 22 e 32 anos), procurando verificar o impacto das diferenças sócio-económicas na depressão adulta e no apoio social. Os resultados mostraram uma maior prevalência da depressão nos sujeitos de nível sócio-económico mais baixo. É interessante salientar que o baixo nível sócio-económico dos pais durante a adolescência não afectou o risco de depressão aos 32 anos, mas a baixa escolaridade do próprio sujeito sim. Neste sentido, e segundo a OMS (WHO, 2003), o baixo nível sócio-educacional é um factor de risco para a depressão. Daqui se constata que um meio sócio-económico baixo e a pouca escolaridade são factores que contribuem para o aumento da vulnerabilidade à depressão na idade adulta.

O facto de se viver em áreas urbanas é também um factor de risco para a depressão, já que os diagnósticos desta perturbação realizados em áreas rurais são relativamente mais baixos comparativamente com áreas urbanas (Michalak, Wilkinson, Hood, Srinivasan, Dowrick & Dunn, 2002; Talbott, 2003). Podemos também salientar como risco para a depressão, as fracas condições de alojamento e subnutrição (WHO, 2003).

Do que fica dito, para a compreensão dos factores de risco da depressão, para além dos factores sócio-demográficos, deve ser também tido em consideração as relações interpessoais e experiências de vida, pois, estes factores, têm um papel fulcral na etiologia e manutenção da depressão. Assim sendo, no próximo capítulo, é feita uma revisão da literatura sobre este factores de risco, nomeadamente entre experiências adversas e depressão.

CAPÍTULO 2

Experiências Adversas e Cuidados Recebidos na Infância como Risco para a Depressão no Adulto

1) Introdução

Segundo Canavarro (1999b), as primeiras investigações sobre a relação entre a saúde mental e as experiências de vida foram feitas de forma separada entre a infância e a idade adulta, ao contrário da visão integradora do desenvolvimento, actualmente em vigor. Assim sendo, as investigações iniciais entre as experiências ao longo do desenvolvimento e características no adulto, eram baseadas num modelo de causalidade linear mas, dado o seu cariz reducionista, tais relações não devem, nem podem, ser concebidas em perspectivas lineares. Além disso, segundo a mesma autora, quando aquelas relações começaram a ser estudadas, não se privilegiou uma perspectiva de continuidade entre as experiências de vida durante a infância e a saúde mental no adulto, focalizando-se antes a atenção apenas nos aspectos que conduziam à psicopatologia. Só no início do século XX é que se começaram a investigar as influências das relações afectivas durante a infância na psicopatologia do adulto.

A depressão, que representa uma das mais conhecidas manifestações psicopatológicas associadas a experiências adversas na infância (e.g., Felitti, 2002; Schotte et al., 2006) pode ser compreendida por referência à história de desenvolvimento. Se fosse a experiência real *per si*, no presente, a causar depressão, todos os indivíduos que fossem vítimas dessa mesma situação deveriam deprimir, mas, de facto, não é assim. Podemos, portanto, conceber a existência de vulnerabilidades intrapessoais em determinado momento, que decorrem das experiências e relações interpessoais do indivíduo ao longo do desenvolvimento. Daí a utilização do termo *diátese*, cuja origem vem do significado grego de *disposição* (Deitz, 1989), onde as disposições anteriores condicionam a vulnerabilidade (Ingram & Luxton, 2005).

Nestas condições, a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento onde se inscreve este trabalho tem como foco a diversidade das trajectórias (in)adaptativas ao longo do ciclo de vida e nos processos e mecanismos envolvidos (Soares, 2000), com especial ênfase nas experiências familiares na infância e adolescência, assim como nas características actuais de vinculação e de apoio social. Consequentemente, a essência da psicopatologia do desenvolvimento da depressão é concebida como um desvio do desenvolvimento normal, pelo que a identificação e interpretação dos significados dos padrões de funcionamento da pessoa no contexto actual em função da ontogénese é crucial para uma adequada conceptualização desta psicopatologia (e.g., Sroufe, 1989).

Neste âmbito, e indo de encontro às perspectivas mais actuais, estudar os processos psicopatológicos, enquanto excepção à regra, é essencial para compreender o funcionamento normal (e.g., Damásio, 2003). Assim sendo, a psicopatologia depressiva deve ser estudada como um processo, que se desenvolve ao longo do tempo, e não como um estado (e.g., Coyne & Downey, 1991). Por outro lado a investigação tem demonstrado que uma experiência adversa e isolada no tempo apresenta menores riscos para a psicopatologia depressiva, comparativamente a uma combinação de adversidades ou stressores. A reacção aos acontecimentos são interpretados à luz das experiências adversas prévias, ou segundo uma acumulação de experiências/ stressores, ao longo do tempo, principalmente com a família-de-origem (e.g., Ingram & Luxton, 2005; Ace Reporter, 2006; Schotte et al., 2006). A acumulação de adversidades tornam o indivíduo menos resistente, ou seja, o indivíduo torna-se mais vulnerável por ter estado exposto a adversidades. Compreende-se, portanto, a depressão numa perspectiva desenvolvimental e dinâmica, entre as interacções da pessoa com os seus contextos de vida, com efeitos cumulativos ao longo do ciclo de vida.

Ao invés de tratar a vulnerabilidade como um atributo fixo da pessoa, a atenção deverá estar voltada para as circunstâncias que a vulnerabilizaram. Fazê-lo, facilitará a compreensão, manutenção e modificação de tais condições, dando a possibilidade ao indivíduo de alterar o rumo dos acontecimentos ao longo da sua vida (Ace Reporter, 2006). Tais circunstâncias não são independentes dos acontecimentos vividos, os quais se organizam numa narrativa de experiências acumuladas, arquivadas numa lógica idiossincrática, tornando o indivíduo mais vulnerável à psicopatologia depressiva (e.g., Dube, Felitti, & Anda, 2002; Zavashi, 2003), e, em particular, nos episódios depressivos iniciais (e.g., Brown & Bifulco, 1990; Cichetti & Toth, 1995; Schotte et al., 2006), que são os mais decisivos para a vulnerabilidade futura a novos episódios (e.g., Nierenberg, Sussman, & Trivedi, 2003).

Desta forma, o estudo da relação entre as adversidades ao longo do desenvolvimento e depressão no adulto é fundamental para a compreensão, diagnóstico e intervenção nesta psicopatologia. De facto, as pessoas mais vulneráveis à depressão e que estão deprimidas, estiveram mais expostas a factores adversos de stress crónico e acontecimentos de vida negativos, principalmente junto da família-de-origem (e.g., Schotte et al., 2006). Nesta perspectiva desenvolvimental e interpessoal apresentada, tal como é defendido por Sroufe, Egeland e Kreutzer (1990), a própria recuperação para um funcionamento adaptativo após um período de psicopatologia depressiva é tanto mais complicada quanto mais inadaptativo for o percurso ontogenético.

A perspectiva de vulnerabilidade à psicopatologia depressiva, como resultante da interação entre as predisposições e experiências anteriores e características e contextos actuais – Perspectiva de Diátese/ Stress (Ingram & Luxton, 2005) – , para além da perspectiva desenvolvimental, valoriza também uma perspectiva multigeracional. O desenvolvimento da vulnerabilidade deverá ser, pois, entendido, na concepção de que os pais transmitem aos filhos os seus genes e lhes proporcionam um contexto de experiências ao longo do desenvolvimento (Cicchetti & Toth, 1995).

Desta forma, a família constitui o núcleo primordial para o desenvolvimento pessoal, emocional, cognitivo e social do Ser Humano (e.g., Bronfenbrenner, 1986; Melchert & Sayger, 1998), pelo que o estudo das características familiares oferece uma oportunidade de compreensão das dinâmicas que levam à doença mental no adulto, de modo particular as experiências de maus-tratos e abuso na infância, entre outras experiências adversas que ilustram a diversidade de contextos de factores de risco.

A revisão da literatura que a seguir apresentamos, tem como objectivo mostrar as investigações sobre as relações entre a adversidade na infância e a sintomatologia psicopatológica depressiva no adulto, sempre numa perspectiva de vulnerabilidade interpessoal resultante da relação entre a diátese e características actuais.

2) CONCEITOS DE BASE

2.1) Maltrato e Adversidade

Para uma melhor compreensão das experiências adversas durante a infância, podemos organizá-las em dois tipos, nomeadamente maus-tratos e adversidade. O Maltrato, cuja definição é multifacetada devido à multiplicidade de categorias, está assente em vários modelos teóricos através dos quais se pode interpretar o fenómeno, existindo, assim, uma forte controvérsia na sua definição (Azevedo & Maia, 2006). De qualquer forma, segundo estes autores, há um consenso na literatura de que este conceito envolve actos ofensivos que podem trazer riscos para a integridade física e psicológica da criança.

A Organização Mundial de Saúde (2000, cit. Organização Pan-Americana de Saúde, 2006) define o abuso ou maltrato contra crianças como “*toda a forma de maus-tratos físicos e/ou emocional, abuso sexual, abandono ou trato negligente, exploração comercial ou outro tipo, do qual resulte um dano real ou potencial para a saúde, a sobrevivência, o desenvolvimento ou a*

dignidade da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder” (p. 3). Segundo o Centro Internacional da Infância de Paris (cf. Abuná & Carvalho, 2005), o maltrato existe quando há qualquer omissão ou acção não accidental por parte dos pais ou cuidadores, instituições ou sociedade em geral, que comprometem as necessidades básicas da criança, dificultando o seu óptimo desenvolvimento, e que privam a sua liberdade e direitos correspondentes. Por outras palavras, o maltrato engloba, portanto, todas as acções intencionais, por omissão ou atitude passiva ou negligente, que lesionam ou possam lesionar uma criança ao ponto de lhe provocarem danos que interfiram ou impeçam o seu desenvolvimento físico, psicológico, emocional e social (e.g., Azevedo & Maia, 2006; Abuná & Carvalho, 2005). Desta forma, considera-se que o maltrato por omissão é negligência (física e emocional) e, por acção, é abuso (físico, emocional e sexual).

Numa análise mais específica, e procurando caracterizar cada um destes tipos de maltrato, a negligência (física e emocional), segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2006), é caracterizada por atitudes ou actos de omissão praticados pelos cuidadores, de forma sistemática, intencional ou não, envolvendo a higiene, nutrição, saúde, educação, protecção ou afecto dedicados à criança, com vários aspectos e níveis de gravidade, sendo o abandono o grau máximo. Enquanto que a negligência física é caracterizada por uma atitude passiva e não-responsiva às necessidades básicas (biológicas e físicas) da criança, a negligência emocional é definida por uma atitude passiva e não-responsiva às necessidades afectivas da criança (Silva & Maia, 2008).

Relativamente ao maltrato por abuso, podemos conceber o abuso físico como o uso da força física de forma intencional, não accidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança, com o objectivo de ferir, prejudicar ou lesar a criança, deixando ou não marcas evidentes, já que, muitas vezes, os danos psicológicos resultantes são mais importantes que os danos físicos (Organização Pan-Americana de Saúde, 2006).

O abuso emocional ou psicológico, geralmente pouco reconhecido na sua forma isolada, acompanha com frequência os demais tipos de maus-tratos, consistindo na submissão da criança, por parte dos cuidadores, a omissões, acções verbais ou atitudes que visem ignorar, isolar, aterrorizar, corromper, depreciar, discriminar a mesma, e/ou criar expectativas irreais (Organização Pan-Americana de Saúde, 2006).

Por último, o abuso sexual é todo acto ou jogo sexual cujo agressor está numa fase de desenvolvimento psicosexual mais adiantado que a vítima, desde actos em que não existe contacto físico (como por exemplo, voyeurismo, exibicionismo) até diferentes outros com ou sem

penetração (sexo vaginal, oral, anal, manipulação de genitália do agressor ou da vítima, etc.) (Organização Pan-Americana de Saúde, 2006).

O conceito de maltrato é complementar ao de adversidade, pois, enquanto que o maltrato atinge de forma directa a criança, a adversidade tem a ver com o mundo à sua volta, nomeadamente, o ambiente familiar e sistémico que a rodeia, tendo, ambos, um impacto negativo ao longo do desenvolvimento. Assim, o conceito de adversidade significa desgraça, infelicidade e má-sorte (Texto Editora, 1995), mas, no plano da Psicologia, a adversidade é algo que impede, não contribui ou vai contra o normal desenvolvimento biopsicossocial do Ser Humano (Anda, Fleisher, Felitti, Edwards, Whitfield, Dube & Williamson, 2004). Existe adversidade quando alguém é exposto a um conjunto de circunstâncias que põe em causa o normal desenvolvimento humano, consubstanciados em acontecimentos relativamente frequentes que afectam o corpo, o *self* e a mente, abrangendo experiências físicas, emocionais, sexuais e mentais (Silva & Maia, 2008). A adversidade abala a construção natural da identidade da pessoa, e, quando o faz de forma contínua (principalmente, durante a infância), altera e vulnerabiliza o indivíduo para a psicopatologia. Assim, uma Experiência Adversa na Infância (EAI) no âmbito das disfunções familiares, implica uma experiência interpessoal, em que a pessoa se desenvolve rodeada de problemas que não foram causados nem são resolvidos por si, o que a deixa numa situação de vulnerabilidade.

Um grupo de investigação que desenvolve um vasto e importante conjunto de estudos epidemiológicos acerca das EAI, com mais de 15.000 participantes, nomeadamente o *Adverse Childhood Experiences Study (ACE Study)*, desenvolveu uma categorização de experiências adversas durante a infância. Trata-se de um estudo contínuo, de análises retrospectivas e prospectivas sobre os efeitos na saúde (bem-estar, funcionamento social, comportamentos de risco, doenças, custos económicos e esperança média de vida), da EAI vividos até aos 18 anos, cujos principais investigadores são Robert Anda do *Centers for Disease Control and Prevention (Division of Adult Health and Disease Prevention)* e Vicent Felitti da *Kaiser Permanente*, nos Estados Unidos da América (e.g., Felitti, 2002) e que resulta da colaboração entre estas duas entidades. Este grupo considera dez categorias de experiências adversas durante a infância, em que cinco são dirigidas ao indivíduo e outras cinco são dirigidas ao ambiente familiar. No primeiro grupo, encontram-se experiências de abuso pessoal recorrente e de negligência, nomeadamente: 1) abuso físico recorrente; 2) abuso emocional recorrente; 3) abuso sexual; 4) Negligência física; 5) Negligência emocional. No segundo grupo, encontram-se as experiências que constituem uma disfunção no ambiente familiar, a saber: 6) a existência de um abusador de álcool ou drogas; 7) um membro da família nuclear encarcerado (prisioneiro); 8) alguém que

sofra de depressão crônica, doença mental ou tenha comportamentos suicidas; 9) violência doméstica (mãe agredida violentamente); 10) um ou nenhum pai (separação, divórcio ou falecimento dos pais).

Tendo como base os trabalhos de Anda, Whitfield, Felitti, Chapman, Edwards, Dube e Williamson (2002), as EAI organizam-se em maus-tratos e em adversidades. Os maus-tratos englobam a negligência e o abuso (físico, emocional e sexual), e a adversidade assenta, principalmente, nas disfunções familiares, enquanto factores do desenvolvimento que a investigação tem demonstrado como contribuidores para a vulnerabilidade à psicopatologia depressiva no adulto, nomeadamente doença mental parental, separação, perda ou inexistência de um pai, abuso de substâncias parental, violência doméstica, entre outros stressores, tais como ter um pai encarcerado (ver figura 4).

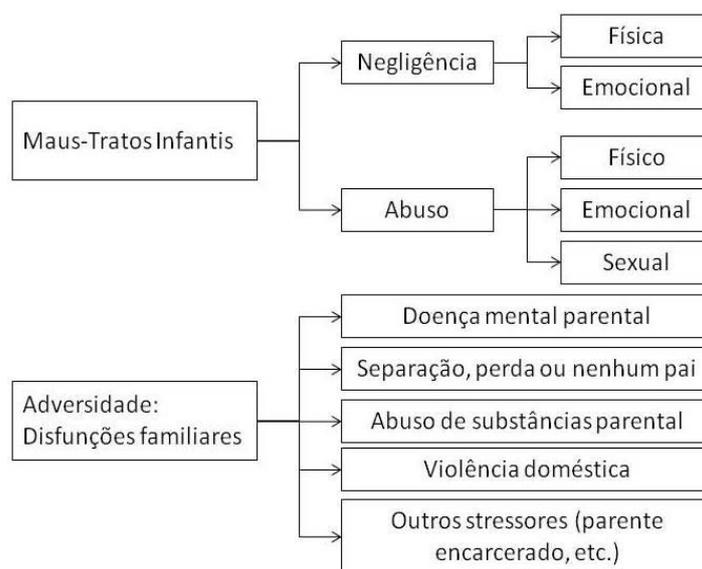


Figura 4. Caracterização dos maus-tratos e adversidades na infância, segundo Anda e seus colaboradores (2002)

Os estudos do grupo de investigação do *Ace study*, que desenvolveu um questionário (*Adverse Childhood Experiences Questionnaire*) de acordo com estes 10 tipos de EAI, têm demonstrado que quanto maior a pontuação no questionário, maior a probabilidade de ter depressão, o que leva os seus autores a concluir que as EAI aumentam o risco desta psicopatologia e são uma causa significativa das depressões diagnosticadas (Anda, Whitfield, Felitti, Chapman, Edwards, Dube & Williamson, 2002; Dube, Felitti & Anda, 2002). Para além da depressão, os estudos em relação a estes dez tipos de EAI evidenciam que quanto maior o número de adversidades, maior o risco de sofrer alguma perturbação no comportamento ou

saúde mental na idade adulta, como por exemplo alcoolismo (e.g., Anda et al., 2002), diminuição da produtividade no trabalho (e.g., Anda et al., 2004) ou ainda desregulação do afecto, evitamento de relações íntimas, comportamentos agressivos e distúrbios nos processos de vinculação (Lowenthal, 2002).

A este propósito, são vários os estudos que mostram uma relação significativa entre as experiências ao longo do desenvolvimento e a vulnerabilidade à depressão na idade adulta, mas, apesar de vasta quantidade de investigação sobre factores de risco específicos e depressão na idade adulta, são raras as meta-análises sobre o tema. Numa meta-análise de Kraaij, Arensman, e Spinhoven (2002), com 25 estudos de 1980 a 1998, sobre a população de 65 anos ou mais de idade, constatou-se que a vulnerabilidade à depressão é tanto maior quanto maior o número total de acontecimentos de vida negativos anteriores e o número total de problemas diários. Nesta meta-análise, os autores verificaram que vários eventos nas experiências precoces de vida, têm relação com a depressão no adulto com idade mais avançada. Estes resultados mostraram ainda que acontecimentos de vida súbitos são os únicos acontecimentos de vida negativos que parecem não estar directamente relacionados com a pontuação de humor depressivo, o que evidencia o contributo da experiência anterior para vulnerabilizar à depressão face a um novo stressor.

Noutros estudos, que procuraram relacionar as experiências adversas na infância com a depressão na idade adulta, tais como o estudo prospectivo de dois anos de Hammen, Henry, e Daley (2000), os resultados mostraram que os limiares de resistência de mulheres a factores stressores actuais, estão relacionados com as experiências de infância, já que aquelas que foram expostas a um ou mais tipos de adversidades na infância, apresentam maior probabilidade de ficarem deprimidas, comparativamente com aquelas que não o foram. Isto significa que na idade adulta, a diátese, enquanto predisposição (como consequência de exposição precoce à adversidade) baixa o limiar de resistência a factores stressores que precedem a reacção depressiva. Num outro estudo epidemiológico com 21.101 indivíduos, de Korkeila, Korkeila, Vahtera, Kivimäki, Kivelä, Sillanmäki, e Koskenvuo (2005), para analisar se os factores de risco para a depressão no adulto dependem das adversidades na infância (hipótese do desenvolvimento) ou das associações com os eventos de vida recentes (hipótese da vulnerabilidade), os resultados evidenciaram que as adversidades durante a infância estavam consistentemente associadas ao humor depressivo no adulto (sendo o risco de depressão de 3.1 nas mulheres e de 2.6 nos homens). Neste mesmo estudo, as adversidades na infância combinadas com acontecimentos de vida negativos recentes tinham efeitos cumulativos, com a vulnerabilidade para o humor depressivo significativamente aumentada. Este estudo verificou

ainda que existe o contributo das experiências ao longo do desenvolvimento, sendo que estas experiências medeiam os factores de risco que ocorrem na idade adulta para o humor depressivo, ficando a vulnerabilidade aumentada quando essas experiências ao longo do desenvolvimento se combinam com eventos recentes de morte/doença no adulto.

As evidências destas investigações enfatizam a importância dos factores de risco precoces para identificar indivíduos adultos vulneráveis à depressão, pelo que o estudo dos maus-tratos e adversidades ao longo do desenvolvimento é essencial para a compreensão desta psicopatologia.

2.2) Vulnerabilidade e Resiliência

Desde finais do séc. XIX, com a Revolução Industrial, o advento dos caminhos-de-ferro e com as várias guerras (e.g., Boers na África do Sul – 1899/1902; conflito russo-japonês – 1904; I Guerra Mundial – 1914/1918; II Guerra Mundial – 1939/1945; Guerra do Vietname – 1959/1975), nasceram novos conceitos na saúde mental, à medida que as doenças deixaram de ser plenamente explicadas de um ponto de vista individual, e passaram a ser concebidas numa amplitude mais social e sistémica, levando os especialistas de saúde mental a reformular os problemas numa concepção relacional para explicar as diferenças de diagnóstico entre os indivíduos (Cyrułnik, 2003). A perturbação existente ou ausência dela, como consequência das experiências adversas, necessitava, portanto, de um conceito de resistência à adversidade, tendo a saúde mental recorrido, assim, ao termo de resiliência. No entanto, dado que é difícil um conceito nascer fora da respectiva cultura, é curioso notar que um conceito estrangeiro (e francês), se tenha desenvolvido tão bem nos Estados Unidos da América, pois, na cultura americana, há uma qualidade que une as ideias de elasticidade, força, recurso e de bom humor que se traduz, neste país, pela palavra “*resiliency*” (Cyrułnik, 2003). O conceito de resiliência provém do latim *resilientia*, que é usualmente utilizado na física de materiais para designar a resistência do material a choques elevados e a capacidade dum estrutura para absorver a energia cinética do meio sem se modificar, ou seja, refere-se à qualidade de um material, considerando a sua elasticidade, fragilidade e capacidade de voltar ao seu estado inicial a seguir a um choque ou pressão contínua (Anaut, 2005). Para se poder falar de resiliência é preciso, portanto, que haja um confronto ou experiência perturbadora. A resiliência é a capacidade do indivíduo de se construir e viver de forma satisfatória, apesar das dificuldades e situações perturbadoras com as quais foi e é confrontado (cf. Anaut, 2005). A resiliência pode ser, assim, entendida como a “arte de navegar nas torrentes” (Cyrułnik, 2003, p.225) ou de crescer à força,

uma vez que, quando a realidade prejudica ou impede o normal desenvolvimento do indivíduo, o resiliente, apesar de tudo, é capaz de manter o equilíbrio. A resiliência é, então, a resistência às adversidades e refere-se à sua capacidade de recuperação (Nemeroff, Bremner, Foa, Mayberg, North, & Stein, 2006). A resiliência não se reduz, portanto, apenas à simples capacidade de resistência de um indivíduo perante a adversidade, referindo-se, também, à sua maleabilidade e adaptação (Anaut, 2005), sendo mais do que somente algo do tipo “invulnerabilidade”. Alguns dos factores que prevêm a resiliência incluem competências sociais (empatia, responsabilidade social e relações interpessoais adequadas) e competências emocionais (elevado autoconceito, independência, criatividade, humor, *insight*, juízo crítico, gestão emocional e motivação intrínseca) (Anaut, 2005; Hankin & Abela, 2005). Portanto, a resiliência “é, antes de mais, uma capacidade” (Vanistendael, 2000, cit. Anaut, 2005, p.55), embora alguns autores se refiram a ela mais como um resultado do que um processo (Sroufe, 1997). Assim, enquanto que a resiliência é o resultado das aptidões e recursos, a vulnerabilidade existe quando essas aptidões e recursos não foram suficientes, tornando-se, assim, o indivíduo vulnerável à psicopatologia depressiva.

Quando se verifica que certas pessoas, expostas a situações adversas, desenvolvem psicopatologia, e outras não, o foco da análise é direccionado para variáveis do sujeito, dentro dum *continuum* entre vulnerabilidade e resiliência, na interacção entre as variáveis intrapessoais com as interpessoais (Hankin & Abela, 2005) (ver figura 5). Nas ciências humanas, a vulnerabilidade, cujo termo vem do latim *vulnera*, que significa ferir, é definida como um estado de menor capacidade de resistência, perante experiências adversas, conceito este que evidencia a variabilidade inter-individual, devido a predisposições (genéticas, biológicas ou psicossociais) para a doença, danos ou estratégias negativas (Anaut, 2005).

De um ponto de vista interpessoal, a vulnerabilidade desenvolve-se, essencialmente, no contexto da família-de-origem, enquanto grupo social que mais influencia o desenvolvimento psico-emocional de um indivíduo (Harvey & Bray, 1991). De um ponto de vista intrapessoal, a vulnerabilidade é condicionada pelas predisposições genéticas, biológicas ou cognitivas (e.g., Hankin & Abela, 2005). Neste sentido, as dimensões de vulnerabilidade englobam aspectos intra (e.g., genética, sexo) e interpessoais, dependentes das interacções relacionais e fragilidades do meio (e.g., maus-tratos, disfunções familiares, meio sócio-económico) que têm impacto ao longo do desenvolvimento, potenciando a vulnerabilidade futura (Anaut, 2005). A vulnerabilidade do sujeito num determinado momento pode prejudicar a adaptação do indivíduo, ao aumentar os efeitos dos factores de risco (Werner, 1993, cit. Anaut, 2005), uma vez que ao contribuir para a

redução da sua capacidade de resposta à adversidade, fragilizam-no e potenciam a psicopatologia.

Assim, considerando esta literatura, quer a vulnerabilidade, quer a resiliência à psicopatologia estão altamente dependentes das experiências passadas, uma vez que as experiências de vida que tornam a pessoa resiliente ou vulnerável, são um processo dinâmico e em constante evolução, que têm um impacto ao longo do desenvolvimento e idade adulta. Isto não significa que o sujeito elimine a dor ou o sofrimento, mas que, sendo resiliente e mais flexível, altera a percepção negativa e de desânimo que caracteriza o indivíduo vulnerável. Estas duas vias – vulnerabilidade e resiliência – apesar de serem consideradas produto das experiências passadas, e que vulnerabilizam ou protegem o indivíduo para a psicopatologia na idade adulta, não são estados adquiridos e imutáveis (e.g., Cyrulnik, 2003), mas antes um processo que constantemente se transforma, pelo que, com novas experiências, se pode alterar ou reorganizar.

2.3) Factores Protectores vs. Factores de Risco

Os factores protectores contribuem para a compreensão da resiliência (Anaut, 2005; Schoon, 2006) e os factores de risco, para a compreensão da vulnerabilidade, pelo que os factores de risco e os factores protectores são variáveis fortemente ligadas, que podem caracterizar a mesma realidade, mas em sentidos opostos. Por outro lado a mesma característica, de acordo com os contextos e circunstâncias, idade e período de desenvolvimento, pode tornar-se num factor de risco, ou, pelo contrário, num factor protector (e.g., Anaut, 2005; Schoon, 2006). O valor de uma característica ou experiência, enquanto factor protector ou de risco é, por isso, relativo, e depende de um contrabalanceamento entre os vários factores que interagem ao longo do desenvolvimento de forma contínua e cumulativa. Por exemplo, apesar da auto-estima ser considerado um factor protector em muitos estudos, se, em determinado indivíduo, ela for sobredesenvolvida, poderá torná-lo arrogante e antipático, prejudicando a sua adaptação social. Torna-se, por isso, num factor de risco face a uma experiência adversa, contrariando, assim, o funcionamento resiliente (Manciaux, 2001, cit. Anaut, 2005), tornando o indivíduo vulnerável à psicopatologia.

A vulnerabilidade à psicopatologia decorre, geralmente, da acumulação da exposição a factores de risco, que são caracterizados por acontecimentos stressantes ou situações pessoais/ambientais que potenciam perturbações mentais ou do comportamento, comprometendo a capacidade de adaptação (Lloyd & Turner, 2003; Anaut, 2005; Haefel &

Grigorenko, 2007). Outros autores, tais como Rammey e Rammey (1998), consideram factores de risco variáveis que englobam determinados atributos biológicos e/ou sob o efeito de certas variáveis ambientais que têm probabilidade de levar a distúrbios ou atrasos desenvolvimentais, quando comparados com sujeitos que não sofreram efeitos de tais variáveis. Os factores de risco aumentam a vulnerabilidade à perturbação depressiva, pelo que, compreender as causas da depressão permite desenvolver intervenções que contribuam para a redução dos factores de risco, e, por sua vez, aumentar a resiliência (Haefel & Grigorenko, 2007). Aliás, segundo estes autores, identificar tipologias de factores de risco para a vulnerabilidade e factores protectores para a resiliência, com teorias comprováveis e relações etiologicamente bem estruturadas, pode tornar-se um pilar fundamental para a prevenção e intervenção na psicopatologia.

As EAI, de acordo com a organização do grupo ACE (e.g., Dube, Felitti, & Anda, 2002) e apresentadas na figura 4, constituem factores de risco para o desenvolvimento da psicopatologia depressiva no adulto, uma vez que a noção de risco implica a possibilidade de sofrer dano ou perda, de se ser submetido a perigo ou exposto a feridas, dor ou sofrimento, e que envolvem um risco de morbilidade superior à que se observa na população em geral nos estudos epidemiológicos (cf. Anaut, 2005). Segundo Anaut (2005) os factores de risco podem ser organizados em 3 tipos: 1) factores centrados no indivíduo (e.g., prematuridade, sofrimento neonatal, défices cognitivos, maus-tratos, ou seja, factores com impacto directo sobre o indivíduo); 2) factores centrados na configuração e disfunção familiar (e.g., abuso de substâncias, violência doméstica, conflito parental crónico, separação, perda ou nenhum pai; doença mental parental, etc., ou seja, factores com impacto indirecto sobre o indivíduo); 3) ou ainda centrados em características sócio-económicas (e.g., pobreza, desemprego, habitação sobrelotada, ausência de apoio social, institucionalização, etc., ou seja, também factores com impacto indirecto sobre o indivíduo).

O impacto destes factores e a sua nocividade, pode depender, por isso, da proximidade e do risco acumulado, pois aqueles que são centrados no indivíduo - proximais (com uma acção directa sobre o indivíduo) – potenciam a vulnerabilidade, e aqueles centrados na configuração familiar e características sócio-económicas – distais (que só afectam indirectamente o indivíduo), apesar de terem também um impacto significativo ao longo do desenvolvimento, apresentam maior interacção e variabilidade devido aos agentes mediadores (e.g., apoio social de outros familiares e não-familiares, fontes não oficiais de apoio, recursos comunitários, escolares, etc.) que podem tornar-se factores protectores face à adversidade (Anaut, 2005).

Segundo Rutter (1993), os factores protectores modificam a reacção à situação que apresenta o risco, devido à sua redução do risco e das reacções negativas a partir daí

encadeadas. Os factores protectores têm a função de reduzir o impacto da experiência adversa, alterando o significado cognitivo ou emocional que esta tem para a pessoa, ou ainda, modificando o seu envolvimento, em situações de risco, o que ajuda a fortalecer a resiliência (Schoon, 2006). Tal como acontece nos factores de risco, aqueles que são protectores resultam de variáveis genéticas e constitucionais, das disposições e características da personalidade, da disponibilidade, acessibilidade e qualidade do meio social familiar e não-familiar (Anaut, 2005).

As investigações mais recentes têm demonstrado três campos essenciais que operam como factores protectores que podem impedir ou facilitar o impacto das experiências adversas, nomeadamente: características do indivíduo, o ambiente familiar e o contexto social (e.g., Sacker & Schoon, 2002, cit. Schoon, 2006). Neste sentido, numa revisão da literatura, constata-se que a resiliência tem como base essencialmente uma tríade de factores protectores (Anaut, 2005; Schoon, 2006):

a) Individuais - temperamento afável e amável, idade jovem, nível elevado de capacidades cognitivas, sentimento de auto-eficácia e auto-estima, gosto pela escola e motivação para estudar, boas capacidades de organização e planeamento, capacidade de tomada de decisão, inteligência social e competências sociais, humor, empatia, *locus* de controlo interno e ser atraente para os outros (charme e carisma);

b) Familiares - ambiente familiar positivo, pais calorosos, responsivos e diálogo sobre interesses e planos de futuro com os filhos; harmonia parental com compreensão e actividades conjuntas; inter-ajuda nas tarefas domésticas entre os pais;

c) Extra-familiares/ de Apoio Social - outras fontes de apoio social para além dos pais, tais como pares, professores, outros familiares, que encorajam e apoiam em situações escolares e ocupacionais. Acresce ainda neste campo de factores protectores, o bom ambiente e experiências de êxito na escola, bairro ou comunidade.

Esta tríade de factores protectores favorece a resiliência uma vez que contribuem para a melhoria da auto-estima e auto-eficácia, facilitando a capacidade de adaptação (Anaut, 2005; Rutter, 1993). Assim, podemos verificar que os factores protectores têm diferentes naturezas: alguns são internos e inerentes ao próprio indivíduo, enquanto que outros dependem da interacção com o meio ambiente (família, grupo ou comunidade). Os factores protectores variam de pessoa para pessoa, pelo que estas não os usam da mesma forma, estando ainda dependentes da sua idade ou período de desenvolvimento (Anaut, 2005).

É, portanto, a combinação de vários factores que, tendencialmente, se tornam fonte de risco para a psicopatologia depressiva, e não o seu acontecimento isolado no tempo, uma vez que é o efeito cumulativo de adversidades e/ou stressores que vulnerabiliza o indivíduo à

depressão no adulto (e.g., Ace Reporter, 2006; Ingram & Luxton, 2005; Schotte et al., 2006). O mesmo stressor pode atenuar ou favorecer a vulnerabilidade (e.g., um ambiente familiar positivo e responsivo facilita o confronto com uma situação de desemprego e incentiva à capacidade de reacção à adversidade), dependendo da interacção com outros factores (e.g., Rutter, 1993; Schoon, 2006).

A vulnerabilidade à depressão deve, portanto, ser compreendida pela reflexão sobre as experiências e interacções dinâmicas entre o indivíduo e o ambiente onde este se desenvolve, com especial atenção às suas respostas de adaptação aos maus-tratos e adversidade. Assim, o fuste da vulnerabilidade à depressão na idade adulta está assente nos efeitos acumulados de factores de risco ou inexistência de suficientes factores protectores, pelo que, de seguida, expomos os vários tipos de EAI que a investigação tem demonstrado como factores relacionados com a depressão no adulto.

3) EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA

3.1) Maus-tratos: negligência física e emocional e abuso pessoal recorrente (físico, emocional e sexual)

A negligência e/ou o abuso são factores de risco significativos, em que o maior impacto, para além da morte, está no aumento da vulnerabilidade à psicopatologia no adulto. Numa análise dos vários tipos de maus-tratos na infância em relação com a depressão na idade adulta, os estudos mostraram, com evidência generalizada, que são as experiências de negligência ou abuso físico ou ainda abuso sexual aquelas que, pelo menos de um ponto de vista estatístico, mais se destacam (e.g., Bifulco & Moran, 1998). Há ainda uma literatura substancial sobre maus-tratos que confirma o papel da hostilidade parental, negligência ou abuso para a depressão adulta (e.g., Cichetti & Toth, 1995; Holmes & Sammel, 2005; Sroufe, Duggal, Weinfield, & Carlson, 2000). Nos estados Unidos da América, apenas nas três últimas décadas o abuso infantil tem sido considerado um problema social grave e sério (foi só em 1962 que foi chamada a atenção, de um ponto de vista profissional, para o problema do abuso físico em crianças) (Melchert, 1996).

Como já referimos, os maus-tratos ao longo do desenvolvimento, como a negligência ou o abuso, são factores associados à depressão na idade adulta, principalmente quando os estudos evidenciam que a vulnerabilidade à depressão aumenta quando existe negligência ou

abuso, principalmente antes dos 20 anos de idade (Bifulco, Brown, Moran, Ball, & Campbell, 1998). Por exemplo, Moskvina, Farmer, Swainson, O'Leary, Gunasinghe, Owen, Craddock, McGuffin, e Korszun (2007) estudaram a relação entre maltrato na infância e idade de início da depressão, traços de personalidade e expressão sintomática em 324 adultos com depressão unipolar recorrente. Setenta e nove por cento destes sujeitos sofreram, pelo menos, 1 maltrato durante a infância, sendo os mais frequentes a negligência física, abuso emocional e negligência emocional. Quando comparados com sujeitos sem maltrato durante a infância, os sujeitos com, pelo menos um maltrato na infância, apresentavam o primeiro episódio depressivo mais cedo. Verificou-se também que, quanto mais maus-tratos, mais precoce é o primeiro episódio depressivo. Assim, a existência de um maltrato na infância é um importante preditor para explicar a dimensão sintomatológica do humor no adulto (Moskvina et al., 2007). Também Holmes e Sammel (2005), numa amostra de 298 homens, verificaram que os sintomas depressivos no adulto estavam associados a história de abuso físico durante a infância. Nesta amostra masculina, 51% dos sujeitos sofreram deste tipo de abuso, sendo o grau de abuso severo de 57%. Estas conclusões evidenciam que a violência e abuso físico na infância, vulnerabiliza os indivíduos à psicopatologia depressiva, para além de apresentarem maior tendência para a violência em adultos (Holmes & Sammel, 2005).

Num outro estudo longitudinal ao longo de 20 anos, cujo objectivo era avaliar a conexão entre maus-tratos na infância e risco de depressão no adulto, 34% das mulheres que sofreram negligência grave ou moderada durante a infância, experienciam depressão na idade adulta, comparativamente com 14% das que não sofreram ou tiveram apenas uma negligência leve (Bifulco & Moran, 1998). Estes autores concluíram também que 41% das crianças que experienciaram troca de papéis (crianças obrigadas a ser adultos, cuidando da casa e tarefas domésticas, cuidados a irmãos ou familiar doente, etc.) sofriam de depressão na idade adulta, comparativamente com 14% sem negligência ou sem essas responsabilidades. Neste mesmo estudo, a hostilidade estava fortemente associada à experiência de abuso e negligência na infância, com 71% das crianças com pais hostis e conflituosos a terem pelo menos um abuso, comparativamente com 29% de crianças que não tinham conflitos parentais. Quarenta por cento das mulheres que cresceram com conflitos parentais experienciaram múltiplos abusos ao longo do desenvolvimento, comparativamente com 9% das que cresceram em contextos mais equilibrados. Analisando a depressão, a negligência (física e emocional) teve uma relação significativa (o dobro do risco em relação a quem não sofreu de negligência). No entanto, não se verificou relação significativa com o conflito parental. Segundo Nemeroff e seus colaboradores

(2006), 40-48% da população cronicamente deprimida sofreram de abuso físico, 15-19% de abuso sexual e 7-12% de negligência.

Num estudo epidemiológico com 9.460 adultos, o risco de depressão na idade adulta de indivíduos que sofreram de abuso emocional durante a infância é de 2.7 para as mulheres e de 2.5 para os homens, comparativamente com os que não sofreram e, quanto maior a exposição às adversidades, maior o risco de depressão, mesmo décadas após a sua ocorrência (Chapman, Whitfield, Felitti, Dube, Edwards & Anda, 2004). De todas as experiências adversas durante a infância, estes autores constaram que o abuso emocional era aquela que maior peso tinha para os sintomas depressivos na idade adulta, quer para homens, quer para mulheres. Indo ao encontro destes resultados, Dube, Anda, Felitti, Chapman, Williamson, e Giles (2001), num estudo epidemiológico retrospectivo com 17.337 adultos, mostraram que o abuso emocional é definido pela forma como um pai ou uma mãe abusa do seu filho, com ameaças, insultos, desvalorização ou pela forma como o derruba moralmente.

Num outro estudo do tipo prospectivo cujos resultados apontam para a relação entre as experiências de abuso na infância e depressão no adulto, iniciado em 1977 (Reinherz, Giaconia, Hauf, Wasserman, & Silverman, 1999), tem-se verificado que são vários os factores preditores da depressão na idade adulta, onde salientamos o contributo da rejeição familiar e abuso (físico ou emocional) do sujeito quando este tinha 9 anos. Neste mesmo estudo, os sujeitos que estavam deprimidos aos 18 e/ou 21 anos, apresentavam uma história prévia de relações psicossociais inadequadas.

Johnson, Cohen, Brown, Smailes e Bernstein (1999), num estudo com 639 jovens e respectivas mães, constataram que sujeitos com negligência ou abuso comprovado durante a infância têm um risco 4 vezes maior de serem diagnosticados com uma perturbação da personalidade a partir do início da idade adulta, comparativamente com aqueles que não o foram. É sabido também que a negligência durante a infância está significativamente relacionada com problemas psicológicos e dificuldades de relacionamento com os outros na idade adulta (Gauthier, Stollak, Messé, & Aronoff, 1996). Estes autores procuraram examinar os efeitos da negligência reportada, e ocorrência de abuso físico, na infância, nos níveis de funcionamento psicológico e vinculação em adultos. Numa amostra com 276 mulheres e 236 homens estudantes universitários os resultados mostraram que, aqueles que foram negligenciados durante a infância, apresentam maior probabilidade de reportarem tais problemas, do que aqueles que foram fisicamente abusados. Segundo Zavashi (2003), 62% de adultos deprimidos, apresentaram história de maus-tratos físicos, perpetuados por pais ou cuidadores,

comparativamente com 36% de adultos não-deprimidos, sendo que o risco (*odds ratio*) de sofrer de depressão na idade adulta de quem sofreu de maus-tratos físicos foi 3 vezes maior.

Um outro factor que é conhecido como associado à depressão no adulto e pode ser concebido como um factor preditor da mesma, é o abuso sexual (e.g. Bifulco, Brown, & Adler, 1991; Moskvina et al., 2007). Contudo, este tipo de maltrato pode estar, segundo Zavashi (2003), subdiagnosticado, tendo em atenção as implicações relacionadas com a negação da própria vítima, da família e até por parte dos técnicos. Este autor encontrou uma associação significativa entre abuso sexual e depressão no adulto (com 38.9% dos deprimidos a ter história de abuso sexual comparativamente com 18% dos não-deprimidos), mas apenas quando foi utilizada uma análise univariada, o que mostra que a causalidade não é linear e sim devido a um acumular de relações entre vários factores.

Num outro estudo que procurou analisar a relação entre o abuso sexual na infância e as suas consequências na idade adulta, Fleming, Mullen, Sibthorpe, e Bammer (1999), concluíram que existe uma evidente associação entre eles. Neste estudo retrospectivo, os factores como a violência doméstica, violação, abuso sexual, problemas mentais, baixa auto-estima e problemas nas relações íntimas estavam presentes na maioria das mulheres vítimas de abuso sexual na infância. No entanto, a relação não é linear. As consequências do abuso na idade adulta são mediadas e influenciadas pelo grau de gravidade das experiências abusivas e pelas características familiares e sociais. O risco de um indivíduo apresentar sintomas depressivos na idade adulta é o quádruplo quando foram vítimas de abuso sexual violento (com recurso à força física) e o dobro quando foram vítimas de abuso sexual sem violência (e.g., Hill, Pickles, Burnside, Byatt, Rollinson, & Davis, 2001). Ainda a propósito do abuso sexual, Bifulco, Brown, e Adler (1991) verificaram que 64% das mulheres que sofreram abuso sexual e contactos físicos antes dos 17 anos, desenvolveram uma perturbação depressiva num período até 3 anos após essa idade. Para além disto, na mesma investigação, a violência parental ou institucionalização da pessoa antes dessa idade está também associada ao aumento do risco de depressão na vida adulta. Importa ainda salientar, neste estudo, que o abuso sexual antes dos 17 anos está relacionado com a separação ou divórcio quando adultos, e também com o facto de nunca ter sido casada ou ter coabitado com alguém. Contribuindo para a mesma evidência, outros autores (Neumann, Houskamp, Pollock, & Briere, 1996) constataram, numa meta-análise de 38 estudos, que o abuso sexual na infância está significativamente correlacionado com psicopatologia no adulto, particularmente com depressão, pelo que é um importante factor de risco, a curto e longo prazo (cf. Zavashi, 2003).

Para além das EAI fragilizarem o indivíduo, tornando-o mais vulnerável à depressão, a acumulação dessas experiências adversas ao longo do desenvolvimento podem resultar ainda em perturbações da personalidade na idade adulta, uma vez que estas, tal como descritas no DSM-IV-TR (APA, 2000), são na sua maioria encontradas em sujeitos com história de adversidades na infância e eventos de vida traumáticos (e.g., Johnson, Cohen, Brown, Smailes, & Bernstein, 1999). Neste sentido, alguns estudos sugerem combinações específicas de EAI (e.g., abuso físico, emocional, sexual, negligência e falta de orientação/supervisão) com certos tipos de perturbações de personalidade. Numa revisão de Johnson, McGeoch, Caskey, Abhary, Sneed e Bornstein (2005) das relações mais significativas entre EAI e perturbações de personalidade, constata-se que o abuso físico ou sexual (ou ambos) tende a aumentar o risco de baixa auto-estima e outros traços associados a perturbação depressiva da personalidade no adulto.

Estes estudos evidenciam que a negligência física e emocional e o abuso pessoal recorrente são formas de maus-tratos na infância comuns entre os adultos deprimidos, e têm um importante papel na patogénese e vulnerabilidade à psicopatologia depressiva.

3.2) ADVERSIDADE NA INFÂNCIA: DISFUNÇÕES FAMILIARES

3.2.1) Doença mental parental

É sabido que pais perturbados, com doenças mentais tais como a depressão, vulnerabilizam os seus filhos à depressão na idade adulta (e.g., Anda et al., 2002). A depressão dos pais é um melhor factor preditor de depressão, perturbações de ansiedade ou outro qualquer diagnóstico no fim da adolescência dos seus filhos do que outros factores de risco familiares, tais como fraco relacionamento conjugal, discórdia pais-filhos, baixa coesão familiar ou pouca demonstração de afecto (Fendrich, Werner & Weissman, 1990). Mesmo durante a infância, a qualidade do ambiente familiar e do estímulo doméstico que depende do estado de saúde mental dos pais tem uma importância significativa ao longo do desenvolvimento cognitivo infantil dos seus filhos (Andrade, Santos, Bastos, Pedromônico, Almeida-Filho & Barreto, 2005).

Os pacientes que apresentam sintomas depressivos têm maior probabilidade de receber um diagnóstico clínico de Perturbação Depressiva Major quando relatam que, pelo menos, um familiar directo tem ou teve uma perturbação de humor (Nierenberg, Trivedi, Fava, Biggs, Shores-Wilson, Wisniewski, Balasubramani & Rush, 2007). Há estudos epidemiológicos que evidenciam e apoiam esta ideia, já que, comparativamente com a população em geral, os

indivíduos com um membro familiar que sofra de uma perturbação de humor têm 2,8 vezes maior probabilidade de ter depressão (Sullivan, Neale, & Kendler, 2000). Neste estudo de meta-análise, estes autores constataram que a depressão familiar estava associada a uma idade precoce do primeiro episódio, a recorrências depressivas, maior debilitação, maior duração do pior episódio depressivo, mas sem qualquer padrão evidente de sintomas específicos de depressão ou condições co-mórbidas. Esta relação pode dever-se, pelo menos em parte, à forma como a saúde mental dos pais condiciona o ambiente e relações familiares onde o indivíduo se desenvolve. Daí a importância da compreensão da forma como o ambiente familiar contribui para o equilíbrio ou vulnerabilidade individual de cada Ser Humano.

Sobre este propósito, Bastos, Uripia, Pinho, e Filho (1999) mostraram que a qualidade da estimulação do ambiente familiar precoce é mais importante do que a psicopatologia parental na análise dos problemas e competências em jovens adultos. Os resultados destes autores mostram que melhor ambiente e relações familiares estão associados a altos índices de ajustamento. Estes resultados parecem desvalorizar ou contradizer a importância da saúde mental dos pais, em detrimento dos contextos familiares, mas seria uma falácia na medida em que o ambiente familiar está condicionado pela saúde mental parental, pois, a depressão nos pais pode aumentar e criar ambientes disfuncionais familiares (e.g., Cummings, 1995).

Nierenberg e seus colaboradores (2007) quiseram saber se uma história familiar com pais mentalmente equilibrados de sujeitos deprimidos difere dos sujeitos deprimidos com uma história familiar com pais desequilibrados. Para este efeito, estes autores realizaram um grande estudo coorte comparativo entre as características demográficas e clínicas entre sujeitos com depressão não-psicótica que reportaram ter tido, pelo menos, um familiar directo com história de depressão ou perturbação bipolar, e sujeitos com depressão não-psicótica que não o reportaram. Neste estudo de 3.891 sujeitos, cujas idades variavam entre os 18 e os 75 anos, 56,5% dos pacientes com uma história familiar de perturbação de humor (n=2.265) eram mulheres e tinham uma idade do primeiro episódio depressivo mais cedo, comparativamente com os 43,5% dos pacientes do grupo sem essa história familiar (n=1.740). Quanto ao grau de sintomatologia de depressão, gravidade, recorrência e funcionamento psicossocial não encontraram diferenças significativas. A primeira conclusão deste estudo é a de que as mulheres têm sensivelmente o dobro de histórias familiares com perturbações de humor. Para além disso, estas histórias familiares com perturbações de humor estavam associadas a uma idade mais precoce do primeiro episódio de depressão. O aparecimento de episódios depressivos numa idade precoce parece carregar, portanto, uma influência do contexto familiar.

Outros autores, tais como Perris, Perris, e Eisemann (1987, cit. Canavarro, 1999b), constataram, numa primeira evidência, que filhos deprimidos de pais que sofreram de perturbações afectivas percebem os seus próprios pais como mais rejeitadores do que os deprimidos com pais sem história de perturbações afectivas. Uma outra evidência, é a de que pessoas que sofreram de depressão antes dos 40 anos, percebem os seus pais como rejeitadores e como fonte de menor suporte emocional do que os restantes sujeitos. Pais com episódios depressivos precoces têm mais filhos deprimidos quando comparados com pais com episódios depressivos mais tardios (Klein, Lewinsohn, Rohde, Selley & Olinio, 2005). Assistir à depressão de um pai ou familiar directo com quem se vive diariamente aumenta esta vulnerabilidade na idade adulta (e.g., Essex, Klein, Cho, & Kalin, 2002). Estes estudos parecem demonstrar que a vulnerabilidade é aumentada face a experiências interpessoais com pais com doença mental ao longo do desenvolvimento.

Num estudo sobre o risco de transmissão intergeracional da vulnerabilidade, constatou-se que filhos de mães vulneráveis, caracterizadas por um fraco funcionamento interpessoal e baixa auto-estima, têm um risco quatro vezes maior de desenvolverem uma perturbação mais cedo do que filhos de mães não vulneráveis (Bifulco, Moran, Ball, Jacobs, Bunn, & Cavagin, 2002b). No mesmo estudo, os filhos destas mães vulneráveis, apresentam o dobro da probabilidade de terem vivido adversidades antes dos 17 anos, tais como negligência grave ou abuso físico ou sexual. Neste estudo concluiu-se que uma perturbação depressiva da mãe não aumenta o risco de depressão dos filhos, excepto quando a mãe negligencia ou abusa dos filhos. Weissman, Wickramaratne, Nomura, Waner, Verdeli, Pilowsky, Grillon, e Bruder (2005), num estudo longitudinal, retrospectivo familiar de coorte de 20 anos, com 161 netos, pais e avós, concluíram que 59,2% dos netos cujos pais e avós tiveram depressão major apresentam já na infância perturbações de ansiedade. O estado actual de saúde mental dos avós têm um impacto sobre a saúde mental dos pais e dos netos evidenciando influência geracional, senão vejamos: em famílias com avós deprimidos, o risco de ansiedade ou de qualquer outra perturbação mental dos netos é 5 vezes maior quando os seus pais estão também deprimidos comparativamente com aqueles que não estão deprimidos. A severidade do grau de depressão dos pais, como medida de enfraquecimento, aumentava 2 vezes mais o risco de perturbação emocional nestas crianças. Em contrapartida, o diagnóstico de depressão nos pais sem avós deprimidos não tiveram qualquer efeito sobre o diagnóstico da saúde mental das crianças, tendo, no entanto, impacto significativo sobre o seu funcionamento em geral. A principal conclusão deste estudo é de que, a associação entre a Perturbação Depressiva Major nos pais, e o diagnóstico dos seus filhos é mediada pelo estado actual da perturbação depressiva major dos

avós. Estas investigações mostram que a perturbação depressiva major é uma doença familiar (Bebbington, Katz, & McGuffin, 1991, cit. Bifulco et al., 2002b), cujo risco é transmitido transgeracionalmente (Weissman, Leckman, Merilangas, Gammon, & Prusoff, 1984, cit. Bifulco et al., 2002a). Os resultados encontrados por Zavashi (2003), mostram também que a depressão na idade adulta pode ser explicada pela doença mental na família, o que pode representar um importante factor de vulnerabilidade genética predisponente para a depressão, ou então, uma vulnerabilidade dependente dos contextos que moldam o desenvolvimento.

Fendrich, Warner, e Weissman (1990) compararam os filhos de pais com e sem perturbações mentais, nomeadamente depressão. Analisando diversas variáveis como factores de risco para o desenvolvimento de psicopatologia dos filhos, de entre as quais salientamos o ajustamento parental, discordância entre pais e filhos, coesão familiar, divórcio e controlo parental, constatou-se que as famílias cujos pais sofriam de depressão apresentavam um maior número destes factores. Para além disso, a depressão parental conseguiu explicar melhor a depressão major dos filhos, enquanto que os factores de risco acima descritos explicaram melhor as perturbações de comportamento. Vários estudos familiares evidenciam que as perturbações depressivas dos pais são factores que contribuem para o desenvolvimento de perturbações mentais nos seus filhos, apesar destas não serem necessariamente depressivas, mas também comportamentais ou de abuso de substâncias (Goodyer, 1995).

Estas conclusões sugerem e apontam para a ideia de que a ausência de saúde mental dos pais é um importante factor de risco que aumenta a vulnerabilidade à depressão na idade adulta.

3.2.2) Separação, perda ou nenhuma figura parental

Um dos factores que está mais associado a depressão no adulto, entre os vários tipos de maus-tratos na infância, são as perdas por morte ou separação (Brown, 1988; Zavashi, 2003), uma vez que a perda parental na infância parece aumentar o risco de depressão major na idade adulta (Agid, Shapira, Zislin, Ritsner, Hanin, Murad, Troudart, Bloch, Heresco-Levy & Lerer, 1999). No entanto, esta relação entre perda na infância e depressão no adulto não é linear e depende da idade em que essa perda acontece.

A presença dos pais e mães é importante já que uma pior qualidade de estimulação durante a infância é observada em crianças cujo principal cuidador não tinha companheiro e entre aquelas que não dispunham de convívio paterno (Andrade, Santos, Bastos, Pedromônico,

Almeida-Filho, & Barreto, 2005). Este estudo demonstrou que a presença do companheiro interferiu positivamente na qualidade da estimulação disponível no ambiente familiar.

A separação ou divórcio parental *per se* durante a infância é uma EAI, assim como a prisão de um membro familiar vivida durante a infância também é percebida como tal (Dube, Anda, Felitti, Chapman, Williamson & Giles, 2001). As primeiras preocupações acerca dos efeitos da privação materna surgiram com a evacuação das crianças às suas famílias durante a II Guerra Mundial. Durante as décadas de 50 e 60 do século XX, os investigadores focaram a sua atenção às crianças privadas das suas mães e que se desenvolveram em instituições educativas de cuidados infantis. Um segundo factor que engrandeceu o foco neste aspecto, foi o interesse crescente sobre os efeitos das separações e divórcios, que continuam a aumentar em todo os países desenvolvidos (Bifulco & Moran, 1998).

Se tivermos em consideração situações de divórcio dos pais, podemos constatar que existe uma relação, a longo prazo, entre o divórcio parental e a existência de depressão e divórcio na idade adulta dos filhos desses pais (O'Connor, Thorpe, Dunn, Golding, & ALSPAC Study Team, 1999). Os resultados deste estudo prospectivo mostraram que a correlação a longo prazo entre divórcio dos pais e depressão na idade adulta era explicada pela qualidade da relação entre a criança e os pais, e, as relações entre eles, eventos de vida stressantes e apoio social. Numa análise mais específica, e tendo em conta a idade em que se viveu o episódio de divórcio dos pais, percebe-se que aqueles que o vivenciaram antes dos 7 anos têm 24% probabilidade de sofrerem de depressão na idade adulta, para 9% quando tinham entre os 7 e os 12 anos e 6% entre os 13 e os 16 anos (Palosaari & Aro, 1994). Num estudo belga com 4.727 participantes, aqueles que assistiram à separação e divórcio dos pais durante a infância têm mais depressão na idade adulta, assim como pior qualidade das relações sociais e afectivas adultas (Wauterickx, Gouwy, & Bracke, 2006).

Os estudos até aqui apresentados mostram uma elevada congruência de resultados que apontam para uma relação evidente entre a separação, perda ou nenhuma figura parental e o aumento da vulnerabilidade à depressão no adulto. No entanto, outros estudos parecem mostrar que esta relação não é linear, havendo mesmo estudos contraditórios.

É certo que a perda de um pai ao longo do desenvolvimento é um factor significativo de vulnerabilidade para que, face a um agente stressor na idade adulta, o indivíduo sofra de depressão (Brown, 1988). Contudo, esta relação é variável consoante a população estudada e outros factores envolvidos. Segundo este autor, a perda de uma mãe, definida como a morte ou separação durante um ano ou mais de forma contínua antes dos dezassete anos de idade, está fortemente relacionada com a presença de negligência ou abuso (Bifulco & Moran, 1998). Quase

50% de mulheres que perderam as suas mães ao longo do desenvolvimento sofreram de negligência ou abuso, comparativamente com 20% de mulheres que não a perderam. Para abusos múltiplos, os resultados mostram que a diferença é de 27% nas que perderam a mãe para 7% nas que não perderam. O risco de depressão na idade adulta nestas mulheres duplicava também, com 28% de depressão as mulheres que perderam a mãe e 14% as mulheres que a não perderam (Bifulco & Moran, 1998). No entanto, este estudo contradiz alguns dos que já foram apresentados, já que evidencia que, não existindo abuso ou negligência de qualquer tipo, os resultados não mostraram qualquer efeito pela perda da mãe.

Neste mesmo sentido, outros autores, evidenciam que a relação entre perda e depressão no adulto não é tão linear como alguns dos estudos apresentados, e que mostram a complexidade das relações entre as experiências e vulnerabilidades individuais. Kendler, Sheth, Gardner e Prescott (2002), argumentam que a vulnerabilidade à depressão no adulto é tanto maior quanto mais precoce é a perda de um pai no desenvolvimento, havendo um período a partir do qual essa perda deixa de ser um factor de desenvolvimento para a depressão. Quando consideramos a perda de um pai (qualquer separação dos pais, excluindo a morte) num período precoce (infância e adolescência), a recuperação do deprimido adulto é mais lenta do que nos sujeitos que o experienciaram em períodos não-precoce, havendo um período onde esse factor deixa de contribuir para a depressão.

No sentido oposto, e reforçando mais a relação directa entre perda na infância e depressão no adulto, há estudos que indicam que 32-35% da população cronicamente deprimida sofreu de uma perda parental antes dos 15 anos (Nemeroff, et al., 2006). Estes autores constataram que o risco de depressão no adulto é especialmente elevado quando a morte da mãe ocorreu até aos 6 anos de idade, estando também associado à sensação de desamparo durante a infância. As evidências indicam que a experiência com a mãe antes da sua morte (usualmente afectada pela doença em curso na fase final) explica a ligação encontrada entre a depressão na idade adulta ou ansiedade com a sua morte precoce. Para estes autores o factor crítico de vulnerabilidade à depressão na idade adulta não é a perda da mãe *per si* durante a infância, mas sim a qualidade dos cuidados tidos após a morte da mãe (cf. Brown, Bifulco, Veiel, & Andrews, 1990), pois, é a negligência física e afectiva durante o primeiro ano após a morte da mãe que aumenta a vulnerabilidade à depressão na idade adulta. Estes resultados vão de encontro a um outro estudo com 2.432 participantes, no qual se verificou que, essencialmente nas mulheres, a perda de um dos pais antes dos 11 anos, está associada à depressão no adulto, e que perder a mãe antes desta idade duplica o risco de depressão (Patten, 1991). Num outro estudo epidemiológico de 13.017 participantes concluíram que aqueles que foram

separados de um dos pais na infância tinham resultados de humor depressivo mais altos do que os que foram criados continuamente por ambos os pais, e que a ausência de um dos pais (por divórcio, morte ou outros motivos) estava relacionado com índices mais elevados de depressão (Amato, 1991).

Numa análise da associação entre perda na infância e depressão no adulto, num grande estudo de Speisman (2006) com 43.093 participantes, em que 43% desta amostra eram homens e 57% mulheres, com americanos jovens adultos, negros e hispânicos os resultados evidenciaram que os homens que perderam um pai (em relação aos homens que não perderam) durante a infância tinham maior probabilidade de ser diagnosticados de perturbação depressiva major e a encaixar em 3 dos 6 grupos de sintomas criados para o estudo, nomeadamente tristeza/*blues*, problemas alimentares, de sono, comportamentais, cognições negativas e suicídio/morte. A prevalência de diagnóstico nas mulheres de perturbação depressiva major e o encaixe nos mesmos grupos de sintomas foi idêntica à dos homens, mas sem diferenças em relação aquelas que perderam um pai durante a infância. Este estudo sugere que luto não-resolvido ou não-apoiado durante a infância nos homens, pode levar a mais sintomas depressivos ao longo da vida e ao diagnóstico de perturbação depressiva major (em comparação com as mulheres). Estas diferenças podem dever-se ao facto das mulheres terem mais apoio, simpatia e atenção no luto, em comparação com os homens, o que lhes permite expressar e aliviar a sua dor (cf. Speisman, 2006), enquanto que, os homens, tendem mais a reprimir os sintomas de luto ou sofrimento pela perda, aparentando estar “tudo bem”, com negação e/ou rejeição destes mesmos sintomas, ao longo da vida. Este estudo mostra a importância do apoio social para o bom funcionamento e saúde mental adulto.

Do que fica dito, apesar das incongruências e contradições nos estudos existentes, no seu conjunto as evidências parecem apontar para o facto de que a separação, perda ou ausência de um pai ou cuidador ao longo do desenvolvimento seja um factor que contribui para a vulnerabilidade à depressão na idade adulta.

3.2.3) Abuso de substâncias parental

Outro tipo de EAI refere-se ao facto de a criança viver num contexto com um familiar alcoólico ou dependente de drogas e exposição a este tipo de comportamento (Dube et al., 2001). A dependência química parental tem sido descrito como um factor de risco evidente de disfunção familiar (e.g., Rotunda, Sherer, & Imm, 1995, cit. in Melchert, 1998). Tendo um efeito desinibidor, o abuso de substâncias está envolvido em 92% dos episódios reportados de violência

doméstica na família (cf. Zilberman & Blume, 2005) e em 50% de abuso sexual. O abuso de substâncias parental tende a facilitar a ocorrência de abuso infantil ou negligência, já que há estudos que mostram que os homens que abusam de mulheres podem abusar também dos seus filhos (cf. Zilberman & Blume, 2005). Por sua vez, estes ao experienciarem abuso de substâncias e negligência parental têm maior risco de desenvolver abuso de substâncias ou depressão na idade adulta, perpetuando o ciclo transgeracional de EAI (Anda et al., 2002). Assim, as consequências dessa dependência por um, mas especialmente de ambos os pais, são por demais evidentes, quer para o próprio abusador de substâncias como para a família e para o mundo à sua volta. Em relação às consequências para com as crianças, é sabido que pais perturbados com comportamentos de abuso de álcool ou drogas vulnerabilizam os seus filhos à depressão na idade adulta (e.g., Dube et al., 2001), directa ou indirectamente. Por exemplo, num estudo retrospectivo de coorte a 9.346 adultos, Anda e os seus colaboradores (2002) ao examinarem a co-existência de EAI (abuso emocional, físico e sexual, assistência de violência doméstica, separação ou divórcio, pais abusadores de substâncias/ drogas, doença mental, suicídio ou membros familiares encarcerados) verificaram que 20% dos participantes que reportaram pais com abuso de álcool tinham um risco significativamente maior de ter sofrido de outras EAI e também tinham maior risco de sofrer de depressão na idade adulta. Numa outra investigação, ao comparem 84 adultos filhos de alcoólicos com 123 adultos filhos de não-alcoólicos, aqueles apresentaram um maior índice de humor depressivo (Jarmas & Kazak, 1992). Também Nicholas e Rasmussen (2006) defendem que o abuso alcoólico parental, em conjunto com outras formas de abuso ou negligência, são importantes preditores de agressividade e depressão em jovens adultos.

No entanto, há outros estudos que não encontram uma relação directa significativa entre abuso de substâncias dos pais e depressão dos filhos na idade adulta. Por exemplo, Bifulco e Moran (1998) avaliaram, num estudo epidemiológico, a forma como o estado de saúde mental dos pais afectava o equilíbrio dos filhos e o seu impacto na idade adulta. Os resultados evidenciaram que as EAI eram quase o dobro (40%) em casas com um pai alcoólico, comparativamente com os 24% de casas sem nenhum pai alcoólico, mas não encontraram relação significativa entre alcoolismo dos pais e depressão na idade adulta das mulheres, quando compararam mulheres que cresceram em casas com um pai alcoólico com casas sem um pai alcoólico (27% para 24%, respectivamente). No entanto, quando esta foram analisadas em conjunto, foi claro que os factores de risco para a depressão no adulto relacionavam-se com a negligência e o abuso vivido na infância.

Também Harter e Taylor (2000), numa amostra de 333 adultos, filhos de alcoólicos e com história de abuso, mostraram que foi a história de abuso que estava mais fortemente associada a sintomatologia depressiva na idade adulta, assim como a desajustamento social. Neste estudo, o alcoolismo parental não teve efeitos independentes, quando se controlou a história de abuso. Contudo, o alcoolismo parental interagiu com a história de abuso em relação ao ajustamento social adulto. Segundo Sher (1997), o abuso de substâncias parental é um factor de risco para o abuso de substâncias dos seus filhos na idade adulta, mas os resultados não são congruentes no que se refere à depressão no adulto, apesar de ser adequada a hipótese de que filhos de alcoólicos estão em maior risco de sofrerem de depressão. A ausência de relação directa em alguns destes estudos, dá azo a algumas hipóteses sobre factores mediadores/ moderadores do efeito do consumo de substâncias dos pais no adulto, nomeadamente a presença de abuso ou negligência durante a infância.

Apesar de algumas inconsistências dos estudos apresentados, podemos verificar que, em primeiro lugar, crianças que cresceram em casas com alcoólicos têm maior probabilidade de sofrerem de experiências adversas; em segundo lugar, o risco de alcoolismo e depressão na idade adulta aumenta à medida que o número de experiências adversas reportado também aumenta, independentemente do abuso de álcool dos pais; em terceiro lugar, a depressão em filhos de pais alcoólicos parece ser explicada pelo facto de haver mais adversidades numa casa com pais abusadores de álcool.

3.2.4) Violência doméstica

Quando se aborda a violência doméstica como factor de risco durante a infância referimo-nos essencialmente a uma criança que assistiu e testemunhou comportamentos de violência e agressão contra um elemento familiar (geralmente a mãe), tais como empurrões, murros, estaladas, pontapés, mordeduras, agressões com objectos, ameaças com armas de fogo ou facas, etc., durante alguns minutos e de forma recorrente (Dube et al., 2001). As famílias onde há violência doméstica caracterizam-se, geralmente, pela existência de dificuldades em estabelecer e gerir distâncias adequadas entre os seus elementos constituintes, os quais estão particularmente sensíveis à rejeição e abandono (Alarcão, 2000), tendo sido o conflito parental (que inclui hostilidade aberta, discussão e violência, excluindo irritação e tensão pontuais), identificado em variados estudos, como factor de risco para qualquer perturbação na idade adulta, e em particular, depressão (e.g., Bifulco & Moran, 1998). Esses conflitos podem variar no seu grau de intensidade, desde falta de comunicação até discussões abertas ou

violência física entre os pais, testemunhadas pelas crianças. Os conflitos interpessoais familiares tais como divórcio, hostilidade entre pais e violência doméstica são factores que, consistentemente, estão associados a problemas emocionais e comportamentais, tais como a depressão, quer na infância, quer no adulto (Sroufe et al., 2000). No Brasil, por exemplo, Zavashi (2003) mostrou que a exposição a múltiplos episódios de violência, durante a infância, está associado a depressão na idade adulta. Também segundo Bifulco e Moran (1998), o testemunho de hostilidade entre os pais é tão prejudicial para o futuro, que a separação parental é frequentemente considerada como preferível a uma discórdia constante ao longo do desenvolvimento.

Pelo exposto, podemos constatar que a violência doméstica é um factor de vulnerabilidade à depressão no adulto.

3.2.5) Estrato Sócio-Económico

O estrato sócio-económico de um indivíduo é caracterizado pelas variáveis de rendimento, educação, habitação e profissão, pelo que quanto melhor o estrato sócio-económico, maior a qualidade de vida e estado geral de saúde (Bolte & Kohlhuber, 2005). O estrato sócio-económico está positivamente associado a estilos democráticos na família-de-origem e à existência de envolvimento afectivo parental, e negativamente associado a um estilo autocrático e abuso físico parental (Melchert, 1998). Indivíduos de meios sócio-económicos mais baixos têm maior probabilidade de sofrerem de depressão (Springer, Sheridan, Kuo, & Carnes, 2003). A pobreza, no entanto, está também associada a má gestão económica em múltiplos casos, tais como nas situações em que o pai tem um emprego e ganha dinheiro, mas gasta-o fora de casa, restando pouco ou nada para os cuidados alimentares, vestuário e higiene da casa, originando uma fonte de tensão e conflito entre os pais. Outras situações como desemprego prolongado, associado à acumulação de créditos, podem alterar o nível sócio-económico, e contribuir para perturbações psiquiátricas dos pais (Bifulco & Moran, 1998). Neste sentido, as dificuldades financeiras associam-se, por vezes, a consumo de álcool e ao jogo, fazendo com os pais tenham que trabalhar mais horas do que o habitual para recuperar e ganhar dinheiro, resultando, em alguns casos, na negligência dos filhos. Desta forma, a privação económica está associada a negligência, pois a falta de recursos económicos pode levar a stressores familiares que afectam as crianças, tais como falta de comida, roupa, higiene e educação (Bifulco & Moran, 1998). Segundo o estudo destes autores, nos casos de pobreza encontra-se frequentemente, para além de negligência, o abuso, com o dobro do risco entre as mulheres,

comparativamente com as que não sofreram de pobreza (77% versus 38%). Neste estudo, as mulheres que viveram experiência de pobreza, 45% tiveram um ou mais tipos de abuso na infância em comparação com apenas 15% daquelas onde não havia pobreza. Contudo, os estudos mostram incongruências na associação entre estrato sócio-económico e depressão no adulto, já que, por exemplo, nos trabalhos de Bifulco e Moran (1998), não se encontrou qualquer tipo de associação significativa entre pobreza na infância e depressão no adulto, com 29% de mulheres adultas deprimidas que viveram em famílias pobres durante a infância e 22% das que viveram em famílias mais abastadas. No entanto, segundo o *National Scientific Council on the Developing Child* (2007) a pobreza associada a outras EAI estão associadas a depressão no adulto. Para além disto, em famílias onde existem muitos filhos, os pais dão menos atenção a cada criança em particular, e dão também menor atenção para as crianças mais velhas em geral, cujas consequências pode ser o aumento da vulnerabilidade à depressão na idade adulta (e.g., Melchert, 1998).

As inconsistências nos estudos a propósito da relação entre estrato sócio-económico e depressão no adulto mostram a complexidade das variáveis que envolvem a vulnerabilidade a esta psicopatologia, apesar de, na sua generalidade e sem um efeito causal directo, se depreender que o estrato sócio-económico, pode facilitar a depressão do adulto.

4) CUIDADOS FAMILIARES RECEBIDOS E APOIO SOCIAL NA INFÂNCIA

4.1) Responsividade parental

Para além das experiências e condições adversas, a má qualidade dos cuidados familiares recebidos e a ausência de apoio social tido na infância também contribuem para a vulnerabilidade à depressão no adulto. Desenvolvendo-se o indivíduo na interacção com o ambiente em seu redor, o processo de socialização é marcado pelas relações estabelecidas no seio familiar com a mãe e o pai, tais como a disponibilidade e o grau de apoio percebido pela criança ou adolescente, assim como pelo tipo de comunicação (Rodrigo, Máiquez, Garcia, Mendoza, Rubio, Martinez, & Martin, 2004).

A qualidade da relação com os pais tem um papel preponderante na estruturação da vulnerabilidade, como factor predisponente à depressão, como se pode constatar num estudo de Roberto Infrasca, em 2003. Este investigador mostrou que os factores relacionados com a mãe que mais se correlacionam com a depressão no adulto são a falta de afecto (empatia e

confiança) e cuidados, a existência de uma fraca comunicação, autoritarismo e melancolia. Relativamente ao pai, o autor encontrou a ansiedade, fraca comunicação, melancolia e abuso físico ou verbal, como os factores que mais se correlacionam com a depressão no adulto.

A responsividade parental, que se refere à capacidade de resposta no momento certo às necessidades dos filhos (no *timing* certo), e a aceitação, podem ser consideradas como um *continuum* que vai desde “caloroso, cuidadoso, de confiança, com empatia responsiva” até “negligência de cuidados, rejeição e abuso” (Melchert & Sayger, 1998). Um tratamento duro, hostil, crítico e de rejeição por parte dos pais é um factor de risco para a psicopatologia (e.g., Sroufe, Duggal, Weinfield, & Carlson, 2000). Bifulco e Moran (1998) evidenciaram num estudo longitudinal de 20 anos que 54% das crianças que sofreram de antipatia por ambos os pais (i.e., hostilidade e criticismo constante) sofriam de depressão na idade adulta, contra 13% que não tinham experienciado antipatia na infância.

A falta de clareza, regras disciplinares ou supervisão são outros dos factores que, em interacção nos contextos onde a criança se desenvolve, são geralmente preditores de psicopatologia (Sroufe et al., 2000). Num estudo transcultural (Eisemann, Gaszner, Maj, Perris, & Richter, 1990, cit. Canavarro, 1999b), realizado na Alemanha, Hungria, Itália e Suécia, os deprimidos dos vários países percebem os pais como rejeitadores, menos tolerantes, raramente afectuosos e pouco estimuladores.

Num estudo longitudinal com jovens adultos sobre a relação entre autocritica actual e experiências de infância (Brewin, Firth-Cozens, Furnham, & McManus, 1992), verificou-se que melhores recordações das relações parentais durante a infância estão uniformemente relacionadas com níveis mais baixos de humor depressivo e autocritica negativa, enquanto que um pior relacionamento com os pais (principalmente com as mães), está associado a um maior nível de humor depressivo e autocritica negativa. Assim, segundo estes autores, autocritica no adulto pode reflectir sentimentos de rejeição dos pais ou críticas destes durante a infância que foram internalizadas.

No entanto, esta associação não é linear nem generalizada a ambos os pais. Quando se analisa o papel dos pais de forma separada, as investigações mostram diferenças entre o pai e a mãe. Segundo Hojat (1998), a recordação de uma relação satisfatória com a mãe é um factor que contribui para uma menor intensidade de sintomas clínicos, tais como, solidão, humor depressivo, ansiedade, para além de estar associado a uma perspectiva menos negativa dos eventos de vida stressantes, maior auto-estima e uma melhor relação com o grupo de pares. No entanto, não se verificou qualquer associação significativa entre o pai e qualquer um destes factores. Noutros estudos em que mães e pais são comparados, verificou-se que as mães são

mais responsivas e aceitam melhor os seus filhos, mais envolvidas na sua educação, têm um estilo de tomada de decisão menos autoritária, abusam menos dos seus filhos (física e sexualmente) e ainda abusam menos do consumo de substâncias (e.g., Noller & Fitzpatrick, 1993; cit. in Melchert, 1998).

Pode-se, então, depreender que a responsividade parental é um importante factor de resiliência e vulnerabilidade à psicopatologia adulta dos seus descendentes, e que, quando comparados os pais, a mãe tem um contributo fulcral para essa vulnerabilidade.

4.2) Expressão Afectiva Familiar

A expressão emocional ou afectiva nas famílias é um conceito que se desenvolveu nos anos 60 do séc. XX, inicialmente para ser estudado na esquizofrenia, mas que, ao longo dos anos, se foi alargando a outras condições de saúde mental e física (Bhugra & McKenzie, 2003). O conceito foi evoluindo ao longo dos anos até se organizar na frase “expressão afectiva parental”. Enquanto que a responsividade parental se refere ao responder atempadamente e de forma congruente às necessidades dos filhos (Melchert & Sayger, 1998), a expressão afectiva parental, segundo Bolsoni-Silva e Marturano (2007), caracteriza-se pela expressão visível de sentimentos positivos e negativos, com opiniões e demonstrações de carinho, que pode não ser dada no momento certo, o que evidencia que os pais podem ter expressão afectiva mas sem uma responsividade adequada. Outros autores concebem a expressão afectiva numa concepção por defeito, que engloba, numa das concepções mais recentes, quatro factores (Hale III, Raaijmakers, Gerlsma & Meeus, 2007): falta de apoio emocional, envolvimento intrusivo, criticismo, hostilidade e irritação. A expressão emocional é considerada uma medida válida sobre os aspectos afectivos de uma família (cf. Brueckner, Peter, Rufer, Bandelow, Dahme, Hand, & Mueller-Pfeiffer, 2008), e tem sido usada para se compreender a interacção entre os deprimidos adultos, as suas experiências, relação com os seus pares e família (Bhugra & McKenzie, 2003). As investigações realizadas sobre a expressão emocional ou afectiva têm-na evidenciado como um importante factor para o prognóstico de doenças psiquiátricas na idade adulta, como por exemplo, a depressão (Cankaya, 2002). Numa meta-análise de Butzlaff e Hooley (1998), com 27 estudos, constatou-se, de forma consistente, que a reduzida expressão emocional é um importante preditor para as perturbações de humor.

A ausência ou exagero de expressão emocional durante a infância parece ser um factor que torna o individuo vulnerável à depressão na idade adulta. Quando se verificam comentários positivos adequados e experiências de calor humano, não houve evidências em favor de

perturbação da saúde mental (Butzlaff & Hooley, 1998), mas quando estas características são excessivas, o mesmo já não acontece. Bhugra e McKenzie (2003) concluíram que o excesso de expressão emocional parece tornar mais vulnerável o indivíduo a perturbações da saúde mental na idade adulta. Por outro lado, a expressão emocional é reduzida ou ausente ao longo do desenvolvimento está associada a recaídas na depressão na idade adulta (e.g., Hinrichsen & Pollack, 1997; Butzlaff & Hooley, 1998).

Um ambiente familiar saudável presume relações interfamiliares de apoio emocional, as quais promovem sentimentos de segurança e aceitação no meio dos elementos constituintes familiares. Contudo, os ambientes de famílias disfuncionais tendem a caracterizar-se por conflitos e falta de calor, expressão emocional e de cuidados necessários para um desenvolvimento adequado e saudável (Negy & Snyder, 2006). Nesta perspectiva, os resultados de investigações sugerem que as experiências adversas tidas numa família-de-origem durante a infância tem uma influência na maturidade emocional e na qualidade das relações extrafamiliares ao longo do desenvolvimento, prolongando-se após a adolescência, o que contribui para o aumento da vulnerabilidade à psicopatologia no adulto. Num estudo prospectivo de Lindelow (1997), constatou-se que os indicadores de falta de interacção positiva entre pais e filhos, de acordo com os relatos do que era a relação com os pais aos 10 anos, estavam significativamente associados a depressão 20 anos depois.

A expressão emocional entre pais e filhos está também relacionada com a relação conjugal entre os pais enquanto marido e mulher. Jacobitz e Bush (1996) num estudo com mulheres, evidenciaram que, quando se evoca as relações familiares do passado, emergem dois tipos de padrões de família: o primeiro é a aliança pai-filha, em que o pai procura intimidade e afecto na filha em detrimento da esposa, existindo, por isso, um casamento emocionalmente distante enquanto marido e mulher; o segundo é a triangulação mãe-filha cuja família se caracteriza por um casamento conflituoso, em que as filhas estão no meio do conflito dos pais e em que a mãe procura intimidade na filha, em vez do marido. Perante estes dois padrões de família, o da aliança pai-filha é aquele que mais contribui para a vulnerabilidade à depressão na idade adulta, para além do contributo para outras perturbações, como ansiedade ou baixa auto-estima. Verifica-se, assim, que a expressão emocional, as alianças, coligações ou conflitos parentais durante a infância, são experiências adversas que contribuem para o aumento da vulnerabilidade e diminuição da resiliência à depressão na idade adulta.

4.3) Estilo de Tomada de Decisão Parental

O estilo de tomada de decisão refere-se ao conjunto de atitudes dos pais para com os seus filhos, a partir dos quais se cria o ambiente psicológico-emocional da relação entre ambos, sendo caracterizado por comportamentos que incluem as práticas parentais (elogios, gritos, punições etc.) e outros aspectos relacionais, tais como: tom de voz, linguagem corporal, descuido, atenção, mudanças de humor, etc. (Weber, 2002). Segundo este autor, as investigações longitudinais realizadas até ao momento revelam que as influências do estilo parental começam muito cedo e continuam na adolescência, influenciando, de forma significativa, o trajecto ao longo do desenvolvimento dos seus filhos. O estudo dos estilos de tomada de decisão parental, que reflectem diferentes padrões de relacionamento, valores, práticas e comportamentos entre pais e filhos e diferenças significativas em termos de exigência e responsividade (Baumrind, 1991), permitiu a organização das relações entre pais e filhos (de qualquer idade) em 4 tipos básicos (Baumrind, 1991; Weber, 2002):

a) O estilo participativo, também chamado de autoritativos ou participativo-democrático, que é caracterizado por pais centrados quer na relação de socialização, quer no desenvolvimento do filho, sendo um estilo tanto exigente quanto responsivo. Neste estilo existem regras e limites, mas também há envolvimento e atenção emocional, numa perspectiva positiva e dirigida à autonomia dos filhos. Segundo Oliveira (2002), pode-se conceber aqui uma relação entre autonomia e amor.

b) O estilo negligente é caracterizado por pais pouco responsivos e pouco exigentes, manifestando um reduzido envolvimento afectivo e poucas regras e limites, sendo, muitas vezes, considerados pais ausentes. Em alguns casos, estes pais esperam ainda que os filhos respondam às suas próprias necessidades, formando famílias instáveis (onde as separações e reconciliações são frequentes). Neste estilo, os pais estão pouco presentes na vida dos filhos, sem tolerância, aborrecendo-se facilmente, deixando, por isso, os filhos fazerem o que quiserem até ao limite, surgindo, conseqüentemente, a punição de forma exagerada. Neste estilo, segundo Oliveira (2002), há uma união entre a autonomia com a hostilidade.

c) O estilo autoritário é caracterizado por pais mais exigentes do que responsivos, com regras e limites, muito pouco afectivos, que se centram em si próprios, procurando apenas a obediência dos filhos. São demasiado exigentes e têm um reduzido envolvimento e expressão emocional, apesar dos fins positivos. Conseqüentemente, comandam a vida dos filhos e não deixam que eles se expressem, o que pode desenvolver alguma ansiedade perante o falhanço, frustração, passividade, hostilidade e eventualmente agressividade perante figuras de autoridade.

Segundo Oliveira (2002), pode-se verificar, neste estilo de tomada de decisão parental, uma relação entre controlo e hostilidade.

d) O estilo permissivo, também chamado indulgente, caracteriza-se por pais mais responsivos do que exigentes, com muito envolvimento e expressão emocional, mas com reduzidas regras e limites. Assim, dão muito apoio e atenção emocional, centrando-se nos filhos, mas são pouco estruturados, sendo pais que têm, por vezes, receio de serem rejeitados e não serem amados pelos filhos, permitindo e autorizando em demasia, tornando-se inconsistentes e pouco resistentes, levando a filhos mimados, com falta de resistência à frustração. Segundo Oliveira (2002), há, portanto, uma relação entre controlo e amor.

As investigações têm demonstrado que uma educação de estilo democrático tem efeitos positivos e eficazes, tendo sido considerada superior a outras formas de estilo educativo (Baumrind, 1989, 1991; Maccoby & Martin, 1993). Quando a base da socialização é uma disciplina indutiva, fundada na razão, estimula-se a compreensão dos limites e a noção do momento a partir do qual se está a transgredir as normas. Daí que se associe a maior competência, autonomia e maturidade moral da criança a este estilo educativo (e.g., Darling, 1999; Salvador, 2007). Neste sentido, Mestre, Samper, Tur e Nacher (2002-2004) mostraram que o comportamento pro-social ou agressivo dos filhos está altamente relacionado com os diferentes estilos de disciplina e relação com os pais. Neste estudo, os resultados mostraram que os estilos de educação da criança caracterizados por afecto, avaliação positiva, compreensão, estimulação para autonomia e apoio social, em conjunto com um controlo com regras claras, organização e cumprimento das mesmas, alcançaram uma correlação significativa e positiva com a empatia e comportamento pró-social. A grande evidência é que o clima familiar é um contexto educativo fundamental que contribui para o desenvolvimento pessoal dos filhos e para a sua maior integração e adaptação social.

No entanto, quando o estilo de tomada de decisão não é adequado, a vulnerabilidade à psicopatologia depressiva tende a aumentar. Por exemplo, num estudo prospectivo sobre factores preditores para episódio depressivo major em jovens adultos, realizado por Lara, Klein e Karen (2000), constataram que a disciplina parental severa está altamente associada à depressão, como também à recaída. Num outro estudo sobre a relação entre a percepção dos estilos educativos parentais e aspectos dos traços e estado da depressão, constata-se que estilos negativos e de rejeição materna na infância contribui para o desenvolvimento da depressão tipo estado, no adulto (Richter, Richter, & Eisemann, 1991). Indo ao encontro destes resultados, Gomide, Salro, Pinheiro, e Sabbag (2005), num estudo em que pretendiam verificar a influência das práticas educativas parentais ao longo do desenvolvimento das habilidades sociais, stress e

depressão dos filhos, constataram que o estilo de tomada de decisão negativo estava associado à presença de depressão. Também Weber (2002), num estudo com mais de 3.000 participantes, verificou que o estilo negligente dos pais explicava 56,1% da depressão nos filhos e o estilo permissivo 26,3%. Salvador (2007) acresce ainda que os sintomas depressivos nos filhos, para além de estarem positivamente correlacionados com os estilos negativos de práticas parentais, estão também relacionados com comunicação negativa, punição física e clima conjugal negativo, o que mostra que quanto pior o estilo de tomada de decisão parental, maior o índice de depressão nos filhos. É interessante notar que o estilo autoritário da mãe está positivamente correlacionado com uma atitude conjugal conflituosa, o que mostra que o estilo de tomada de decisão acarreta outras consequências no ambiente familiar (Oliveira, 2002) para além do humor depressivo dos filhos. Assim, e segundo os resultados de Salvador (2007), os sintomas depressivos nos filhos são praticamente o dobro em famílias com ambiente de risco, comparativamente com ambiente familiar com práticas educativas e estilos de tomada de decisão mais positivos. Estes resultados vão de encontro a outros autores, quanto verificaram que a depressão nos filhos está associada ao estilo parental autoritário (Darling, 1999), com pouco uso do reforço positivo (Menegatti, 2002) e ao uso de controlo aversivo e fisicamente punitivo (Menegatti, 2002; Weber, 2002).

Os vários estudos expostos apontam para a evidência de que o estilo de tomada de decisão tem um impacto na vulnerabilidade à depressão no adulto, principalmente quando os pais têm comportamentos sistemáticos que caracterizam um padrão de interacção negativo com os seus filhos.

4.4) Envolvimento Educacional Parental

A educação é um importante factor que influencia as características psicossociais, tais como a auto-eficácia e auto-estima, as quais se sabe ter um efeito mediador na depressão, para além de ser um factor que influencia as circunstâncias de vida que vulnerabilizam, ou não, à depressão, tais como por exemplo, salário, tipo de residência, horários de trabalho e tempo para família, entre outras (Chevalier & Feinstein, 2004).

O envolvimento educacional, que pode ser considerado uma prática parental direccionada ao comportamento de estudo dos filhos (Salvador, 2007), engloba actividades como a participação em reuniões escolares, apoio nos trabalhos de casa, pesquisa e investigação para trabalhos (idas a livrarias, bibliotecas, etc.) e facilitação para participação em visitas de estudo (Williams, Williams, & Ullman, 2002). Deve ser ressaltado, no entanto, que o

envolvimento educacional dos pais, sendo uma prática parental, pode ser coercivo e não-coercivo, onde, no primeiro caso, se usa uma estimulação aversiva para controlar o estudo dos filhos (punição), ou, no segundo caso, através do uso do reforço positivo, com regras explícitas onde se evidenciam as vantagens do estudo (Salvador, 2007).

O envolvimento parental na escola e o seu papel no ajustamento académico tem sido objecto de vários estudos, os quais revelam, na sua maioria, uma associação positiva entre envolvimento parental na escola e desempenho académico (e.g., Englund, Luckner, Whaley, & Egeland, 2004). Contudo, não nos foi possível encontrar qualquer estudo que relacionasse, directamente, o envolvimento educacional dos pais durante a infância com a depressão na idade adulta. No entanto, há algumas evidências, ainda que indirectas, que abordam esta temática, e que apontam para que o envolvimento educacional dos pais tenha um significativo contributo para motivar os seus filhos para maior formação e desenvolver melhores capacidades cognitivas, o que, por sua vez, se tornam um factor que reduz a vulnerabilidade à depressão na idade adulta (e.g., Currie & Stabile, 2004, cit. Chevalier & Feinstein, 2004).

Neste sentido, o interesse e envolvimento educacional que os pais têm em relação aos seus filhos têm um impacto em termos do seu sucesso escolar e humor depressivo, tal como se constata nos estudos de Osborn e Milbank (1987, cit. Schoon, 2006), quando evidenciam que filhos cujos pais mostraram pouco ou nenhum interesse pela educação dos seus filhos, atingiram uma média mais baixa em testes de leitura, enquanto que os filhos de pais interessados apresentaram médias significativamente mais altas. Os pais, têm, por isso, um papel na modelação dos comportamentos escolares que condicionam o sucesso académico (e.g., Rosário et al., 2005, cit. Salvador, 2007) e, por sua vez, quanto pior o desempenho académico dos filhos, mais sintomas de humor depressivo estes apresentam (Cruvinel & Boruchovitch, 2004, cit. Salvador, 2007). Outros autores, relacionando a escolaridade do indivíduo com a depressão, evidenciaram que a baixa escolaridade está associada a indivíduos mais deprimidos (Chevalier & Feinstein, 2004). Importa salientar que, em todas as idades, a evidência deste estudo é a de que a educação diminui o risco de depressão. Numa outra investigação, constatou-se que os adolescentes que viviam em ambiente familiar de risco apresentaram menor envolvimento positivo nas tarefas escolares e maior envolvimento negativo, o que contrastou com os adolescentes que viviam em ambientes familiares mais protectores, os quais apresentaram maior envolvimento positivo e menor negativo (Salvador, 2007). Estes resultados vão de encontro aos trabalhos de Weber (2002), quando constatou que a depressão nos filhos está associada a pouca atenção e envolvimento educacional dos pais.

O contributo destes estudos evidencia que o envolvimento dos pais na educação dos seus filhos na infância contribui, não só para o aumento da escolaridade dos seus filhos, mas também para a redução do risco de sintomatologia depressiva, tendo, por isso, efeitos importantes e positivos na saúde mental futura.

4.5) Apoio Social durante a Infância

O tema do apoio social nem sempre foi um assunto de interesse das ciências sociais. De facto, o despertar do tema surgiu em meados dos anos 70, com a revisão de vários autores (cf. Matos & Ferreira, 2000), quando estes salientaram a atenção para a importância do apoio social na saúde física e psicológica do indivíduo. Posteriormente, o tema continuou a ser aprofundado, durante as décadas de 80 e 90, apesar de algumas polémicas relativas à sua conceptualização e consequentemente avaliação.

Ao longo dos anos, os investigadores têm promovido o debate sobre a definição de apoio social, as suas dimensões estruturais, funções, efeitos e consequências sobre o bem-estar biopsicossocial. Neste sentido, tem sido salientada a conceptualização deste tema segundo um constructo multidimensional, no qual devem ser consideradas dimensões específicas do apoio social, que podem indicar os mecanismos mais precisos através dos quais este apoio pode influenciar a saúde (cf. Matos & Ferreira, 2000). O apoio social tem uma grande importância na saúde física e psíquica (Antunes & Fontaine, 1994/95), mas ainda não se verifica um consenso quanto à conceptualização de apoio social, uma vez que a complexidade do tema conduziu ao surgimento de várias teorias e modelos explicativos, assim como de diferentes definições. Assim, as definições de apoio social, apesar de abordarem muitas das mesmas áreas e dimensões, são multivariadas.

Entre as várias definições disponíveis, Pinheiro e Ferreira (2002), concebem o apoio social como um processo relacional, envolvendo, simultaneamente, a transmissão e a interpretação de mensagens de que os outros se preocupam com o indivíduo e o valorizam. Já Thoits (1985) define o apoio social como o grau em que as necessidades sociais básicas da pessoa (afiliação, afecto, pertença, aprovação, etc.) são satisfeitas pela interacção com os outros, as quais podem ser preenchidas pela ajuda sócio-emocional (e.g., simpatia, aceitação e estima de pessoas afectivamente significativas), ou de ajuda instrumental (e.g., ter conselhos, informações, ajuda prática com familiares, apoio no trabalho ou financeiro). Outros autores, como por exemplo Gauquelin e Gauquelin (1987), defendem que o apoio social é um conjunto de recursos dirigidos ao indivíduo, no grupo a que este pertence, ou seja, é a disponibilidade dos

outros para com o indivíduo. Esta definição complementa a de Cohen (2004), quando argumenta que o apoio social disponibiliza recursos psicológicos e materiais ao indivíduo para que este possa lidar com o stress e dificuldades à sua volta, o qual pode também, à semelhança de Thoits (1985), ser diferenciado em termos de recursos instrumentais, informacionais e emocionais. Lowenthal (2002) organiza este conceito em três categorias, nomeadamente:

a) Apoio social informal, que inclui membros familiares, família alargada, amigos, vizinhos e grupos sociais, tais como, clubes, organizações religiosas e grupos de pares;

b) Apoio social formal, que é caracterizado por profissionais, programas de visitas domiciliárias, classes de pais, assistência vocacional e serviços de saúde mental.

c) Sistemas de apoio formal, que são organismos ou entidades estruturadas por profissionais que disponibilizam ajuda aos clientes, de acordo com a necessidade dos serviços disponibilizados (clínicas, hospitais, centros de dia, etc.).

É sabido que as redes e o apoio social são importantes como factor protector do equilíbrio do indivíduo (Schotte et al., 2006). Os estudos do apoio social têm evidenciado o papel do apoio social percebido como um factor cognitivo e interpessoal fulcral, uma vez que as percepções que cada pessoa tem do seu apoio social e da sua disponibilidade dependem de variáveis situacionais (dependente da interacção social) mas também de características da sua personalidade (e.g, capacidade para comunicar as suas necessidades) e do seu estilo cognitivo (Abbey, Andrews, & Halman, 1995, cit. Matos & Ferreira, 2000). Assim, nas investigações realizadas, o apoio social e, em particular, o apoio sócio-emocional (ao longo do desenvolvimento) é o principal discriminador entre os grupos deprimidos e de controlo (Canavaro, 1999b).

Um apoio social na infância ausente ou negativo, é um factor de risco e preditor de sintomatologia clínica depressiva na idade adulta, já que dá um contributo significativamente mais forte para a depressão do que os acontecimentos de vida *per se* (Wildes, Harkness, & Simons, 2002). Assim, a ausência de apoio social, perante a adversidade, torna-se um factor que favorece o risco de depressão na idade adulta. Ao invés, existindo apoio social, este tem-se revelado preponderante como factor protector, apesar das adversidades (e.g., Horton & Wallander, 2001). O apoio social tem um importante papel na manutenção de comportamentos de saúde e na estimulação para a mudança de comportamentos de saúde (cf. Allgöwer, Wardle, & Steptoe, 2001). Os avanços teóricos e empíricos relativos ao apoio social têm permitido compreender o papel fundamental do apoio social percebido como um factor significativo enquanto preditor de saúde e de adaptação individual (cf. Pinheiro & Ferreira, 2002). Pelo

contrário, as deficiências nas redes sociais são relevantes para aumentar a vulnerabilidade à depressão (e.g., Bifulco, Kwon, Jacobs, Moran, Bunn, & Beer, 2006).

Num estudo longitudinal de *coorte* sobre o apoio social com 1.057 pares de gémeos de sexos opostos, Kendler, Myers, e Prescott (2005) avaliaram os sujeitos em dois momentos separados por um ano. Neste estudo, as mulheres reportaram níveis de maior apoio social global do que o seu irmão gémeo. O nível de apoio social global do primeiro momento predizia o risco de depressão major no segundo momento, principalmente nas mulheres, comparativamente com os respectivos irmãos gémeos. Estes resultados mostraram que as mulheres são mais sensíveis do que os homens face aos efeitos depressivogénicos provenientes de um baixo nível de apoio social. As conclusões deste estudo evidenciam que as relações de suporte emocional são substancialmente mais protectoras contra a depressão major para as mulheres do que para os homens, mas também as tornam mais vulneráveis quando os níveis de apoio social são baixo. Nesse sentido, pode-se concluir que as mulheres são mais dependentes das relações interpessoais.

Quando há pouco apoio social e emocional, fruto de comportamentos parentais punitivos ou quando há práticas de sobreprotecção parental, as primeiras investigações, apesar de baseadas num modelo de causalidade linear, acumularam provas do contributo do fraco apoio social para o desenvolvimento e manifestação da psicopatologia dos filhos (Perris, 1994). No entanto, o apoio social pode funcionar como factor protector e compensar, em certa medida, o impacto das adversidades na família-de-origem, pois, num estudo neozelandês (Lynskey & Fergusson, 1997), com 1.025 participantes, nos sujeitos que sofreram de abuso na infância, o apoio familiar, social e do grupo de pares, influenciaram positivamente o desfecho na idade adulta, pelo que a qualidade das relações familiares, do apoio e relações com pares constituem factores protectores para enfrentar e ultrapassar um potencial trauma.

Estes estudos vão de encontro a outras investigações que evidenciam o contributo do apoio social durante a infância e adolescência para compensar outras experiências adversas ao longo do desenvolvimento, oferecendo, assim, um melhor prognóstico para a idade adulta (Kraaij, Arensman & Spinhoven, 2002; Zavashi, 2003). A existência de apoio social tem, portanto, um efeito protector para a depressão na idade adulta.

5) Considerações Finais

Ao longo deste capítulo foram apresentadas várias investigações demonstrativas de que as experiências adversas vividas ao longo do desenvolvimento têm implicações evidentes na vulnerabilidade à depressão na idade adulta. Também foram particularizados os tipos de acontecimentos adversos que, acumulados, se tornam nos factores que mais marcam a experiência e que contribuem para a vulnerabilidade à depressão no adulto (e.g., Zavashi, 2003). Conclui-se, portanto, que o Ser Humano é produto das experiências anteriores, fruto da interacção com os contextos onde se desenvolve. As investigações apresentadas, apesar de algumas incongruências e contradições, mostram, na sua generalidade, a importância da definição e compreensão dos factores de risco ao longo do desenvolvimento, e contribuem para o esclarecimento dos factores pelas quais alguns indivíduos parecem imunes e outros altamente vulneráveis à depressão.

As relações interpessoais e experiências vividas na relação com o mundo são um factor fulcral para o curso e desenvolvimento da psicopatologia depressiva, uma vez que se podem constituir como factores de risco, ou seja, as experiências interpessoais podem ser um factor contextual fundamental para a emergência, desenvolvimento e agravamento da psicopatologia depressiva.

A vulnerabilidade à depressão é encarada como a interface entre as condições intrapessoais e interpessoais, pois deriva da combinação entre circunstâncias interpessoais negativas e as características individuais. A existência de forma isolada de momentos de maior sensibilidade individual ou de circunstâncias interpessoais negativas é relativamente comum (e.g. Cicchetti & Toth, 1995). No entanto, a combinação destes factores é menos frequente de forma contínua, e, é nesta interacção interpessoal, desenvolvimental e cumulativa, que assenta a vulnerabilidade para a depressão. Importa, por isso, explicar e compreender, de acordo com vários modelos explicativos conceptuais, o modo como as experiências do passado vulnerabilizam (ou não) à depressão na idade adulta, o que é explorado no próximo capítulo.

CAPÍTULO 3 – MODELOS CONCEPTUAIS E REVISÃO DA LITERATURA SOBRE A VULNERABILIDADE À DEPRESSÃO

1) Introdução e Concepção Global dos Modelos de Vulnerabilidade à Depressão

Como já foi exposto nos capítulos anteriores, o estudo da relação entre as adversidades ao longo do desenvolvimento e a depressão no adulto é fundamental para a compreensão e intervenção nesta psicopatologia. São várias as formas como a vulnerabilidade à depressão acontece como resultado das experiências, sendo possível compreendê-la sob várias perspectivas e modelos explicativos. Ora, um modelo para uma doença mental procura a especificação da natureza e a importância de relações entre as várias variáveis, constructos e factores que podem oferecer, com base em teorias científicas (Martins, 2002), explicações e justificações para essa doença, neste caso, a depressão no adulto.

Os modelos explicativos de vulnerabilidade à depressão que são apresentados neste capítulo têm um aspecto comum e transversal que assenta na interacção entre a pessoa-processo-contexto (e.g., Bronfenbrenner, 1986), inspirando-se num modelo bioecológico (Bronfenbrenner & Morris, 1998; Bronfenbrenner & Evans, 2000), interpessoal e de vulnerabilidade/diátese-stress (Ingram & Luxton, 2005). Esta concepção defende a influência das interacções estabelecidas entre o indivíduo e o seu ambiente, ao longo do desenvolvimento, na vulnerabilidade ou resiliência à psicopatologia depressiva no adulto.

Por forma a melhor compreender e contextualizar os modelos explicativos que são expostos neste capítulo, importa clarificar a nossa concepção interpessoal e cumulativa da relação entre experiências anteriores e perturbação depressiva no adulto.

De um ponto de vista conceptual, os modelos mais recentes de compreensão da psicopatologia depressiva combinam e agrupam perspectivas cognitivas e os modelos de stress naquilo que se denominam actualmente nos modelos de Diátese-Stress ou Vulnerabilidade-Stress. Ao fazê-lo, estes modelos, segundo Ingram e Luxton (2005), fornecem uma compreensão holística entre componentes biológicas, psicológicas e sociais, essenciais para compreender os processos funcionais que vulnerabilizam o indivíduo a desenvolver a psicopatologia depressiva.

Recorrendo à descrição clássica de Hans Selye (1963), o *stress* ocorre quando existem acontecimentos de vida que interrompem a rotina e o habitual funcionamento do indivíduo, interferindo, por isso, na homeostase dos sistemas fisiológico e psicológico, testando a sua capacidade de adaptação e resolução da situação actual. Esta alteração, para permitir ao organismo enfrentar o agente stressor ou factor precipitante, constitui o que Selye (1930, cit.

Ingram & Luxon, 2005) denominou de Síndrome Geral de Adaptação. Qualquer nova situação tem o potencial de provocar stress, desafiando o indivíduo a decisões de confronto ou fuga da situação stressante, colocando-o, por isso, num estado de maior alerta (Damásio, 2003; Pacheco, 2005). A reacção ao stress é, em princípio, normal e positiva, e tem como intuito mobilizar o potencial de acção do corpo para a sua atenuação ou resolução. No entanto, é a sua intensidade e, sobretudo, a sua duração, que conduzem ao esgotamento e à doença (Selye, 1963). Neste sentido, poderíamos conceber o stress como resultante dos acontecimentos externos.

Uma outra característica de resposta ao stress é a sua dependência da percepção do que pode ser considerado stressante (Monroe & Simons, 1991), o que significa que o stress não é independente da percepção individual. Segundo Ingram e Luxton (2005), o significado percebido do acontecimento de vida actual é o que diferencia o grau de activação do stress entre os indivíduos, cuja percepção está dependente da história individual e das componente genética e biológica. Esta percepção individual está, portanto, dependente das experiências anteriores, as quais constituem factores predisponentes que facilitam o stress, e que, conseqüentemente, vulnerabilizam à depressão.

Segundo Deitz (1989), *diátese* é um termo cuja origem é grega, baseada na ideia de *disposição*, relacionada com a teoria dos humores (considerando os fluidos corporais). Apenas em 1800 este termo chegou à classe médica e só nos anos 60 do século XX é que foi concebida a sua relação com o stress (Ingram & Luxton, 2005). Numa revisão de Ingram e Luxton (2005), o termo diátese e vulnerabilidade são considerados sinónimos, uma vez que diátese (ou vulnerabilidade) é tipicamente conceptualizada como um factor predisponente, que determina a forma como um indivíduo reage perante um evento stressor. Desta forma, as experiências anteriores influenciam a facilidade e frequência com que um evento stressor desafia a homeostase, pelo que são estas experiências que condicionam a ocorrência da perturbação depressiva.

A concepção compreensiva de diátese-stress para a depressão é baseada na hipótese de que certas predisposições biológicas, fisiológicas e desenvolvimentais (tais como o estilo cognitivo, experiências familiares acumuladas, problemas interpessoais ou sociais), tornam as pessoas vulneráveis à depressão, quando são confrontadas com eventos de vida específicos ou acontecimentos indutores de stress (Coyne & Whiffen, 1995; Pacheco, 2005). Assim, considerando a diátese (factor predisponente), a capacidade de adaptação (ou não) ao evento stressor (factor precipitante) é o que vai determinar se o indivíduo é resiliente ou se desenvolve a psicopatologia depressiva.

Este tipo de concepção posiciona a ocorrência da depressão no momento em que os eventos de vida contextuais activam as vulnerabilidades pessoais (Coyne & Whiffen, 1995), como que aproveitando o momento “certo” para combinar a vulnerabilidade prévia com a realidade e contexto actual. Segundo Monroe e Hadiyannakis (2002), a maioria dos modelos de diátese-stress da psicopatologia sugere que todo o indivíduo tem sempre algum tipo de factor predisponente (diátese) para algum tipo de perturbação mental. Porém, existe um limiar próprio em cada indivíduo, que o leva a resistir ou não, o qual está dependente das interacções entre os factores de risco predisponentes, os factores protectores e as experiências indutoras de stress (Ingram & Luxton, 2005). A diátese pode, pois, basear-se em factores biológicos (e.g., insuficiência no abastecimento de noradrenalina ou serotonina) ou psicológicos (e.g., visão negativa de si próprio ou do mundo), o que, conseqüentemente, torna o indivíduo mais vulnerável ao stressor posterior (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2007). Desta forma, a relação causal torna-se difícil de discernir, uma vez que é complicada a diferenciação entre causas próximas e longínquas pelo que haverá sempre uma interacção entre a diátese e os eventos stressores actuais. Nesta perspectiva de diátese-stress, o desenvolvimento de uma perturbação deve ser compreendido numa concepção biopsicossocial (Ingram & Luxton, 2005). Gathercole (2004) desenvolveu um modelo que posiciona a depressão como produto de duas vertentes distintas: vulnerabilidades individuais e toxicidade ambiental. A primeira, mais centrada nos aspectos intrapessoais e passados, relaciona-se com a predisposição genética, biológica, desenvolvimento e estratégias de *coping*, e a segunda, mais centrada nos aspectos interpessoais e presentes, como perdas e outros acontecimentos de vida indutores de stress, pelo que quanto mais estes eventos acontecerem, mais tóxicos ou prejudiciais se tornam para o indivíduo.

Nesta perspectiva, os atributos constituintes da vertente “vulnerabilidades individuais” interagem entre si, aumentando ou diminuindo o risco de depressão, e os atributos da vertente “toxicidade ambiental”, relacionam-se com as dimensões dos contextos de vida do indivíduo (Gathercole, 2004). Importa salientar que estas duas vertentes não são agentes causais, mas sim de vulnerabilidade. Portanto, quanto maiores as predisposições individuais ou a toxicidade de um dado ambiente, maior será a vulnerabilidade à depressão (ver figura 6).

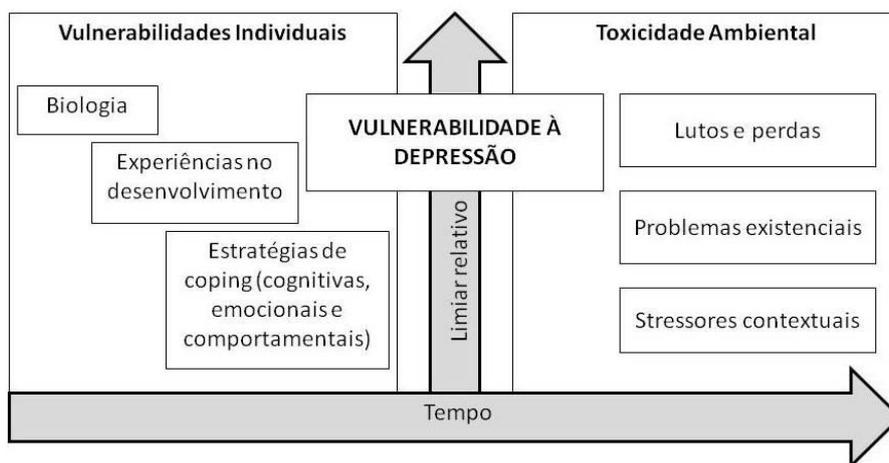


Figura 6. Esquema de vulnerabilidade à depressão, com base no modelo de diátese-stress de Gathercole (2004)

Tal como no modelo anterior, o conceito de vulnerabilidade é relativo, pois está dependente da relação entre as componentes intrapessoais e interpessoais (vulnerabilidades individuais e toxicidade ambiental), evidenciando, assim, que existe um limiar de vulnerabilidade (Gathercole, 2004), o qual explica as diferenças entre os indivíduos, quando, perante o mesmo facto/realidade, uns deprimem e outros não. A natureza da diátese facilita ou dificulta o impacto da toxicidade ambiental (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2007).

Os estudos com gémeos têm-se revelado essenciais para examinar os contributos da diátese para o risco e vulnerabilidade à depressão (e.g., Monroe & Simons, 1991). Num estudo de McCutcheon, Heath, Nelson, Bucholz, Madden, e Martin (2008) a propósito do risco de depressão em 5.266 gémeos australianos, os resultados mostraram que as experiências adversas e traumáticas durante a infância tiveram grande impacto no risco de depressão no adulto.

Os modelos de diátese-stress, que se têm mostrado muito úteis na compreensão de várias perturbações, tanto mentais como orgânicas (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2007), apesar de serem considerados bastante robustos em termos da concepção da psicopatologia depressiva, acarretam desafios conceptuais e metodológicos, uma vez que se torna difícil compreender a importância real e efectiva das variáveis habitualmente estudadas (Coyne & Whiffen, 1995). Isto reforça a importância de haver mais estudos sobre as variáveis que estão associadas à depressão, quer intrapessoais, quer interpessoais, com especial atenção aos efeitos cumulativos (alterações biológicas, cognitivas, experiências de vinculação e de apoio social).

Todas as perspectivas que a seguir são apresentadas têm como base esta concepção da relação entre diátese e stress, onde a vulnerabilidade à depressão existe pelos efeitos acumulados desde as relações de vinculação mais precoces, com um significativo impacto na biologia e cognições do indivíduo ao longo da ontogénese. Face a estas experiências e perante eventos stressores, a existência (ou não) de apoio social (passado e actual), assim como a sua qualidade, têm um importante contributo para vulnerabilidade à depressão no adulto. Desta forma, iniciam-se os próximos pontos de acordo com a seguinte sequência: vinculação no adulto enquanto vulnerabilidade à depressão; vulnerabilidade psicobiológica; vulnerabilidade cognitiva e, por último, perspectiva do apoio social enquanto factor protector ou de vulnerabilidade à depressão.

2) Perspectiva da Vinculação no Adulto enquanto vulnerabilidade à depressão

Desde o final dos anos 70 do século XX que os estudos da vinculação se têm vindo a desenvolver, primeiro na infância e, ao longo dos anos, na adolescência e na idade adulta, tendo como base os trabalhos de Bowlby (1969, 1973, 1988) e os estudos empíricos pioneiros de Mary Ainsworth (1963, 1964, 1989). Considerando o constante avanço científico sobre as implicações da qualidade de vinculação no desenvolvimento humano e nas trajectórias daí resultantes na idade adulta, verifica-se a necessidade e interesse crescente sobre o modo como o desenvolvimento da vinculação pode contribuir para a compreensão da psicopatologia (Soares, 2000). Apesar das origens da teoria da vinculação ter ocorrido no âmbito da prática clínica de Bowlby (1969, 1973, 1980, 1988), o acréscimo dos estudos empíricos sobre as implicações desta teoria para a compreensão da psicopatologia e do processo terapêutico constitui uma mais-valia fundamental, pelo que, esta teoria, fornece um novo paradigma do desenvolvimento humano, dando uma visão inclusiva e organizada dos factores dominantes que contribuem para a estruturação do auto-conhecimento do indivíduo. Desta forma, a teoria da vinculação mostra-nos que é fundamental a concepção do papel da experiência precoce na dependência com a qualidade do contexto desenvolvimental presente (Soares, 2000), significando, portanto, que o presente deve ser compreendido pelo passado, e não somente explicado por este. Tal como afirma Soares (2000), "*o passado não acarreta imutabilidade no presente, mas é transformado no presente, em função das experiências ocorridas*" (p.386).

Vinculação é um sistema comportamental inato que influencia e organiza os processos desenvolvimentais, emocionais e motivacionais, os quais são dependentes e resultantes da proximidade e relação com as figuras parentais significativas, cuja provável função biológica é a

protecção do indivíduo (Bowlby, 1969; Cassidy, 1999). Desta forma, é a vinculação que organiza as funções mentais, através da comunicação de emoções e troca de estados mentais, que permitem organizar o funcionamento cerebral e, conseqüentemente, as experiências mentais, nomeadamente as percepções, pensamentos, memórias, crenças, sentimentos, desejos, etc. (Cardoso, 2000). Numa perspectiva evolutiva, partindo do pressuposto de que a cria humana é demasiado imatura para se defender de forma autónoma dos perigos que põem em risco a sua vida, a proximidade com indivíduos adultos e competentes da sua espécie é essencial para garantir a sua sobrevivência (Bowlby, 1969). Assim, e segundo o mesmo autor, há uma dimensão comportamental na vinculação que se traduz pela predisposição em procurar proximidade e contacto com a figura de vinculação, principalmente em situações de medo, cansaço ou doença.

Na sua essência, a vinculação baseia-se na sensibilidade e responsividade dos pais aos seus filhos, o que permite uma comunicação pais-filhos adequada (Siegel, 1999). Desta forma, e segundo o mesmo autor, uma comunicação contingente tende a resultar em vinculação segura, que se caracteriza por haver troca de sinais (partilha de experiências, empatia e estados mentais) entre a criança e os cuidadores. Não havendo este equilíbrio na relação pais-filhos, a vinculação é alterada e tendencialmente insegura. Até a forma como os pais imaginam o que será a relação de vinculação com o seu descendente, ainda na gravidez, condiciona, já por si, o tipo de relação que será estabelecido com a criança (cf. Cyrulnik, 2003). Estas respostas interactivas pais-filhos imaginadas pelos pais constituem os seus padrões ou modelos operacionais.

Para uma melhor compreensão dos tipos de vinculação é, de seguida, necessária a explicação da forma como Ainsworth, Blehar, Waters, e Wall (1978) fizeram o estudo da vinculação e segurança nas crianças, a chamada *situação estranha*. Como era difícil pôr em evidência o sistema de vinculação em casa das crianças, estes autores tiveram a ideia de criar uma situação pouco usual que pudesse, eventualmente, provocar tensão na relação com as figuras parentais, activando, portanto, o sistema de vinculação. Nesta *Situação Estranha*, que é aplicada a crianças com cerca de 12 meses, a mãe e a sua criança são observadas e os dados registados em 8 episódios de 3 minutos cada um que envolvem separações e reencontros entre os dois, e ainda, a introdução de um adulto, não familiar, junto da criança. A segurança e os tipos de vinculação são, portanto, avaliados e classificados em função da redução do jogo e da exploração em presença do sujeito estranho. Desta forma, a análise dos padrões de vinculação do paradigma da Situação Estranha, deu origem à identificação de dois principais tipos de vinculação que se organizam em quatro padrões de vinculação (ver figura 7):

- a) A **vinculação segura**, que está assente numa comunicação colaborativa e contingente, dinâmica e interactiva, onde se respeitam os momentos de autonomia e dessintonização e em que as estratégias de reparação e reconexão respondem a momentos de desconexão (Ainsworth et al., 1978; Cardoso, 2000). Este padrão de vinculação caracteriza-se por uma alternância equilibrada entre os comportamentos de vinculação e os de exploração, o que facilita a autonomia da criança (Siegel, 1999; Soares, 2000). Exemplo disso são as figuras parentais emocionalmente disponíveis, atentas e responsivas aos estados mentais e necessidades dos filhos. Neste tipo de vinculação, o que se espera é a procura de proximidade, sentimento de segurança, exploração normal do meio e interacção social, pois a comunicação entre o bebé e a figura de vinculação está em sintonia aberta, positiva, clara e integrada (Soares, 2000).
- b) A **vinculação insegura**, que surge quando a autonomia, as estratégias de reparação e a contingência de resposta são perturbadas ou deficientes (Ainsworth et al., 1978), provocando um aumento de disfunção psicológica, física ou social (e.g. Atkinson & Zucker, 1997). Dentro desta, encontramos a vinculação **evitante** (Ainsworth et al., 1978), que se caracteriza por figuras parentais rejeitantes e não reparadoras, emocionalmente não disponíveis, desatentas e não-responsivas, o que reduz a procura de proximidade (Main, 1995). Este padrão de vinculação mostra o predomínio do comportamento exploratório sobre o comportamento de vinculação (Soares, 2000). Uma criança com o tipo de vinculação evitante, na “situação estranha” proposta por Ainsworth e seus colaboradores (1978) responde à ausência e posterior regresso da mãe sem qualquer reacção de apego explícito, não procurando proximidade nem mostrando necessidade de ser sossegada devido à angústia criada pela separação, continuando a brincar e a focar a atenção nos brinquedos e acções sobre o ambiente (Siegel, 1999). Segundo Fonagy, Target, Steele, Steele, Leight, Levinson, e Kennedy (1997), podemos depreender que esta ausência de resposta é uma estratégia adaptativa por parte da criança, que minimiza a procura de proximidade e reduz as expectativas, cuja penalização é a perda da função mentalizante e a deterioração da qualidade das relações futuras (Main, 1995). A comunicação directa centra-se, tendencialmente, em expressões positivas e as emoções negativas tendem a ser dirigidas aos objectos (Soares, 2000). Este tipo de vinculação acontece em filhos de figuras vinculativas distantes e negligentes, emocionalmente indisponíveis e com capacidade reduzida de comunicação contingente (e.g. Beebe & Lachman, 1994). Em termos de futuro, estas pessoas terão um pensamento seco, lógico e analítico, com pouca intuição, parecendo autónomos devido à fraca evidência de necessidades relacionais (Cardoso,

2000). Para além da vinculação evitante, temos também a vinculação **ambivalente** (ou resistente), que é caracterizada por uma disponibilidade incongruente dos pais, cujas estratégias reparadoras são extemporâneas e intrusivas, com sobre-estimulação do sistema de vinculação e ansiedade (Ainsworth et al., 1978), o que torna o bebé hiper-vigilante face à acessibilidade da figura de vinculação, evidenciando uma constante e preocupada procura de proximidade, o que inibe ou empobrece a exploração do meio (Siegel, 1999; Soares, 2000). As crianças avaliadas na Situação Estranha em que não foi possível a sua classificação por Ainsworth e seus colaboradores (1978), Main e Solomon (1990) verificaram que o traço comum entre elas era o facto de apresentarem uma inexistência de organização coerente do sistema comportamental de vinculação para com a figura de vinculação, que foi denominada de vinculação **desorganizada ou desorientada**, evidenciada por pais com uma comunicação temerosa assustadora e/ou desorientada, com comportamentos ou sequências de comportamento inexplicáveis e bizarros.

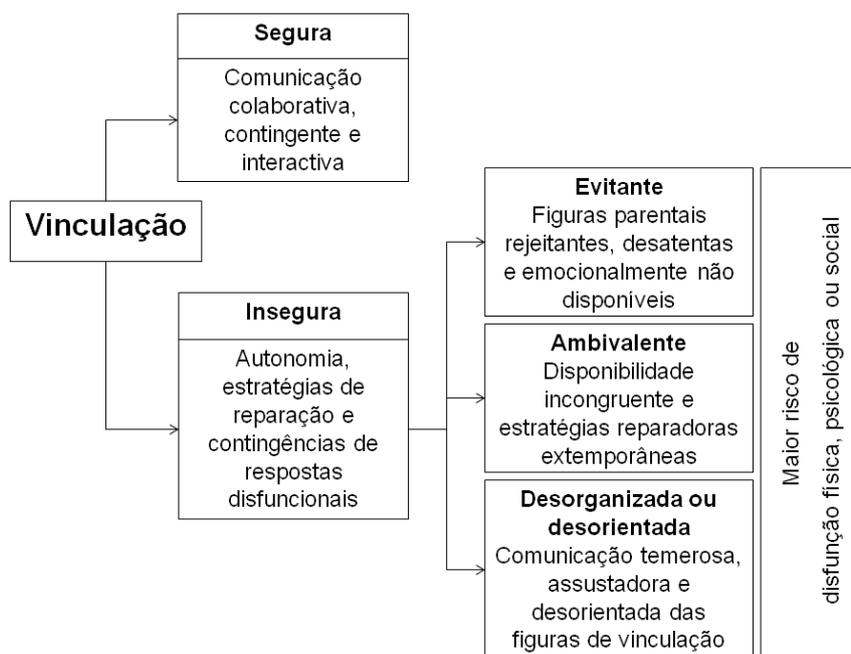


Figura 7. Principais estilos de vinculação na infância

Segundo Mickelson, Kessler, e Shaver (1997), há também estudos longitudinais em que os estilos de vinculação na infância conseguem prever o estilo de vinculação na adolescência e idade adulta, uma vez que os estilos de vinculação adultos tendem a ser resultados das experiências anteriores. Sendo assim, pode-se também conceber três tipos de vinculação no adulto que caracterizam os padrões de relacionamento com aqueles com quem o adulto

estabelece relações íntimas, nomeadamente o seguro, evitante e ansioso/ambivalente (Hazan & Shaver, 1990). O adulto seguro sente-se confortável na dependência dos outros e considera fácil a sua aproximação. O adulto evitante sente-se desconfortável na relação com os outros, sendo difícil confiar neles. O adulto ansioso é relutante na aproximação dos outros, considerando que estes não se interessam verdadeiramente por ele sendo, muitas vezes, encarado pelos outros como chatos ou possessivos (Hazan & Shaver, 1990).

Outros autores, tais como Bartholomew e Horowitz (1991), a partir dos trabalhos de Bowlby (1973) e pela adaptação dos trabalhos de Main sobre vinculação no adulto, propuseram e validaram 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. Para além das dimensões “segura” e “preocupada”, contempladas noutros modelos até à data, estes autores identificam dois sub-tipos de estilo “evitante”, nomeadamente o “evitante desligado”, que agrupa a percepção do próprio como merecedor de cuidados dos outros, com a representação de que estes não respondem às suas necessidades; e o “evitante amedrontado”, que é caracterizado pela percepção do próprio como não merecedor dos cuidados dos outros, concomitantemente com uma avaliação destes como pessoas em quem não se pode confiar. Desta forma, neste modelo conceptual, Bartholomew e Horowitz (1991) englobam a avaliação da vinculação actual em conjunto 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 percepção sobre a vinculação com ênfase na relação pais-filhos (cf. Coe, Dalenberg, Aransky, & Reto, 1995). A classificação da vinculação segundo este modelo foi replicado em vários estudos, cujas evidências psicométricas e empíricas validam os estilos de vinculação suportados numa continuidade entre duas dimensões: segurança-insegurança, em que a segurança extrema corresponde à vinculação evitante amedrontada; e estratégias de defesa ou de coping, usadas por alguns indivíduos, para reduzir a insegurança e criar resistência de forma compulsiva (estilo “Evitante desligado”) ou criar uma procura de ajuda compulsiva (estilo “preocupado”) (ver figura 8):

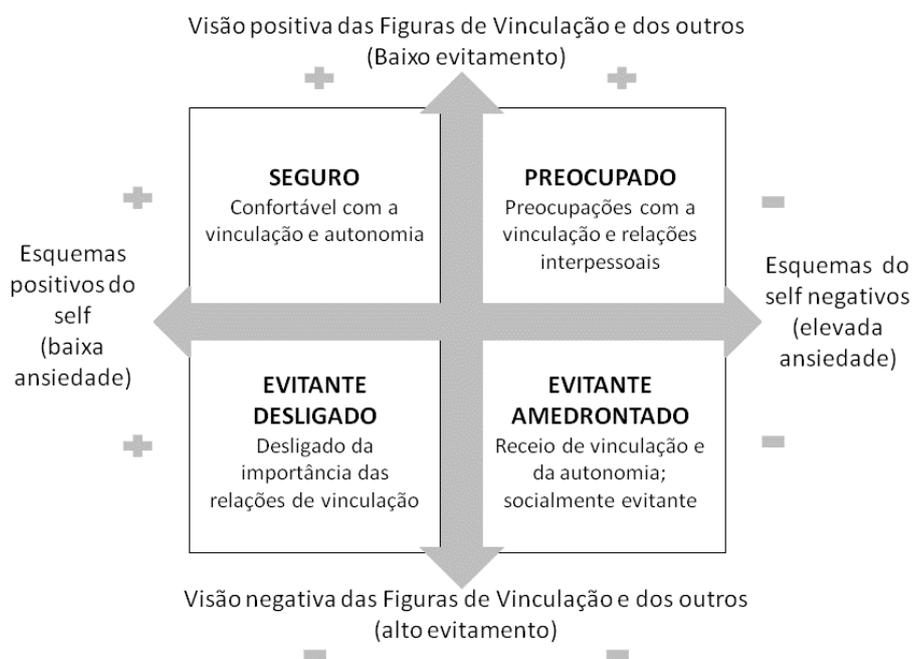


Figura 8. Modelo Conceptual dos Estilos de Vinculação Adulto, baseado no de Bartholomew e Horowitz (1991)

A vinculação manifesta-se a partir da infância, continuando a manifestar-se ao longo da vida, principalmente nas situações de ansiedade, altura em que se procura alguém (e.g., mentor, amigo ou parceiro), como fonte de conforto, conselho, segurança e aconselhamento, no intuito de repor o equilíbrio (Soares, 2000). Provavelmente, isto acontece devido ao sentimento de ligação ao mundo e à sensação de equilíbrio que as experiências partilhadas, o sentir-se compreendido por alguém, e o perceber que o outro vivencia um estado mental semelhante, fornece ao indivíduo (Cardoso, 2000). Naturalmente que, estando o Ser Humano, desde que nasce, em constante desenvolvimento, estes estados mentais mudam, pelo que se as experiências da criança ou os modelos que a influenciam são negativos, é natural que a vinculação saia afectada nessa relação. A vinculação mais precoce surge cerca dos 7 meses de idade (Main, 1996) e é a base do desenvolvimento mental. Contudo, é só a partir dos 18 meses que a evocação mnésica da imagem da figura de vinculação consegue sossegar a criança, mostrando que é só nesta altura que a figura de vinculação é interiorizada (Schore, 1994). Alcançada esta fase inicial de atribuição de intenções e significado, ocorre a partilha ou interacção entre objectos, pessoas ou elementos e/ou a construção de histórias com personagens e vidas subjectivas na própria pessoa (Soares, 2000). O modelo interno de vinculação parece, portanto, ser claramente influenciado pelo impacto das representações perceptivas que as experiências reais, estabelecidas com as figuras de vinculação, têm no seu funcionamento mental (Canavarro, 1999b). Assim, segundo Canavarro (1999b), pode-se concluir

que a organização cognitiva da vinculação é contínua ao longo da vida, transgeracional e está sujeita a alterações.

Estas representações, denominados modelos internos dinâmicos (e.g., Bowlby, 1980) ou estruturas de significado (e.g., Perris, 1994), para continuarem funcionais ao longo do desenvolvimento e na idade adulta, têm que ser capazes de incorporar nova informação acerca do próprio e dos outros como resposta às mudanças circunstanciais. Assim, enquanto que a estabilidade nos modelos internos dinâmicos é central para a compreensão da continuidade do desenvolvimento da personalidade, os investigadores na área da vinculação devem reconhecer que os modelos internos dinâmicos da vinculação devem manter-se flexíveis e disponíveis para a mudança (Collins & Read, 1994; Kobak & Hazan, 1991).

Nestas condições, constata-se que a regulação eficaz das emoções dependidas das representações mentais de cada pessoa, desenvolvidas ao longo da ontogénese (Guidano, 1991), principalmente durante os primeiros anos do desenvolvimento humano (Cardoso, 2000). Segundo Cardoso (2000), a sintonia entre as experiências reais e as suas representações mentais contribui e facilita um estado mental equilibrado, com um sentimento de pertença, de “sentir-se sentido”, o qual é o sustento de toda a comunicação interpessoal e intrapessoal, essencialmente nas relações íntimas. Se as necessidades destes primeiros anos de vida encontrarem disponibilidade dos cuidadores (em geral, os pais), um vínculo seguro tende a ser estabelecido, estruturando um *self* confiante, capaz de enfrentar situações menos boas ou adversas (Zavashi, 2003). Como afirmam Allman e Brothers (1994), a motivação para a vinculação, a resposta ao olhar e à expressão facial e a procura de novidade são aspectos inatos que fazem parte do indivíduo desde o seu primeiro momento de vida. Ora, numa vinculação segura, estes modelos favorecem as relações interpessoais do indivíduo. As trocas experimentadas com as figuras de vinculação, permitem construir bases para uma estruturação de uma auto-imagem positiva, contribuindo, assim, para a construção de uma imagem positiva do outro, que, por sua vez, é percebida como gratificante, aumentando a resiliência às perturbações psicológicas provocadas por eventos stressores. Como afirmam Ogawa, Sroufe, Weinfeld, Carlson, e Egeland (1997), a vinculação segura promove a proximidade, o sentimento de segurança e bem-estar, a competência social, o funcionamento mental eficaz e a resiliência. Por isso, é importante compreender o impacto das experiências acumuladas ao longo do desenvolvimento, e analisar o seu impacto na construção do estilo de vinculação e, conseqüentemente, do seu impacto na vulnerabilidade à depressão na idade adulta. Nas vinculações inseguras o que acontece é o contrário: a pessoa desenvolve uma auto-imagem desvalorizada de que não é digna nem merecedora de amor (e.g., Guidano, 1991), o que o torna

incapaz de garantir um amor-próprio suficiente, ou seja, conduz a baixos níveis de auto-estima (Baumgardner, 1990, cit. Salgado, 2003), desenvolvendo a ideia de que as relações com os outros são fonte de frustrações, o que, posteriormente, leva ao desenvolvimento de uma atitude desconfiada para com os outros (Guidano, 1991). Nestes casos, a percepção das experiências relacionais dão origem a uma imagem negativa de si mesmo, gerando sentimentos penosos sobre si próprio, que acumulados, aumentam a vulnerabilidade/diátese à psicopatologia depressiva, bastando, para o efeito, encontrar um evento stressor (Cardoso, 2000). Numa análise mais específica da vinculação insegura, são os sujeitos com vinculação desorganizada os que apresentam maior risco de desenvolver perturbações psiquiátricas (Siegel, 1999).

Assim, são três as ideias essenciais sobre a teoria da vinculação, nomeadamente: 1) a crença na forte influência do comportamento das figuras parentais no desenvolvimento social e da identidade do indivíduo; 2) a crença em que esta influência é estabelecida precocemente onde a relação com os pais ou cuidadores serve para a construção de um modelo interno que orienta posteriores interações; 3) e a crença em que essas experiências que orientam e activam esse modelo dado pelas figuras parentais incluem um potencial para produzir interações ansiosas, devido a sentimentos de perda de amor ou de uma pessoa amada. Assim sendo, essa influência parental sobre a identidade tem como base modelos de representação interna, nomeadamente os modelos internos dinâmicos (ou *working-models*), que facilitarão (ou não) a saúde mental, tornando o indivíduo adulto mais vulnerável ou resiliente à psicopatologia.

Uma das premissas centrais da teoria da Vinculação é uma perspectiva desenvolvimental onde as origens de um estilo de vinculação inseguro provém das experiências adversas durante a infância (Bowlby, 1988; Bifulco et al., 2006). Assim, a vulnerabilidade à depressão é consequência da forma como o indivíduo organiza os acontecimentos adversos do passado, tais como falta de sensibilidade às suas necessidades, perdas e desapontamentos, o que resulta numa vincada capacidade de resposta a acontecimentos adversos da sua vida sob a forma de sentimentos de abandono/ desamparo e desespero (Guidano, 1987). Importa, por isso, salientar que não basta ter acontecimentos adversos para que haja depressão, destacando-se, assim, a importância do mundo interno da pessoa e das suas organizações, capacidades e relações pessoais e íntimas.

Neste sentido, são várias as investigações que relacionam a vinculação adulta com depressão, já que experiências na infância de vinculação insegura predizem a vulnerabilidade à depressão nos adultos (Wolpert, 2000). Apresenta-se, de seguida, uma revisão da literatura dos dados empíricos sobre a relação entre vinculação e depressão na idade adulta.

Num modelo psicossocial de depressão desenvolvido nas décadas de setenta e oitenta, Brown e Harris (1978), concebem a vulnerabilidade em dois períodos de tempo: na infância, em termos de abuso ou negligência; e na idade adulta, em termos da falta de suporte contínuo nas relações próximas, baixa auto-estima e conflitos com os filhos. O modelo é também concebido como interactivo na medida em que a vulnerabilidade interage com stressores severos vulnerabilizando e despoletando o início da perturbação. Segundo Bifulco (2002a) a vinculação tem habitualmente um papel mediador e raramente preditor específico da depressão, pois os factores de risco identificados, tais como as experiências vividas durante a infância ou o autoconceito, têm idealmente de ser separados da avaliação do estilo de vinculação, por forma a que este último possa ser identificado.

A sintomatologia depressiva pode, pois, surgir como produto de uma vinculação adulta insegura, uma vez que pessoas com este tipo de vinculação estão especialmente predispostas a interpretar os acontecimentos interpessoais indutores de stress como rejeições (Hammen, Henry & Daley, 2000), ou como mais uma prova da sua falta de competências sociais (Sroufe & Fleeson, 1986, cit. Canavarro, 1999b). Sabe-se que os inseguros, nomeadamente os evitantes, ambivalentes e desorganizados ou desorientados, são aqueles que estão mais associados a outros factores de vulnerabilidade depressiva, como por exemplo fraco apoio social e abuso e negligência infantil (Bifulco, Moran, Ball & Lillie, 2002a). Importa ainda salientar que indivíduos com vinculações inseguras durante a infância são menos eficazes na resolução dos problemas e, por conseguinte, acumulam emoções negativas que, mantendo-se a médio ou longo-prazo, conduzem a níveis de ansiedade e dificuldades de gestão emocional, resultando em frustrações, desânimo aprendido e numa maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de psicopatologia adulta (cf. Miljkovitch, 2004). Mulheres com depressão moderada e em recuperação da depressão tendem a apresentar experiências mais negativas de relacionamento com os seus pais, para além de apresentarem um estilo de vinculação adulto inseguro, particularmente o evitante (Carnelley, Pietromonaco, & Jaffe, 1994). Também Rankin, Saunders, e Williams (2000) verificaram que o estilo de vinculação inseguro é um factor relacionado com um baixo sentimento de pertença e menor apoio social, o que, por sua vez, aumenta a probabilidade de desesperança, e conseqüentemente, mais depressão. Da mesma forma, Hazan e Shaver (1990) verificaram que adultos com vinculação insegura apresentaram mais depressão do que os adultos com vinculação segura.

Pais inconsistentes e insensíveis, assim como a separação dos pais e experiências mais extremas como negligência ou abuso, foram já identificadas como percursores etiológicos de dificuldades na vinculação na idade adulta (Bifulco et al., 2002a). Como antes foi exposto,

Bowlby (1969) defendeu que figuras parentais marcadamente ausentes num processo de ligação afectiva, produzem, no futuro, dificuldades ou problemas no desenvolvimento global do indivíduo. O abuso físico, negligência severa, ameaça à integridade física, relação parental inadequada e violência doméstica entre os pais estão também relacionadas com o estilo de vinculação evitante e ansioso (Mickelson, Kessler, & Shaver, 1997). Especificamente, verifica-se que o abuso sexual e incesto estão relacionados com um estilo de vinculação inseguro na idade adulta (Alexander, 1993; Mickelson, Kessler, & Shaver, 1997). Estas experiências adversas na infância estão frequentemente associadas a perturbações depressivas maior na idade adulta (e.g., Bifulco et al., 1998).

Num estudo de Carnelley, Pietromonaco, e Jaffe (1994, cit. Canavarro, 1999b), os resultados evidenciaram uma relação entre experiências menos positivas na infância com ambos os pais, com quem a vinculação foi insegura (evitante e preocupada) e a depressão na mulher adulta. Alguns estudos sobre a vinculação no adulto e depressão actual (cf. Canavarro, 1999b), demonstraram que quanto maior o grau de depressão, maiores são os padrões de vinculação ansiosa, ambivalente e evitante. Os resultados deste mesmo estudo sugerem ainda que padrões de vinculação insegura estão associados a atitudes disfuncionais, menor auto-estima e, conseqüentemente, mais sintomas depressivos ao longo do tempo.

Cozzarelli, Karafa, Collins, e Tagler (2003), num estudo longitudinal de 2 anos, constataram que o estilo de vinculação inseguro tem uma significativa relação com sintomatologia clínica, inclusive depressiva, evidenciando que estilos de vinculação seguros estão associados a respostas mais construtivas e adaptativas perante conflitos e stress do que os estilos inseguros. Também Batgos e Leadbeater (1993) relacionaram de forma significativa os estilos de vinculação com as perturbações depressivas, assim como Diamond e Blatt (1994) mostraram que indivíduos com vinculação insegura, particularmente aqueles que apresentam comportamentos de vinculação ansiosos/ ambivalentes ou evitantes, tendem a sofrer de maior risco de depressão.

Num outro trabalho, Bifulco e seus colaboradores (2006) estudaram, longitudinalmente, o estilo de vinculação adulto, como mediador entre a negligência infantil e depressão na idade adulta. Salientando a pouca investigação prospectiva até ao momento, este estudo centra-se essencialmente no potencial do estilo de vinculação inseguro na mediação entre as experiências adversas na infância e perturbações da saúde mental na idade adulta. Durante um período de 5 anos, 154 mulheres de elevado risco social (e.g., pouca intimidade, fraco apoio social e um filho pelo menos) foram acompanhadas para testar o papel do estilo de vinculação inseguro como preditor de episódios depressivos ou ansiosos. Da análise efectuada, 55% das mulheres durante

o período de *follow-up* sofreram de, pelo menos, um episódio. Dos casos diagnosticados, apenas o estilo de vinculação adulto inseguro, moderado, ou grave (não o leve), foram preditores de perturbações de depressão. Particularmente, o estilo de vinculação evitante e ambivalente mostraram ser mediadores parciais da relação entre adversidade infantil e depressão adulta.

Contudo, numa revisão da literatura sobre qual o tipo de estilo de vinculação associado a determinado tipo de perturbação mental, a investigação tem trazido resultados relativamente inconsistentes (Bifulco et al., 2006). Enquanto que alguns estudos associam os sintomas depressivos com estilos mais ansiosos e ambivalentes, como “preocupado/emaranhado” e “evitante”, outros estudos evidenciam o estilo “Evitante”. Outros estudos ainda não mostraram diferenciação entre os estilos de vinculação inseguros e depressão. Nesta revisão bibliográfica, alguns autores argumentam que as diferenças nestes resultados são devidas à diversidade de medidas e categorizações dos estilos de vinculação, pelo que sugerem que é necessária mais investigação para melhor entender o potencial efeito mediador da vinculação entre as experiências do passado e a perturbação actual do indivíduo.

Como o Ser Humano não é apenas produto das suas experiências anteriores, mas também se transforma no presente, o próprio estilo de vinculação do adulto pode mudar (Soares, 2000; Cozzarelli, Karafa, Collins, & Tagler, 2003).

Sabe-se que novas relações interpessoais têm o potencial para levar a pessoa a vinculações mais seguras, como é sugerido nalguns estudos de intervenção terapêutica (e.g. Bakermans-Kranenburg, et al., 1998, cit. Cardoso, 2000), excepto nos casos de trauma, abusos (físico, sexual ou emocional) ou negligência extrema (e.g. Rutter, 1997). A evidência desta afirmação está assente no facto de o apoio emocional ser uma variável crucial como o principal discriminador entre os grupos deprimidos e de controlo, na grande maioria das investigações (Canavaro, 1999b). Davila, Burge, e Hammen (1997) verificaram que mulheres adultas com história pessoal perturbada e perturbação de personalidade, história familiar com perturbações mentais, ou que provêm de famílias pouco unidas, têm maior predisposição a flutuações de estilos de vinculação, com instabilidade e insegurança. Rosenfarb, Becker, e Khan (1994) mostraram que mulheres gravemente deprimidas tinham uma fraca vinculação à mãe em qualquer idade, e pouca ligação ao pai, ao longo do desenvolvimento, e com uma maior independência deste. Os estilos de vinculação inseguros (nomeadamente ansiosos/ambivalentes e evitantes) estão associados a níveis mais elevados de psicopatologia, incluindo depressão, ansiedade e abuso de substâncias (cf. Bifulco et al., 2006).

Considerando o exposto, o que estas investigações parecem demonstrar é que quanto mais as EAI, maior a probabilidade de vinculação insegura e menor flexibilidade enquanto

adultos, o que contribui para o aumento da vulnerabilidade à depressão. A segurança na vinculação protege contra a formação das perturbações psicológicas, pelo que os indivíduos seguros parecem estar mais bem ajustados e adaptados e menos predispostos a enfrentar problemas psicológicos do que indivíduos inseguros (e.g., Davila, Burge, & Hammen, 1997). Isto pode ser explicado, em parte, devido ao facto dos indivíduos com uma vinculação segura terem uma maior capacidade de regular as suas emoções, comparativamente com aqueles com vinculação insegura (Miljkovitch, 2004). Esta vinculação segura provém de uma segurança de base (desenvolvida ao longo das experiências anteriores), que fornece a estabilidade para uma organização plena, gradual e sustentada, das suas cognições e afectos. Constatase ainda que uma vinculação segura permite capacidades representativas mais elaboradas, que ajudam a enfrentar as dificuldades (cf. Miljkovitch, 2004).

A teoria da vinculação fornece uma estrutura conceptual para explicar como estilos interpessoais disfuncionais resultantes da infância perpetuam a vulnerabilidade às perturbações afectivas. Desta maneira, evidencia-se a importância de tomar em consideração a vinculação e as experiências ao longo do desenvolvimento no campo da psicopatologia, já que a qualidade da vinculação dum indivíduo em relação àqueles que lhe são próximos, bem como as experiências ao longo do desenvolvimento, têm um papel fulcral como factor de resiliência ou de vulnerabilidade à psicopatologia no adulto.

A perspectiva da vinculação tem, no entanto, algumas limitações. Por um lado, focaliza a construção da vinculação na relação com os pais ou figuras parentais, principalmente na infância, mas não valoriza, suficientemente, a complexidade das relações interpessoais sociais ao longo do desenvolvimento e idade adulta (e.g., Pietromonaco & Barrett, Dez 1997), ou a forma como as experiências condicionam os esquemas cognitivos ou o desenvolvimento neurobiológico. Assim, embora a teoria da vinculação consiga prever que as pessoas com experiências anteriores insatisfatórias com os pais apresentam dificuldades em estabelecer laços afectivos mais tarde na idade adulta, pouco se sabe sobre os mecanismos de relacionamento interpessoal que podem estar envolvidos (Pielage, 2006). Daí que Birtchnell (1993) questione se as pessoas às quais foram negadas relações afectivas próximas e de qualidade ao longo da vida, terão capacidade para formar outro tipo de relacionamento que não apenas estilos inseguros; assim como também se esses indivíduos escolhem parceiros que se assemelham aos pais frustrantes, ou se os escolhem completamente diferentes, ou ainda se os percebem e se relacionam com todos os parceiros como se fossem os seus pais. Para além deste facto, há autores que, ao contrário de Bowlby, defendem que a complexidade das relações interpessoais com o mundo, nomeadamente com o grupo de pares no meio social, tem tanta ou maior

influência no carácter e/ou personalidade das crianças do que os seus próprios pais (Harris, 1998). É normal aceitar na Psicologia que “bons cuidados podem corrigir os erros da natureza: falta de cuidados/apoio podem deitar fora o que a natureza traz de melhor” (Harris, 1998, p.2). No entanto, se focarmos a atenção apenas na educação dada pelos pais, esta afirmação é demasiado redutora (e.g., Harris, 1998), pois todos os indivíduos são influenciados por todos os que agitam com os seus afectos e não apenas pelos pais, pelo que reconhecer a complexidade do desenvolvimento neurobiológico modulado pelas relações de vinculação e experiências de vida torna-se essencial para compreender a vulnerabilidade à depressão, aspecto este que é desenvolvido de seguida.

3) Perspectiva da Vulnerabilidade Psicobiológica da Depressão

O desenvolvimento neurobiológico não termina no nascimento e o desenvolvimento afectivo é iniciado e estruturado através de aprendizagens interactivas de troca e partilha de afectos (Gunnar & Quevedo, 2007). O sistema nervoso é modulado pelas experiências de vida, desde o nascimento até à morte. Assim, a ontogénese é um processo activo e interactivo de desenvolvimento, entre a predisposição genética e as experiências no ambiente (*nature/ nurture*) (Glaser, 2000). A natureza da resolução das tarefas e desafios tidos ao longo de vários períodos sensíveis que servem de vulnerabilidade ou oportunidade, vai influenciar o que será integrado nas estruturas cerebrais e contribuir para a adaptação (Glaser, 2000). Assim, o desenvolvimento mental é produto da relação indissociável entre expressão genética, estrutura neuronal, actividade mental, comportamentos, vinculação, experiências de vida e interacções com o meio (Cardoso, 2000).

No momento do nascimento, a grande maioria dos órgãos já estão completamente desenvolvidos, mas o cérebro continua a desenvolver-se ao longo de um período considerado “crítico”, que são os primeiros anos de vida (Ace Reporter, 2006). No entanto, a plasticidade neuronal vai diminuindo com a maturação, que pode ser concebida como uma diminuição estrutural da responsividade do cérebro a novas informações, provenientes da interacção com o mundo (Tucker, 1992).

Segundo Siegel (1999, 2001) o desenvolvimento humano ocorre num ambiente de interacção biológica e social, que resulta de transacções que facilitem a expressão das funções mentais, desde o nascimento até ao fim da vida. Assim, as evidências desta relação que condiciona a arquitectura cerebral, apontam para o que Siegel (1999) denomina de “*neurobiologia interpessoal*”. Segundo este autor, a mente é o resultado da interacção e

comunicação entre as várias estruturas cerebrais e está dependente das experiências interpessoais que o indivíduo vai estabelecendo ao longo da sua vida. Reforçando o modelo de vinculação anteriormente apresentado, Siegel (2001) defende que a qualidade das relações de vinculação dá um importante contributo para a integração neuronal e, conseqüentemente, saúde mental e capacidade de relacionamento com os outros

Se tivermos em consideração a relação entre padrões emocionais e actividade eléctrica cerebral, medida na zona do córtex pré-frontal, há evidências que esta está relacionada com a história de cuidados afectivos e de responsividade da criança (Gunnar & Quevedo, 2007). Os estudos realizados com electroencefalogramas (EEG) mostram que filhos de mães sensíveis e responsivas apresentam maior actividade eléctrica cerebral frontal esquerda associadas a emoções positivas e aproximação, enquanto que os filhos de mães pouco responsivas apresentam maior actividade eléctrica cerebral frontal direita associada a emoções negativas e de medo, com temperamento inibido (Hane & Fox, 2006). Estes resultados sugerem que o funcionamento cerebral relaciona-se com as experiências, e que, em condições normais, podem conduzir a estados de activação que são adaptativos, flexíveis e mais estáveis ao longo do tempo, ao contrário das experiências inadequadas de sensibilidade e responsividade. Verifica-se, portanto, uma relação entre as experiências e a forma como o cérebro se desenvolve, ou seja, as experiências interpessoais precoces afectam a capacidade de auto-regulação emocional, afectando assim o relacionamento interpessoal na idade adulta (Siegel, 2001). Por outras palavras, este autor salienta que a função e estrutura do cérebro são dinamicamente alteradas pela experiência, onde a partilha emocional influencia a activação e actividade neuronal. Portanto, a integração das experiências é um processo dinâmico (com o próprio) e diádico (com os outros), cujo objectivo fundamental é o de facilitar a adaptação e saúde mental.

Do que fica dito, depreende-se assim que, no âmbito das neurociências é defendido que o cérebro se desenvolve na interface entre a experiência e o amadurecimento das estruturas e funções cerebrais (Siegel, 2001). Se as condições de vida foram inadequadas, o stress pode aumentar, assim como podem ocorrer alterações da plasticidade e funcionamento do sistema nervoso (Sapolsky, 2003). A exposição a situações stressantes faz com que a severidade de cada experiência, assim como o seu impacto (directo ou indirecto), não seja independente da capacidade do organismo (Nemeroff et al., 2006). Assim, modular e facilitar o controlo das respostas fisiológicas e comportamentais face aos agentes stressores é uma das funções dos cuidados recebidos pela criança na família-de-origem (Gunnar & Quevedo, 2007). A modulação social positiva das respostas fisiológicas ao stress pode fundamentar o desenvolvimento das competências de regulação emocional (cf. Gunnar & Quevedo, 2007). Ao invés, caso a criança

sofra de negligência, maus-tratos ou outras experiências adversas ao longo do seu desenvolvimento, as hormonas cerebrais (e.g., cortisol) e os neurotransmissores actuam de forma muito diferente do que aquelas crianças que não foram expostas a estes stressores extremos (Ace Reporter, 2006; Dawson & Ashman, 2000).

O cortisol, que é a hormona glucocorticóide essencial para a regulação e suporte das funções vitais do organismo, incluindo o metabolismo, resposta imunitária, stress e homeostase geral (Gunnar & Quevedo, 2007), é regulada por mecanismos de feedback negativo do eixo hipotalâmico – hipófise ou glândula pituitária - adrenocortical (HPA), para se manter num nível óptimo (Glaser, 2000). No entanto, com o stress prolongado da vivência de experiências adversas, o hipotálamo, para além de inibir os neurónios serotoninérgicos, noradrenérgicos e dopaminérgicos, amplifica a produção do factor libertador de corticotropina (CRF), o que induz a hipófise a produzir a hormona adrenocorticotrófica (ACTH) (Abercrombie & Zigmond, 1995; Heim & Nemeroff, 2001). Esta, por sua vez, ao levar à produção de cortisol de forma continuada e, conseqüentemente, ao actuar no cérebro num ciclo contínuo, desequilibra o balanço e/ou recaptação de noradrenalina e serotonina e outros neurotransmissores, aumentando os níveis de glucose, mudando a habilidade com que algumas substâncias químicas passam pela corrente sanguínea e deprimindo a actividade cerebral (Nemeroff, 1998; Cardoso, 2000; Otto, 2006). Estas evidências mostram que o cérebro Humano é afectado pela experiência.

Em termos fisiológicos, há evidências que, principalmente durante infância, a presença de responsividade parental adequada, influencia a resposta do cortisol a agentes stressores (Gunnar & Quevedo, 2007), o que mostra a importância das relações interpessoais desde o primeiro momento. Sabe-se que melhores condições de vida e ambientes ricos e estimulantes têm o potencial de corrigir o impacto das EAI (Gunnar & Quevedo, 2007), tal como se supõe a partir do estudo de Fisher, Gunnar, Chamberlain, e Reid (2000). Estes autores, ao colocarem crianças maltratadas em idade pré-escolar num programa de cuidados adoptivos (que fomentasse estratégias positivas), encontraram melhorias no seu comportamento e na regulação do eixo HPA. Na ausência de apoio e resposta emocional adequada das figuras parentais ao longo do desenvolvimento, os agentes stressores tendem a aumentar a produção de cortisol e distress no indivíduo, com aumento do ritmo cardíaco e activação do eixo HPA de forma continua (cf. Gunnar & Quevedo, 2007).

Como resultado das experiências de stress, aumenta a vulnerabilidade à depressão, que está associada a uma reduzida capacidade de regulação do feedback negativo no eixo HPA (cf. Gunnar & Quevedo, 2007). Na verdade, tem-se verificado que os adultos deprimidos hipersecretam cortisol, apresentando, por isso, valores de cortisol elevados e valores reduzidos

de serotonina, noradrenalina e dopamina (Abercrombie & Zigmond, 1995; Nemeroff, 1998). Consequentemente, ocorre uma hipoactivação do córtex cingulado anterior (responsável pela monitorização de conflitos e que é activado quando confrontado com um desafio que envolve duas ou mais opções de resposta), e do córtex pré-frontal esquerdo (que tem um papel crucial nas funções executivas, tais como representação de objectivos e planeamento), que, por sua vez, levam a uma diminuição da inibição da amígdala (fundamental para a percepção de pistas de ameaça ou perigo e produção de respostas autónomas), enfraquecimento da plasticidade neuronal, e hipoactivação do hipocampo (com um importante papel na codificação e memória), pelo que o resultado global é um estado persistente de afecto negativo (Bellis, Keschavan, Clark, Casey, Giedd, Boring, Frustaci, & Ryan, 1999; Davidson, Piazzagalli, Nitschke, & Putnam, 2002; Pihl & Nantel-Vivier, 2005; Schotte et al., 2006).

As alterações neuroquímicas da actividade cerebral relacionadas com as experiências de stress que facilitam a manifestação da depressão (Otto, 2006) estão, desta forma, relacionadas com alterações nas estruturas cerebrais (e.g., córtex pré-frontal, cíngulo anterior, hipocampo e amígdala), e nos circuitos neuronais que processam a comunicação entre essas estruturas e a respectiva fisiologia (e.g., cortisol, serotonina e noradrenalina) (e.g., Davidson et al., 2002). Alguns destes estudos, segundo Nemeroff e seus colaboradores (2006), podem servir de paradigma para explicar o falhanço na adaptação cerebral ao stress emocional crónico e perturbações depressivas e de ansiedade.

É interessante notar que esta capacidade de regulação do feedback negativo no eixo HPA é reduzida no adulto deprimido com uma história de EAI (cf. Gunnar & Quevedo, 2007). Isto mostra que a neurobiologia da vulnerabilidade emocional no adulto é esculpida pela interacção familiar e social, principalmente durante os primeiros anos de vida, em que de todas as experiências e influências, os cuidadores ou figuras de vinculação são, de longe, a maior fonte de stress ou de defesa contra os agentes stressores que facilitam ou protegem os efeitos das hormonas e neuroquímicos sobre o cérebro (Gunnar & Quevedo, 2007). A concepção de Czéh, Michaelis, Watanabe, Frahm, de-Biurrun, e Van-Kampen (2001) vai neste mesmo sentido para justificar a depressão quando defendem que o stress, a adversidade, desesperança e vulnerabilidade biológica interagem entre si, levando a alterações afectivas que aumentam as concentrações de cortisol, o que, por sua vez, inibe a neurogénese e plasticidade neuronal, e que resulta nos sintomas depressivos. Importa acrescentar ainda que, a propósito das alterações no eixo HPA, a neurobiologia do stress e da depressão, apesar de muito sensível aos contextos de vida e sociais precoces, não é inflexível nem imutável, porque os Seres Humanos mudam pela experiência.

A vulnerabilidade à psicopatologia depressiva não é necessariamente uma consequência exclusiva de um ambiente adverso e EAI precoces, mas antes caracterizada pela combinação da predisposição genética, experiências adversas anteriores, e circunstâncias actuais de stress (Heim & Nemeroff, 2001). Na perspectiva de vulnerabilidade destes autores, as EAI podem activar a vulnerabilidade genética, dando origem a stress e psicopatologia depressiva, o que resulta num fenótipo estável, que induz uma sensibilidade persistente nos circuitos neuronais de resposta a agentes stressores.

O modelo adaptado de Ladd, Huot, Thirivikraman, Nemeroff, Meaney, e Plotsky (2000) mostra uma perspectiva de vulnerabilidade à psicopatologia depressiva pelos efeitos cumulativos da adversidade na interacção entre genética, biologia, experiências e apoio social. Segundo este modelo, que agrupa as várias evidências científicas de vulnerabilidade biológica expostas, a exposição à adversidade ao longo da vida influencia o fenótipo do indivíduo. Consequentemente, as circunstâncias actuais de stress, na interacção com a qualidade do apoio social e estratégias de confronto com os agentes stressores (*coping*), podem induzir ou dificultar o despoletamento da psicopatologia depressiva, acompanhado de alterações fisiopatológicas, a partir da vulnerabilidade de base. Quando os recursos não são suficientes, a consequência poderá ser a má adaptação perante eventos stressores, devido a esta vulnerabilidade resultante do desenvolvimento (ver figura 9).

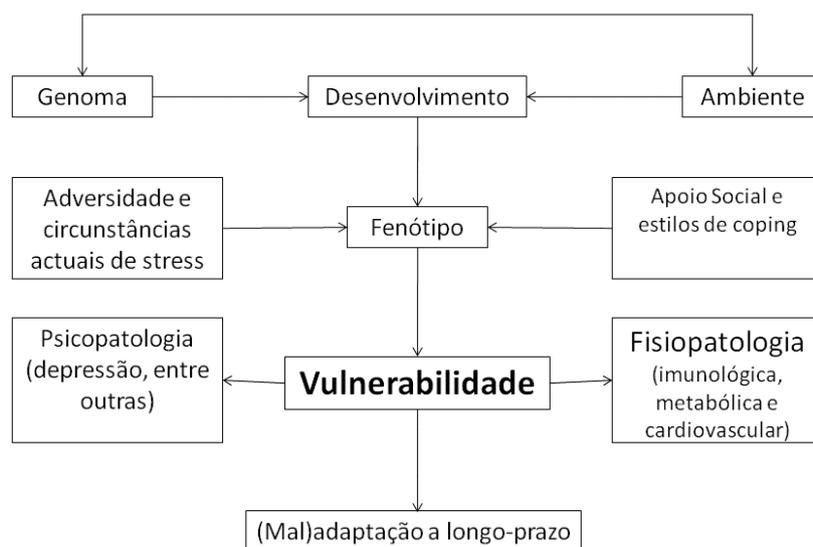


Figura 9. Modelo de Vulnerabilidade à Depressão (adaptado por Heim & Nemeroff, 2001, p.1025)

Ao longo deste ponto, reflectiu-se sobre a perspectiva psicobiológica de vulnerabilidade à depressão no adulto, tentando-se compreender a forma como as experiências de vida influenciam a modulação do desenvolvimento neurobiológico. No entanto, fez-se questão de evidenciar que uma visão neurobiológica poderá servir para justificar a depressão em termos de diagnóstico clínico actual, mas, *per si*, não permite explicar a forma como a depressão se desenvolve. Isto porque, apesar dos dados biológicos poderem ser objectivos, as experiências de vida acarretam a subjectividade resultante de experiências anteriores (intra e interpessoais), que obrigam a ter em consideração outros aspectos que estão associados à vulnerabilidade depressiva, como já foi anteriormente abordado. Por conseguinte, para compreender a vulnerabilidade à depressão é necessário também ter em consideração as adversidades e circunstâncias actuais de stress, assim como o tipo de esquemas cognitivos, de *coping* e de apoio social que caracterizam o indivíduo. Esta aceção integrativa de diátese-stress contribui para compreender a forma como as experiências de vida são preponderantes para a modulação neurobiológica e, concomitantemente, para alterações cognitivas, que, no seu conjunto, facilitam a depressão. Esta perspectiva cognitiva é exposta e analisada no próximo ponto, integrada numa visão de interacção do indivíduo com os seus contextos e relações interpessoais.

4) Perspectiva da Vulnerabilidade Cognitiva da Depressão

Os modelos cognitivos da vulnerabilidade à depressão enfatizam a noção de que esta psicopatologia é caracterizada pela presença de esquemas cognitivos, ou seja, estruturas de pensamento que vão, de alguma forma, influenciar as percepções, as interpretações ou as memórias de cada indivíduo, de forma negativa (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997). Este conceito de “esquemas” tem tido várias concepções terminológicas, nomeadamente de *working-models*, segundo Bowlby (1980), ou *estruturas de significado* (Perris, 1994), e podem explicar que a qualidade depressivogénica dos acontecimentos de vida está fortemente dependente da interpretação individual (e.g., Bifulco & Moran, 1998). Neste sentido, assume-se que a atribuição idiossincrática de significado tem um papel fulcral como variável intermediária que vulnerabiliza à depressão (Schotte et al., 2006).

De acordo com Beck, Rush, Shaw e Emery (1997) estes esquemas disfuncionais na depressão são representações negativas e absolutistas sobre o *self* e sobre as suas relações com os outros, construídas em torno de experiências negativas e de desamparo (por perda ou pelo indivíduo não se sentir amado). Assim, estes esquemas estão relacionados com as opiniões

negativas sobre o *self*, o mundo e o futuro (a chamada Tríade Cognitiva) (Beck et al., 1997), sendo assumido pelo modelo que são estas representações que facilitam as distorções cognitivas e resultam em pensamentos automáticos, deformando as experiências reais, para que sejam percebidas de forma coerente com eles, e 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), abstracção selectiva (ignorar detalhes importantes num contexto), pensamento dicotómico/ absolutista (avaliar os dados da experiência segundo categorias exclusivas), sobregeneralização (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, há um enviesamento no processamento da informação, quer na atenção, quer na recordação, sendo este viés auto-referente negativo (cf. Beck et al., 1997). É interessante notar que o estado de humor negativo tende a enviesar a memória para acontecimentos de vida negativos, não de uma forma generalizada, mas tendencialmente referente às experiências do próprio indivíduo (e.g., Teasdale & Barnard, 1995). Quando deprimido, o indivíduo dá particular atenção às críticas e castigos, ao mesmo tempo que recorda selectivamente acontecimentos de vida negativos. Estes processos facilitam os pensamentos automáticos negativos, e que resulta numa atenção enviesada e memória distorcida do indivíduo, com subestimação das suas competências (cf. Beck et al., 1997; Maia, 2000). Devido a este enviesamento da atenção e da memória, o indivíduo tem tendência para recordar, com muito maior facilidade, perdas e fracassos.

Bower (1981) justifica o enviesamento da recordação com o seu modelo de Rede dos Afectos, devido à relação entre memória e congruência do estado de humor. Neste modelo, são as conexões associativas (denominadas vias) entre os vários conceitos ou nódulos que descrevem os acontecimentos que estão representados na memória. Neste modelo, cada emoção em particular corresponde a um nódulo específico na memória, o qual coaduna outros aspectos da emoção que a ele estão ligados, através de categorias associativas, permitindo a formação de redes semânticas. Se o estado de humor na codificação e na recuperação for o mesmo, então o caminho para a recordação está facilitado (Holmes, 1994). Por isso mesmo, segundo este modelo, é que os acontecimentos de vida stressantes e adversos na idade adulta podem facilitar a recordação de experiências anteriores adversas, contribuindo, assim, para os sintomas depressivos (Ingram & Luxton, 2005).

As emoções, sendo inseparáveis do comportamento e da cognição (e.g., Safran & Segal, 1990), têm as suas raízes assentes nas relações precoces, tendo, por isso, um papel adaptativo ao longo do desenvolvimento, permitindo, conseqüentemente, a aquisição de um conhecimento gradual e palpável do mundo, sendo este integrado na identidade pessoal, formando esquemas emocionais. Estes são definidos como “*representações concretas das experiências específicas, constituídas sobretudo por imagens que incluem padrões de reacções viscerais e motoras que acompanham essas situações*” (Guidano & Liotti, 1983, p. 25). Estes esquemas têm as seguintes funções: a) dar um conjunto básico de reacções em resposta a estímulos afectivos significativos; b) escolher um foco de atenção para pormenores específicos; c) contribuir para a maturidade e diferenciação emocional, na ontogénese; d) contribuir para a estruturação das experiências emocionais. Na depressão, segundo Guidano (1987), os esquemas que definem o padrão depressivo actual é caracterizado por um desenvolvimento marcado por perdas e rejeições, o que faz com que o significado pessoal de solidão se organize em esquemas emocionais, que oscilam entre desespero e raiva, focados nas experiências passadas e actuais.

Numa perspectiva desenvolvimental, constata-se que o concretismo durante a infância, principalmente durante os anos pré-escolares, com que a criança antecipava a organização da realidade, em termos de reacções imediatas de raiva ou tristeza (Guidano, 1987), é a altura onde o *self* é normalmente integrado, pelo que as experiências adversas neste período (abuso físico, sexual, negligência, etc.) aumentam o risco de um *self* fragmentado (Cicchetti & Toth, 2001). Este concretismo infantil dá lugar, na adolescência, a uma nova reorganização da realidade, mais complexa e articulada, devido à emergência de novas capacidades, fruto do desenvolvimento, que promovem, no jovem, um *self* que impõe activamente ordem à realidade (Guidano, 1987). Todavia, face à ocorrência de experiências adversas acumuladas, surge, neste processo, uma outra componente, passiva e de desânimo, induzida pela sensação percebida de isolamento e incontrolabilidade das experiências (Guidano, 1987). Segundo este autor, após um fracasso, o indivíduo deprimido tende a fazer atribuições causais internas, o que, nesta perspectiva, constitui um processo de ajustamento entre as duas componentes anteriormente referidas (concretismo e nova reorganização da realidade), já que a pessoa descentra a incontrolabilidade da avaliação imediata e negativa da realidade típica da sua infância e concentra-a em aspectos percebidos do seu próprio *self*. Ao fazê-lo, o *self* torna-se compulsivamente mais diferenciado, no sentido de que a pessoa sente, cada vez mais, que tem de se esforçar, *per si*, contra a negatividade das suas experiências, para evitar a sensação de isolamento e de abandono (Guidano, 1987). De facto, sabendo que a tristeza e o abandono são sempre acompanhados de raiva, espera-se que a pessoa que viveu experiências adversas

precoces e intensas de perda reaja com raiva perante novas perdas, produzindo, conseqüentemente, rejeições, as quais, por sua vez, lhe confirmam o seu sentido de incontrolabilidade das perdas (Guidano, 1987), tornando-se num indivíduo vulnerável à depressão no adulto.

Estes modelos podem explicar como é que surgem vulnerabilidades perante acontecimentos actuais para a depressão no indivíduo, devido aos acontecimentos negativos ao longo do desenvolvimento. Por um lado, enquanto que a vulnerabilidade actual pode ser devida à insistência para interpretar a perda e a solidão como resultado incontrolável da sua negatividade percebida ao longo do tempo, facilitando a depressão, por outro lado, os acontecimentos actuais poderiam ser interpretados num sentido mais abstracto, o que permitiria relativizar e compreender o problema como parte integrante da vida de qualquer Ser Humano (Guidano, 1987). Um indivíduo adulto com tendência para a depressão tem predisposição para perceber como perda ou desapontamento os acontecimentos de vida negativos, tais como: separação ou ameaça de separação; doença ameaçadora da vida de alguém próximo; mudança ou ameaça de mudança de residência; perceber, pela negativa, que alguém próximo não é quem se mostrava ser; ou ainda, uma mistura de crises de vários elementos de perda (ex. divórcio, sentir-se a mais no trabalho, etc.) (Guidano, 1987).

A perda exige, assim, uma tentativa de adaptação à situação, que se não for eficaz, conduz à depressão. Podemos, por isso, encarar a depressão como a tristeza fora de controlo (Wolpert, 2000). A depressão pode, pois, ser percebida como uma reacção que decorre da incapacidade de lidar com qualquer tipo de perda, sendo esta permanente, material ou conceptual (Welling, 2003). Beck e seus colaboradores (1997) argumentam que a depressão está invariavelmente ligada à noção de perda irreparável.

Para uma melhor compreensão do modelo de desenvolvimento da estrutura depressiva até à idade adulta, com base nos trabalhos de Guidano (1987), consideremos a figura 10:

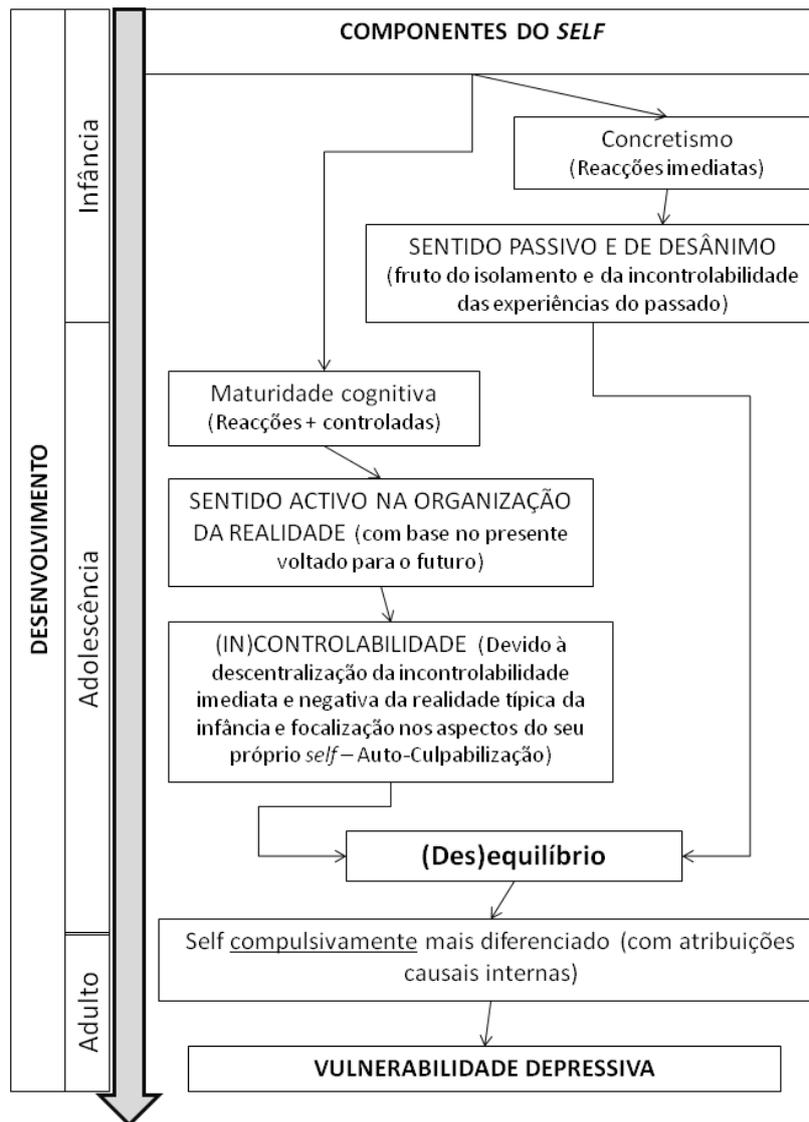


Figura 10. Desenvolvimento da vulnerabilidade depressiva do self (tendo como base os trabalhos de Guidano, 1987)

O equilíbrio entre estas duas componentes contraditórias da percepção do self, devido à atribuição da falta de controlo das experiências a um traço percebido e interno – que conduz à auto-culpabilidade –, constitui, neste modelo, o trilho do desenvolvimento de uma estrutura vulnerável à depressão. Caso contrário, se a organização cognitiva interna dependesse de atribuições negativas externas, o indivíduo percebia-se como abandonado por um mundo adverso e rejeitante, o que tenderia a conduzir a uma estruturação paranóide e rejeitante, ou seja, psicótica da personalidade (Guidano, 1987). Todavia, sabe-se que alguns indivíduos, face à perda, não desenvolvem depressão, uma vez que têm competências que lhes permitem ultrapassar a situação (e.g. Zuckerman, 1999). Independentemente do rumo de qualquer uma destas componentes, faz parte do Ser Humano a necessidade de dar uma lógica de organização

às suas experiências para conseguir viver ligado à realidade. Pelo exposto, depreende-se, assim, que a personalidade é moldada pelas experiências vividas ao longo da vida, pelo que a vulnerabilidade tem a ver com o acumular de experiências adversas de forma crónica (e.g., Johnson et al., 1999).

De um ponto de vista da vulnerabilidade cognitiva, podemos conceber, então, que, na depressão, a vulnerabilidade assenta em dois tipos de processos que ocorrem em interacção mútua: o primeiro de acordo com o modelo de Beck e seus colaboradores (1997), a par dos esquemas não conscientes, num nível cognitivo consciente, com uma visão negativa de si próprio, do mundo e do futuro, e o segundo de acordo com o modelo de Guidano (1987), num nível claramente inconsciente, caracterizado por instabilidade afectiva e pouco controlo cognitivo, com origens nas experiências anteriores (devido à impossibilidade de uma estruturação cognitiva mais adequada), e que está directamente relacionado com a alternância contínua entre a apatia/ inércia e comportamentos auto-destrutivos, devido à impulsividade, desespero e raiva continuamente presentes, influenciados pelas experiências anteriores.

Numa outra perspectiva cognitiva, que articula as variáveis biopsicossociais com as culturais, Perris (1994) propôs um modelo de vulnerabilidade cognitiva individual à psicopatologia, onde se concebe a vulnerabilidade à psicopatologia como uma condição epigenética que depende das transacções entre o sujeito e o meio, ao longo do ciclo de vida (ver figura 11). A epigénese reflecte, portanto, a relação bidirecional entre todos os níveis dos fatores biológicos e da experiência (Cf. Perrotti & Manoel, 2001). Esta visão em Psicologia é caracterizada pelo paradigma epigenético que abrange a psicologia piagetiana e a biologia, pode ser concebida pelos seguintes aspectos (Almeida & Falcão, 2008): (a) o desenvolvimento ocorre por epigénese, processo em que a experiência ambiental dos organismos entra como influência formativa necessária, não ocorrendo nenhuma pré-formação ou pré-determinação dos genes; (b) as mudanças evolutivas são iniciadas por mudanças desenvolvimentais; (c) estas mudanças desenvolvimentais não são aleatórias, sendo determinadas pela dinâmica do próprio sistema epigenético; (d) as mudanças desenvolvimentais podem ser assimiladas pelo novo sistema organismo/ambiente como um todo, ajustando os seus parâmetros para uma futura evolução; (e) a epigénese tem uma actuação na mediação entre o nível biológico e o psicossocial, integrando-se ambos num todo estrutural e funcional; (f) o desenvolvimento e a evolução são processos contínuos e dinâmicos, onde o organismo participa activamente em dar forma à sua própria história desenvolvimental.

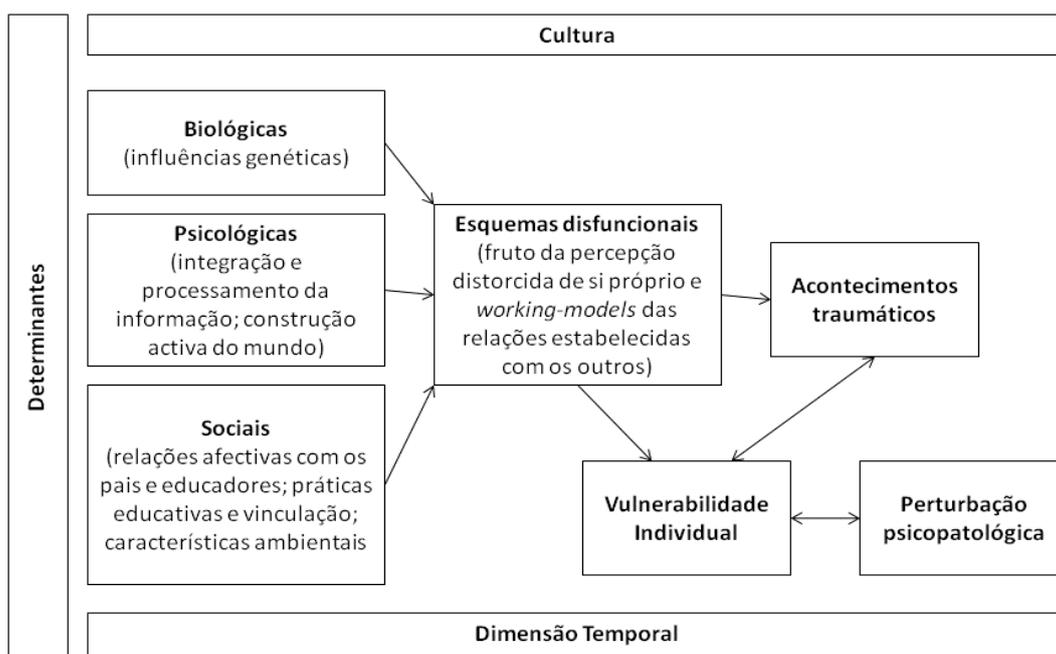


Figura 11. Modelo da Vulnerabilidade Cognitiva Individual (Perris, 1994)

Ao contrário dos modelos anteriores, que valorizavam pouco a influência do sujeito no seu meio, e em que a depressão é uma consequência das experiências de vida, este modelo de Carlos Perris (1994), considera a relação dinâmica e sinérgica entre o indivíduo e o seu meio, pelo que este modelo de vulnerabilidade individual traz, segundo Canavarro (1999b), uma nova abordagem à questão das relações afectivas e saúde mental, devido à sua: a) perspectiva multifactorial, pois assume a vulnerabilidade à psicopatologia, por causa de características biológicas, da construção de percepções e esquemas disfuncionais acerca de si próprio e do meio; b) perspectiva desenvolvimental; c) visão integrada e operacional do conceito de vulnerabilidade. Assim, nesta dinâmica entre o mundo interno intrapessoal e externo interpessoal, há um contexto desenvolvimental que abrange não só uma perspectiva cognitiva, mas também afectiva, pois as cognições estão dependentes das emoções (e.g., Williams, Watts, Macleod, & Mathews, 2000; Monteiro, 2007).

Tendo em atenção que o funcionamento cognitivo depende da interacção entre os contextos emocionais e a acção, e recorrendo a outra perspectiva, como a de Guidano (1991), que integra a psicologia cognitiva, a psicologia do desenvolvimento e a teoria das emoções, Safran e Segal (1990) propuseram um modelo que valoriza a motivação, que não era tida em conta nas abordagens cognitivas anteriores (Canavarro, 1999b). Neste modelo a emoção tem uma função adaptativa, que funciona como um sistema motivacional primário, cujo desenvolvimento é mediado pelo sistema de vinculação. Assim, após a internalização das

experiências, são criados os esquemas interpessoais, cuja funcionalidade e adaptabilidade facilita ou protege o indivíduo para a psicopatologia, em face de um evento indutor de stress (Safran & Segal, 1990).

Perante os acontecimentos indutores de stress, as estratégias (psicológicas ou comportamentais) que a pessoa usa para reduzir a ansiedade e recuperar a sensação de segurança interpessoal – as chamadas *Operações de Segurança* (conceito introduzido por Sullivan, 1953, cit. Safran & Segal, 1990) –, estão dependentes desses esquemas interpessoais próprios, onde as expectativas criadas influenciam o ambiente, devido à acção exercida sobre ele, tornando-se num ciclo vicioso. Como as expectativas estão desajustadas, a pessoa recorre a operações de segurança desadequadas, levando-a a ciclos cognitivos interpessoais disfuncionais que resultam na psicopatologia (Safran & Segal, 1990). Esta perspectiva vai de encontro ao que postulava Guidano (1987), onde se defendia que quando um indivíduo viveu experiências precoces e intensas de perda, é expectável que reaja com raiva perante novas perdas, levando-o a rejeições que lhe confirmam o seu sentido de incontrolabilidade das experiências (e.g., um indivíduo que tem medo e esconde os sentimentos de tristeza, pensando que, se o mostrar, afasta os outros, acaba por afastá-los, precisamente porque não os mostrou) (ver figura 12).

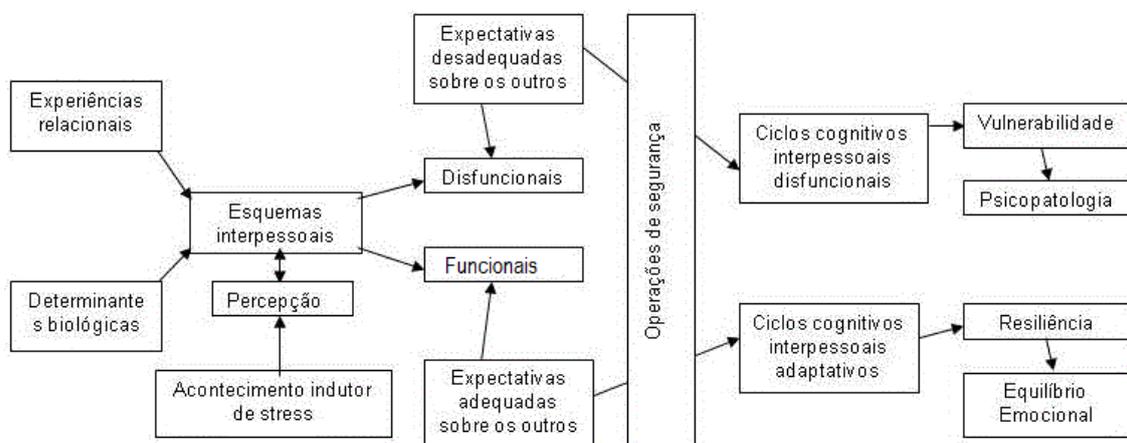


Figura 12. Modelo geral de saúde mental segundo os esquemas e ciclos interpessoais (baseado nos trabalhos de Safran e Segal, 1990)

Para além da psicologia cognitiva evidenciar que a psicopatologia está associada a enviesamentos mnésicos, atitudes disfuncionais e esquemas rígidos sobre a própria pessoa, este modelo de Safran e Segal (1990) mostra que as expectativas rígidas sobre a qualidade das relações interpessoais, criadas em função dos esquemas construídos ao longo do desenvolvimento, é um factor de vulnerabilidade à depressão na idade adulta.

Em suma, a perspectiva cognitiva de vulnerabilidade à depressão no adulto evidencia que são as experiências ao longo do desenvolvimento que moldam os esquemas que o indivíduo tem sobre si próprio e do mundo que o rodeia. Contudo, este modelo cognitivo, apesar das suas vantagens na explicação da forma como a depressão se desenvolve e mantém, não consegue explicar, de forma cabal, a questão da etiologia da depressão (e.g., Beck et al., 1997; Bahls, 1999). Como se verificou nesta perspectiva cognitiva, estas representações dependem da interacção com os outros, pelo que as redes de apoio social e a qualidade das mesmas são fundamentais para a compreensão da depressão. É por isso que, de seguida, complementam-se as perspectivas que até aqui foram desenvolvidas, alargando o espectro das influências das experiências anteriores ao contributo do apoio social face à adversidade actual, para a vulnerabilidade à depressão no adulto.

5) A relação entre o Apoio Social no adulto e a Depressão

O estudo do apoio social aumentou significativamente a partir da década de 1970, tendo em particular consideração a relação entre apoio social e os indicadores de presença/ausência de diversas doenças, bem como com as previsões de diagnóstico e recuperação do indivíduo (cf. Resende, Bones, Souza, & Guimarães, 2006). Como os modelos até agora revistos atestam que o Ser Humano se desenvolve através das experiências de interacção, primeiro com as figuras de vinculação numa relação tendencialmente diádica (geralmente os pais) na primeira infância, e depois com outros elementos dos sistemas que integram a rede social do indivíduo e que fazem parte do ambiente à sua volta, nomeadamente escola, grupo de pares, comunidade, etc..

De um ponto de vista conceptual, segundo Resende e seus colaboradores (2006), assume-se que as relações sociais ao longo do ciclo vital guardam entre si relações hierárquicas, o que lhes confere características de rede. O significado da rede de relações sociais (que constitui o apoio social existente) relaciona-se com a avaliação que a pessoa faz sobre a natureza das suas relações (tais como formais vs. informais, com familiares vs. amigos, íntimas vs. distantes), bem como o grau em que estas atenuam ou resolvem as suas necessidades. Assim, o apoio social está também dependente da quantidade de pessoas que fazem parte da rede social, do tipo de interacção que essas pessoas proporcionam (e.g., afectiva, informativa ou instrumental) e do grau de desejabilidade dos relacionamentos e das interacções (e.g., livre escolha vs. compulsivas, agradáveis vs. desagradáveis, funcionais vs. disfuncionais) (Capitanini, 2000). A estabilidade e tamanho da rede social tende a ser mantida ao longo da vida, assim como o grau de importância dos seus elementos e componentes (Nogueira, 2001).

No adulto, as relações sociais são interações habitualmente frequentes, dinâmicas por natureza, com durabilidade limitada no tempo e caracterizada por um determinado padrão, e que abrangem sentimentos positivos e negativos, percepção de si próprio e do outro, graus variados de envolvimento afectivo e inúmeras interações (Erbolato, 2001, cit. Resende et al., 2006). Desta forma, são vários os tipos de relações sociais que o adulto pode estabelecer, entre as quais as relações amorosas, relações com os amigos e relações com conhecidos (cf. Canavarro, 1999b), que são influenciados pelas características do indivíduo e da situação, e que interferem no bem-estar e na sua saúde global (Resende et al., 2006). Segundo Lee (2008), podemos conceber o apoio social estruturado segundo camadas de proximidade das relações interpessoais, nomeadamente: camada externa (laços comunitários); camada intermediária (laços nas redes sociais, tais como amigos, colegas de trabalho, entre outros); camada interna (laços íntimos). De acordo com o mesmo autor, a qualidade da proximidade das relações interpessoais, segundo esta estrutura, com os elementos das redes sociais a que pertence, afecta a vulnerabilidade do indivíduo aos agentes stressores.

A existência de apoio social é importante para o indivíduo em todo o ciclo vital, apesar das relações sociais terem pesos diferentes de acordo com o momento de vida (Feldman, Papalia & Olds, 2001), estando também dependente do género, do estado civil, da presença ou da ausência de filhos, do meio sócio-económico, da personalidade, de questões culturais, educacionais e políticas e do contexto como um todo (Resende et al., 2006). Segundo Nogueira (2001), as relações sociais estabelecidas com os elementos da rede de apoio social contribuem para o desenvolvimento do *self*, dando sentido às experiências, podendo oferecer um importante apoio na adaptação, através da gestão das emoções, de orientação afectiva e cognitiva e de retro-informação.

O apoio social é definido como o grau em que as necessidades sociais básicas (afiliação, afecto, pertença, aprovação, etc.) são satisfeitas pela interacção com os outros, caracterizando-se, assim, num sistema de relações formais e informais, que servem para enfrentar situações geradoras de tensão emocional, onde o indivíduo recebe três tipos de apoio (e.g., Thoits, 1985; Griep, Chor, & Faerstein, 2003; Carvalho, Lavouras, André, & Silva, 2004), nomeadamente:

1) Sócio-emocional (e.g., para aprovação, apoio, segurança, com simpatia, aceitação e estima de pessoas afectivamente significativas que visam a melhoria do bem-estar);

2) Material ou instrumental (e.g., ter conselhos, ajuda prática com familiares, apoio no trabalho ou financeiro, para ajuda concreta em termos de serviços específicos ou para prestação ou troca de bens tangíveis);

3) Informativo (e.g., para informações e conselhos de forma a facilitar e melhor compreender os problemas).

Assim, o apoio social está assente na reciprocidade entre os elementos da rede social, em que o indivíduo dá para também receber, uma vez que ao contribuir para o bem-estar dos outros (acreditar, cuidar, amar, estimar e valorizar) e, ao permitir que os outros contribuam para o seu bem-estar e valorizem a sua pessoa, com obrigações e relações mútuas e comuns, há benefícios evidentes para o equilíbrio mental (Carvalho et al., 2004). A rede social é entendida como o grupo de pessoas, membros da família, vizinhos, amigos ou outras pessoas susceptíveis de trazer a um indivíduo ou a uma família uma ajuda e um apoio real e durável (Goes, 2004). O apoio social percebido ou a noção individual do que é o apoio social, refere-se a avaliação generalizada que o indivíduo faz dos vários domínios da sua própria vida em relação aos quais julga que é apreciado e que lhe reconhecem valor, assim como também à avaliação que faz da disponibilidade dos outros que lhe estão próximos e da possibilidade de a eles recorrer, quando necessitar (Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, Ramos, Carvalhosa, Dias, & Gonçalves, 2003).

Importa salientar também que o apoio social no adulto está associado às características de vinculação do indivíduo e à sua história de desenvolvimento, havendo estudos que evidenciam que os contextos e experiências tidas na infância predizem o tipo de apoio social adulto. Neste sentido, Liem e Boudewyn (2000) num estudo com 687 estudantes adultos, mostraram o número de maus-tratos e perdas ao longo do desenvolvimento prediz um pior funcionamento social no adulto. Num outro estudo de Danese, Moffitt, Harrington, Milne, Polanczyk, Pariante, Poulton e Caspi (2009), com 1037 sujeitos acompanhados longitudinalmente durante 32 anos, constatou-se que as experiências adversas vividas na infância, para além de estarem associadas a um maior risco de depressão, são um importante factor de risco de isolamento social na idade. Também Maier e Lachman (2000) verificaram que as experiências na infância perda ou separação parental está associado e prediz menores relações sociais no adulto e maior sintomatologia depressiva. Estes estudos, na sua globalidade, evidenciam que as experiências adversas vividas na infância são preditoras de um menor apoio social no adulto.

Quando se analisa a relação entre apoio social e emoções, há amplas evidências científicas das vantagens do contributo do apoio social. Neste sentido, é sabido que as pessoas que se relacionam com outras tendem a ter mais hábitos saudáveis, pelo que a interacção e a ajuda (dada ou recebida), contribui para o aumento de um sentido de controlo pessoal, com uma influência positiva no bem-estar psicológico (Ramos, 2002). Num estudo realizado por Resende e seus colaboradores (2006) com 90 participantes, que avaliava as redes de relações

sociais e a satisfação de vida em adultos e idosos, as pessoas que apresentaram maior satisfação com a vida hoje são aquelas que receberam mais apoio sócio-emocional ou afectivo, e aquelas que tinham mais apoio instrumental, acreditavam que estariam mais satisfeitas no futuro. Outros autores mostraram que o apoio social também reduz o isolamento e aumenta a satisfação da qualidade de vida (Carvalho et al., 2004), contribuindo para a minimização do stress (Feldman, Papalia, & Olds, 2001), funcionando como um amortecedor de stress, capaz de proteger de estados patológicos e prevenir doenças do foro mental (Carvalho et al., 2004).

São vários os estudos empíricos que têm vindo a testemunhar os efeitos do apoio social na depressão, quer em amostras clínicas, quer comunitárias (e.g., Cronkite & Moos, 1995). O apoio social e, em particular, o apoio sócio-emocional é uma variável crucial como o principal discriminador entre os grupos deprimidos e de controlo (Canavarro, 1999b), assim como é um factor significativo para minimizar o risco de depressão, uma vez que reduz a ansiedade e aumenta a capacidade da pessoa para lidar com a adversidade ou situações stressantes (Feldman, Papalia & Olds, 2001; Silva et al., 2003; Carneiro, Falcone, Clark, Prette & Prette, 2007).

As redes sociais vão variando ao longo da vida e o tipo de apoio social que cada indivíduo procura é também variável consoante os eventos de vida com que se depara. Neste sentido, quer os eventos de vida, quer o apoio social existente, tendem a influenciar a depressão, tal como se constata no estudo longitudinal de Leskelä, Rytälä, Komulainen, Melartin, Sokero, Lestelä-Mielonen e Isometsä (2006), sobre a relação entre o apoio social e depressão, com 193 pacientes deprimidos, avaliados em três momentos. Estes autores avaliaram adultos deprimidos com o diagnóstico de Perturbação Depressiva Major, analisando os acontecimentos de vida recentes e o apoio social no momento da admissão ao estudo, e 6 e 18 meses depois. Os resultados evidenciaram que a severidade dos acontecimentos de vida e o apoio social percebido influenciam significativamente o quadro de depressão, sendo o apoio social um importante preditor do risco desta psicopatologia.

Num estudo transversal sobre depressão e apoio social em adolescentes e jovens adultos (Cordeiro, Claudino, & Arriaga, 2006), com 262 participantes, avaliados com uma escala de suporte social e um inventário de depressão, verificou-se que o nível de humor depressivo é tanto maior quanto menor o apoio social do indivíduo. Também George, Blazer, Hughes, e Fowler (1989) já tinham chegado a esta evidência quando avaliaram longitudinalmente, em três momentos (aos 6 e 32 meses após o primeiro momento), 150 participantes adultos de meia-idade. Estes autores verificaram que o tamanho da rede social e o apoio social percebido foram importantes preditores de depressão nos momentos posteriores, sendo o apoio social percebido

o mais importante preditor para Perturbação Depressiva Major (mais em homens do que em mulheres). Outros estudos vão no mesmo sentido, tal como se constata nos trabalhos de Ezquiaga, García, Pallarés, e Bravo (1999). Estes autores examinaram 90 adultos deprimidos em três momentos (admissão, 6 meses e 12 meses) e avaliaram a persistência e gravidade da sintomatologia depressiva, personalidade e o apoio social. Os seus resultados evidenciaram que a perturbação depressiva com remissão parcial ou sem remissão (tornando-se crónica) está associada a baixa satisfação com o apoio social percebido.

Stice, Ragan, e Randall (2004) comprovaram que o apoio social percebido é um importante preditor da gravidade da depressão num estudo longitudinal com 496 mulheres jovens adultas. Neste estudo, o apoio social foi um factor preditor de sintomas depressivos e do diagnóstico de depressão, particularmente a ausência de apoio parental. Para além disso, os sintomas depressivos iniciais influenciaram e predisseram a diminuição do apoio do grupo de pares, mas não do apoio parental. Estes resultados vão de encontro à concepção de que o apoio social diminui o risco de depressão, mas sugere que este efeito pode ser específico do apoio parental durante a adolescência. Um outro importante contributo evidenciado neste estudo é o facto de que a depressão provoca a erosão dos apoios sociais existentes, podendo reduzir a qualidade e quantidade de apoio social, e, conseqüentemente, agravar os sintomas depressivos.

Para além da presença ou ausência de apoio social, se considerarmos a qualidade das relações interpessoais estabelecidas nas redes sociais que o indivíduo tem, de acordo com as três camadas estruturais de apoio social propostas por Lin, Nan, Ye e Ensel (1999), depreende-se que o impacto do apoio depende da camada estrutural que é afectada ou que está disponível de acordo com as necessidades do indivíduo. Numa investigação longitudinal de Lee (2008), com 3.617 indivíduos maiores de 25 anos, os resultados evidenciaram que um apoio social negativo de um parceiro ou esposo (camada interna) está positivamente associado a depressão, ao passo que o apoio social positivo nestas relações íntimas está negativamente associado à depressão. Isto mostra que quanto melhor o apoio social, menor a vulnerabilidade à depressão no adulto. Mesmo que um dos parceiros sofra de depressão, o apoio social do outro parceiro conjugal tem um importante efeito positivo na recuperação da depressão. Numa investigação longitudinal de Parker e Ritch (2001) com 82 participantes, os resultados evidenciaram que uma relação funcional e íntima com o parceiro tem um importante efeito na melhoria da severidade da depressão. Assim sendo, quanto maior a proximidade com os elementos com quem se estabelece relações interpessoais íntimas, menor é a vulnerabilidade do indivíduo à depressão.

Importa acrescentar que o próprio curso da depressão é também influenciado pela existência e tipo de apoio social existente em torno do indivíduo. Wildes, Harness, e Simons (2002) avaliaram 32 pacientes deprimidos, no momento da admissão e um ano depois. Os seus resultados indicaram que o número de relações interpessoais era um preditor mais importante para o curso de depressão do que os acontecimentos de vida *per si*, pelo que se constata que um apoio social insuficiente é um forte preditor de sintomatologia depressiva acentuada. Torna-se, por isso, importante analisar sistematicamente a qualidade das relações interpessoais nas redes sociais de cada indivíduo por forma a prevenir o surgimento ou agravamento da depressão adulta.

É de salientar também que a depressão é uma psicopatologia que compromete o estabelecimento ou recurso às relações interpessoais, na medida em que o humor depressivo e perda de interesse reduzem a vontade em interagir com os outros elementos da sua rede de apoio social. Neste sentido, Paykel (2007) verificou que o apoio social pode ser determinado pelo próprio comportamento do indivíduo deprimido, estando o afastamento da rede de apoio associada ao surgimento e mais recaídas na depressão. A procura de apoio dos outros está associada ao grau de apoio social existente, tal como se constata num estudo com 53 pacientes adultos hospitalizados (Knisely & Northouse, 1994). Neste estudo, o grau de apoio social foi tanto menor quanto menor o comportamento de procura de ajuda do indivíduo, o que corrobora a ideia de que o humor depressivo compromete o apoio social.

Por último, também numa rede de apoio social tanto a procura do indivíduo dos outros como a procura destes pelo indivíduo, assim como a qualidade desse apoio, define um adequado equilíbrio nas relações de apoio. Se o apoio existente for apenas para discutir, debater e co-ruminar sobre os problemas existentes o resultado é a manutenção ou aumento da sintomatologia depressiva (Rose, Carlson, & Waller, 2007). Segundo estes autores, a co-ruminação é a tendência para ficar a falar com alguém em demasia sobre os problemas e na partilha das emoções negativas. Neste estudo com 813 estudantes, constataram que apesar da co-ruminação aumentar o sentimento de proximidade com os outros, aumentou a sintomatologia depressiva e ansiosa, o que, por sua vez, aumentou a co-ruminação.

Do que foi exposto, o apoio social na vida adulta parece constituir um importante factor protector ou de vulnerabilidade à psicopatologia depressiva no adulto, o que mostra a importância das relações interpessoais e a sua manutenção ao longo da vida. Assim, o apoio social tem um significativo impacto na prevenção da depressão ou redução dos sintomas depressivos, o que contribui para uma menor vulnerabilidade a este tipo de psicopatologia no adulto. Contudo, *per si*, a perspectiva do apoio social não consegue justificar o modo como as experiências condicionam os esquemas cognitivos, nem a forma como estes são explicados pelo desenvolvimento neurobiológico, pelo que só uma visão integrativa e abrangente de todas estas áreas permitem compreender, na realidade, a vulnerabilidade à psicopatologia depressiva.

6) Considerações Finais

Este capítulo faz uma compilação das principais conceptualizações teóricas e modelos de vulnerabilidade à depressão no adulto, segundo várias perspectivas. Desta forma, apesar da pessoa poder deprimir como resposta a stressores actuais, as conceptualizações apresentadas sugerem que as fragilidades presentes nas características pessoais são produto das experiências acumuladas ao longo da vida, as quais estão na base da vulnerabilidade à psicopatologia depressiva adulta. Porém, tal abrangência teórica explicativa não deve ser interpretada como definitiva, mas antes como parcial e mutável, uma vez que novos conhecimentos emergirão, os quais, confirmando-se, ampliarão, ou até modificarão, as noções apresentadas. A partir da revisão efectuada, percebe-se que a etiologia da depressão é multidisciplinar e multifactorial, em que as respostas obtidas na investigação de cada perspectiva colocam novos desafios aos investigadores. Torna-se, portanto, imperativo que a investigação científica desenvolva e integre multidisciplinarmente as suas hipóteses, reunindo factores biológicos, desenvolvimentais, cognitivos e sócio-ambientais.

Os vários modelos explicativos da depressão no adulto apresentados, quer estejam assentes numa perspectiva de vinculação, psicobiológica, cognitiva ou de apoio social, têm uma premissa transversal, nomeadamente a ideia de que a vulnerabilidade é justificada pelos efeitos cumulativos dos eventos ao longo da vida face a eventos stressantes. Neste sentido, a concepção de diátese-stress é aquela que, de forma mais capaz, agrupa todos os modelos apresentados e que melhor justifica a vulnerabilidade à psicopatologia depressiva (e.g., Brown & Harris, 1978; Turner et al., 1995; cit. Kubiak, 2005; Gathercole, 2004).

Do que fica dito, a concepção de desenvolvimento apresentada engloba o normal desenvolvimento ou evolução biológica (própria de todo o Ser Humano) e o contributo próprio das experiências individuais e cumulativas (ideossincráticas do indivíduo). Este desenvolvimento está, portanto, dependente das relações interpessoais (ex. apoio social), as quais interagem com a evolução biológica da pessoa. Por isso, esta perspectiva de diátese-stress é uma concepção integrativa e transversal aos vários modelos apresentados (e não exclusiva), na medida em que são os efeitos cumulativos das experiências, desde o nascimento até à morte, que vulnerabilizam (ou tornam resiliente) os padrões de funcionamento biológico e cognitivo, com consequências e dependências das relações de vinculação e apoio social. É nesta concepção de desenvolvimento cumulativo que cada indivíduo contrói a sua história, cujas experiências vão marcando o presente pelo passado, com consequências para o futuro. Por outras palavras, é nas interações com o mundo e pelas relações interpessoais que o indivíduo se constrói, desenvolve e altera, tornando-se resiliente ou vulnerável à depressão.

Como conclusão da parte teórica deste trabalho, estão reunidas as evidências empíricas e as conceptualizações teóricas e explicativas da vulnerabilidade à depressão no adulto, por forma a melhor compreender o fenómeno da psicopatologia depressiva à luz das experiências anteriores. Desta forma, a vulnerabilidade resulta da interação entre a predisposição genética e a biologia com as experiências individuais na relação com o mundo ao longo da vida.

Uma das questões metodológicas centrais quando se estuda a relação entre experiências de vida e perturbação actual é o facto de se recorrer a metodologias retrospectivas, que se baseiam no relato que os sujeitos fazem das suas experiências de vida. O próximo capítulo, último desta revisão teórica, revê algumas destas questões que serão relevantes para os estudos que integram a segunda parte deste trabalho.

CAPÍTULO 4

Fiabilidade do relato de experiências autobiográficas em função do Humor

Quando alguém relata acontecimentos vividos, torna-se difícil saber se os indivíduos estão a responder a estas questões baseadas nas suas memórias de quando eram crianças, ou se estão a basear-se em julgamentos e sentimentos actuais sobre os comportamentos que os seus pais tinham com ela quando era criança. A propósito deste assunto, nos últimos anos, o estudo sobre a influência do humor, fidelidade e estabilidade do relato das experiências vividas têm sido objecto de muitas investigações científicas.

As investigações ao longo do século XX permitiram conceptualizar a memória como um conjunto de sistemas estreitamente interdependentes, cujas estruturas e funcionamento permitem o registo dos aspectos fundamentais das relações com o meio exterior, permitindo construir e manter representações mnésicas duradouras, usadas na evocação de experiências passadas (Fernández & Díez, 2001). Assim, a recordação é uma actividade essencialmente reconstrutiva, assente numa dinâmica constante e transitória, relacionada com as representações mnésicas internas e com as características da situação em que se recorda (e.g., Schacter, 1995). A ocorrência de erros ou distorções de memória é a prova da falibilidade e fragilidade da memória humana, muito provavelmente, porque se trata de um processo reconstrutivo (Fabiani, Stadler, & Wessels, 2000; Monteiro, 2007).

Os instrumentos de avaliação dos cuidados recebidos na família-de-origem medem memórias de experiências familiares, não medindo, directamente, aspectos de acontecimentos passados, nem sequer fornecem uma medida de avaliação da fidelidade destas memórias (Melchert & Sayger, 1998). No entanto, a investigação sobre a fidelidade das memórias de infância é directamente relevante para a avaliação da validade dos relatos obtidos com estes instrumentos.

São vários os enviesamentos cognitivos, quer devido à percepção, quer ao humor, que afectam muitos tipos de medidas psicológicas. Contudo, a evocação e percepção pessoal das experiências de infância estão sujeitas a vários tipos de distorção, devido à natureza fortemente íntima e emocional dessas experiências, assim como do contexto em que são recordadas. Há, portanto, duas perspectivas que podem ser aplicadas na avaliação da validação destes relatos. A primeira, refere-se ao quão semelhante uma memória evocada corresponde a um evento vivenciado (o grau de veracidade da memória autobiográfica), e a segunda, tem a ver com a

validade e o grau de confiança com que a pontuação de um instrumento avalia as memórias de um indivíduo relativamente à sua real experiência e compreensão dessas memórias.

Desta forma, em termos de conceptualização teórica ou de investigação, é importante saber qual o grau de veracidade das memórias autobiográficas. Numa perspectiva empírica ou clínica, a importância de determinar a validade dessas memórias é acrescida, principalmente porque a visão subjectiva das memórias armazenadas, mesmo que distorcidas ou erradas, têm um impacto bastante significativo no funcionamento psicológico e comportamental (e.g., Loftus, Feldman, & Dashiell, 1997; Fabiani, Stadler, & Wessels, 2000). Ainda nesta perspectiva, é importante salientar a complexidade envolvida na validação do relato das experiências tidas na família-de-origem. Para eventos discretos, que são mais objectivos, é mais fácil testar a sua validade, examinando a evocação e outras descrições do mesmo evento (e.g. cruzar relatos do sujeito com relatos dos pais ou irmãos do mesmo acontecimento). Mas, para muitas interacções complexas entre os membros e acontecimentos familiares, esse exame é praticamente impossível até agora. Numa análise mais atenta, mesmo para os eventos discretos, a congruência entre os elementos consultados não confirma,, necessariamente, a veracidade do relato da experiência, pois pode haver uma distorção colectiva do mesmo evento (por influência do grupo, da família, do modelo educativo, social ou cultural). Pode-se também dizer o mesmo quando se encontram diferenças nesses elementos consultados, pois as incongruências não significam, necessariamente, ausência de veracidade do relato da experiência, uma vez que as pessoas podem ter perspectivas diferentes da mesma situação. Assim, a pessoa evoca a sua verdade a partir da forma como estruturou e organizou as suas experiências vividas ao longo da sua vida, o que, conseqüentemente, e segundo Carl Rogers (1961), pode até significar que não existe nenhuma fonte objectiva ou critério externo real para comparar e avaliar a veracidade e/ou fiabilidade da memória humana.

É grande a quantidade de investigações assim como também as experiências do dia-a-dia que evidenciam que a memória é muitas vezes distorcida e imprecisa (Lindsay & Read, 1994; Schacter, 1995). No campo da psicologia cognitiva, é sabido que a memória humana, como processo mnésico complexo e reconstrutivo de experiências, é afectada por diversos factores tais como o conhecimento e crenças, resultando, muitas vezes, em evocações e relatos errados (e.g. Bartlett, 1932; Schacter, 1995). Há também um consenso quanto à capacidade humana de recordar experiências de infância antes, aparentemente, esquecidas, incluindo experiências de abuso, particularmente se forem dadas as pistas apropriadas (Lindsay & Read, 1994; Loftus, Garry, & Feldman, 1994). Contudo, tem sido pouca a investigação empírica quanto à prevalência, natureza ou veracidade das memórias de abuso infantil recuperadas

(Melchert, 1996), pelo que, os dados obtidos nestas investigações (muitas vezes laboratoriais) não são suficientemente claros e específicos para esclarecer se as memórias das experiências na família-de-origem são válidas e credíveis (Melchert, 1998). Contudo, a maior parte dos investigadores especializados defendem plausivelmente que a memória autobiográfica é eficaz (e.g. Baddeley, 1990; Brewer, 1994; Neisser, 1994).

Ao investigar as memórias da família-de-origem, é necessário ter-se em consideração dois tipos de eventos, nomeadamente os objectivos e os subjectivos. Os primeiros podem ser validados de forma relativamente fácil, examinando a correspondência entre a memória relatada e outras descrições da mesma experiência ou facto (com registos ou relatos de outros membros familiares). Os segundos são de mais difícil análise, devido à complexidade de interacções e relacionamentos entre os membros da família de origem.

Segundo Melchert (1998), as investigações e em terapia, a resposta de um sujeito é assumida pelos investigadores como um reflexo do seu mundo interno, subjectivo, que é só completamente perceptível e compreensível na perspectiva desse mesmo sujeito. Segundo este mesmo autor, talvez nem haja sequer uma realidade externa, significativa e objectiva que possa ser comparada com as respostas do sujeito. Assim, dada a complexidade que envolve a comparação das memórias da família-de-origem com as recordações de outros membros dessas mesmas memórias, a forma mais frequentemente utilizada para validar um instrumento de obtenção de dados da família-de-origem tem sido a análise das diferenças entre grupos cujas histórias de famílias de origem são suposta e teoricamente diferentes (Melchert, 1998). Segundo este autor, a maior parte destes estudos têm comparado as diferenças entre grupos não-clínicos e clínicos, principalmente com amostras de deprimidos. Contudo, a relação entre as experiências de infância e o estado clínico adulto, apesar de complexa, não é um critério suficientemente capaz de justificar a validação da história da família-de-origem. Acresce a esta relação o contributo dos contextos e características actuais que podem influenciar o relato dessa história. Surge, portanto, a necessidade de arranjar critérios fortes para validar os questionários de estudo de experiências vividas na infância, tais como a comparação com amostras populacionais que se saiba claramente que tenham mais baixos níveis de funcionamento familiar, como por exemplo vítimas de incesto ou filhos de alcoólicos (cf. Melchert, 1998) ou o recurso a estudos longitudinais que favorecem a melhor validação dos relatos (e.g., Henry, Moffitt, Caspi, Langley, & Silva, 1994), ou ainda (e tendencialmente uma das mais eficazes) o recurso a estudos de estabilidade temporal de relato auto-biográfico das experiências ao longo do desenvolvimento avaliado em dois ou mais momentos de avaliação (e.g., Heene, Raedt, Buysse, & Oost, 2008).

Há, no entanto, evidências de que histórias de abuso e de negligência reportadas retrospectivamente estão, na sua grande maioria, correctas (Hardt & Rutter, 2004).

As investigações retrospectivas sobre maus-tratos têm 3 limitações metodológicas (cf. Azevedo & Maia, 2006), que comportam alguns riscos no que se refere à interpretação dos dados, uma vez que pode levar a confusões quanto à rigorosa demarcação entre causas e consequências das experiências adversas ao longo do desenvolvimento (e.g., a alteração do comportamento da criança pode desencadear episódios de maus-tratos ou pode ser sua consequência). Uma segunda limitação refere o facto de a investigação ser muitas vezes feita com casos provenientes dos serviços de protecção infantil (o que limita a generalização dos resultados). E, por último, dadas as dificuldades conceptuais na definição do maltrato, ainda existem muitas investigações que tratam este conceito como global, quando, na sua essência, apenas o trabalharam com casos de abuso físico ou outro tipo de abuso.

É também sabido que o humor tem uma influência significativa no relato das experiências ou nas respostas de um indivíduo (e.g., Hardt & Rutter, 2004), já que é sabido que, na psicopatologia depressiva, existe, por definição, uma alteração do estado de humor (e.g., Monteiro (2007). Muitas variáveis estudadas no âmbito de investigações sobre os sintomas depressivos usam instrumentos de auto-relato, avaliando a percepção do indivíduo da sua habilidade para ver e lidar com os problemas, ou para se descrever a si próprio ou as percepções das suas relações interpessoais. Neste sentido, vários investigadores expressaram a preocupação de que as pontuações obtidas nestes instrumentos de auto-relato pudessem ser influenciadas pela presença do humor depressivo (e.g., Enns, Cox & Larsen, 2000). Um estado de humor depressivo pode estar associado a memória autobiográfica enviesada, o que pode levar o indivíduo a uma percepção de si próprio e das suas relações interpessoais de forma mais crítica e negativa (Williams et al., 2000). Nesta perspectiva, os resultados dos instrumentos de auto-relato poderiam ser consequência dos sintomas depressivos (Enns, Cox, & Larsen, 2000). Poder-se-ia pensar, portanto, que o humor actual é um factor preponderante na forma como os sujeitos dão as suas respostas em relação às suas experiências. No entanto, em duas revisões da literatura (e.g., Enns, Cox, & Larsen, 2000; Heene, Raedt, Buysse, & Oost, 2008), as investigações tendem a indicar que o humor não influencia as respostas em relação a perguntas ou itens sobre memórias e experiências passadas. Por exemplo, ao usarem procedimentos de indução de humor em grupos experimentais e de controlo, Heene e seus colaboradores (2008) mostraram que as respostas a materiais autobiográficos não diferiram nas medidas avaliadas, apesar da manipulação do humor ter sido eficaz. Também Richter e Eisemann (2001), num estudo com 220 deprimidos sobre os cuidados parentais, verificaram uma forte estabilidade do

relato em questionários de auto-relato, apesar de variações significativas na severidade da depressão, excepto para “tolerância parental”, “orientação” e “vergonha”, havendo variações significativas entre homens e mulheres. No entanto, Poutanen, Mattila, Salokangas, e Joukamaa (2009), num estudo longitudinal de 7 anos com 414 deprimidos, evidenciaram que existem mudanças nas respostas relativas à atmosfera familiar nas suas memórias de infância, sendo a idade e o sexo masculino os dois maiores preditores de mudanças no relato. Estes autores concluíram que o afecto associado às memórias autobiográficas podem mudar ao longo do tempo, apesar de mais estudos serem necessários. Contudo, Brewin, Andrews, e Gotlib (1993) verificaram que, apesar de existirem estudos onde o relato retrospectivo influencia o humor, uma revisão das investigações sugere que o potencial de enviesamento não é tão grande quanto se poderia pensar. Estes autores, nesta revisão, sugerem que a ideia de que existe falibilidade dos relatos retrospectivos é exagerada e que são poucas as razões para associar o estado da saúde mental a relatos de experiências menos fiáveis ou inválidos. O relato de experiências tidas ao longo do desenvolvimento de sujeitos deprimidos surgem como estáveis apesar das variações de humor, assim como também não há evidências da sua distorção sistemática só pelo facto do sujeito estar deprimido (Brewin, Andrews & Gotlib, 1993). Com outra argumentação, Cherlin e Horiuchi (1981), num estudo de fiabilidade de teste-reteste de 4 anos, mostraram que as variações das respostas relativas às experiências ao longo do desenvolvimento foram justificadas pela tendência para a resposta socialmente desejada ou devido a perguntas tendencialmente subjectivas. Para melhorar a fiabilidade do relato retrospectivo, estes autores recomendaram o uso de questões mais específicas e objectivas. Apesar das várias incongruências e contradições presentes em alguns dos estudos retrospectivos, há uma tendência, na sua maioria, para aceitar que a estabilidade do relato das experiências de infância parece não ser influenciado pelo estado de humor depressivo.

Face ao exposto, o recurso a estudos longitudinais é uma importante ferramenta para a validação do relato das experiências vividas ao longo do desenvolvimento. Quando comparados, os estudos retrospectivos e os longitudinais são essenciais para se verificar a estabilidade e a congruência do relato em relação às experiências de vida anteriores. Numa revisão de vários estudos entre os anos de 1980 e 2001 relativa à validade da evocação retrospectiva de abuso sexual, abuso físico, negligência física ou emocional e discórdia familiar, Hardt e Rutter (2004) constataram, por um lado, que o relato retrospectivo de experiências adversas envolve um significativo número de falsos negativos e um substancial erro de avaliações. Por outro lado, os relatos falsos positivos são provavelmente raros. Foram vários os estudos que mostraram um enviesamento nos relatos retrospectivos. Contudo, estes enviesamentos não são suficientemente

grandes para invalidar os estudos retrospectivos caso-controlo da maioria das experiências adversas definidas. Hardt & Rutter (2004) concluem que, em termos gerais, os estudos retrospectivos devem ser considerados válidos para a investigação, mas com alguma prudência, principalmente nos estudos cujas experiências avaliadas assentam mais sobre julgamentos ou interpretações ou em datas ou frequências específicas (Henry et al., 1994). Recomendam, por isso, o recurso a investigações longitudinais, pois são um método mais promissor na associação entre eventos e comportamentos ao longo do tempo, assim como facilitam a identificação dos antecedentes para determinadas condições (Henry et al., 1994).

No que se refere aos métodos utilizados nas investigações (quer retrospectivas quer longitudinais), as investigações não dão vantagem à entrevista em relação aos questionários ou vice-versa, mas antes à prioridade para perguntas específicas e objectivas que incluem a definição do que se pretende avaliar (Hardt & Rutter, 2004). São estas estratégias focadas, usando preferencialmente várias questões para abranger um conjunto de experiências, que aumentam a fiabilidade do relato das experiências anteriores.

Certamente que todos estes resultados evidenciados nos estudos retrospectivos podem e devem ser complementados com os estudos longitudinais, os quais reduzirão a subjectividade da percepção individual e aumentarão o conhecimento real dos acontecimentos e experiências de vida que possibilitam o acesso a informação válida para clarificar, de forma mais robusta, o grau de fiabilidade dos instrumentos de auto-relato. Por exemplo, uma elevada correlação entre as respostas em momentos diferentes indica fiabilidade do relato do indivíduo (Henry et al., 1994). Outras estratégias poderiam ser o recurso a outras fontes de informação para confirmar aquela que provém do avaliado, apesar de estar também dependente da subjectividade da percepção da outra fonte. A investigação laboratorial e empírica relativa à memória autobiográfica sugere que, depois de uma determinada idade (tendencialmente a partir dos 18 anos), as experiências anteriores mais marcantes são bem recordadas, e que a quantidade de detalhes sensoriais e contextuais que acompanham o relato dessas experiências favorece a memória real, tornando-o mais fiável (Brewin, Andrews, & Gotlib, 1993; Henry et al., 1994).

Do que fica dito, pode-se concluir que as entrevistas ou os questionários quanto mais objectivos e pormenorizados em relação às memórias autobiográficas, menor será o grau de enviesamento e maior a veracidade do relato, o que, por sua vez, facilita a consistência e estabilidade temporal do mesmo.

PARTE II

ESTUDOS EMPÍRICOS

INTRODUÇÃO AOS ESTUDOS EMPÍRICOS

Compreender a associação entre as experiências interpessoais vividas ao longo do desenvolvimento e a depressão na idade adulta é um assunto da maior relevância, dado o impacto em termos individuais, familiares, sociais e económicos desta perturbação, tal como se pode constatar com os dados epidemiológicos apresentados no Capítulo 1. A literatura tem demonstrado uma relação significativa entre as experiências perturbadoras vividas durante a infância e adolescência e a psicopatologia depressiva na idade adulta. Este facto resultou no agrupamento de vários factores de risco. Contudo, como se verificou nos vários estudos revistos no Capítulo 2, as investigações têm trazido algumas diferenças e discrepâncias entre si, sobre o impacto de cada uma das EAI na saúde mental do adulto. Estas diferenças têm sido compreendidas tendo em consideração as variações culturais e amostras distintas, assim como também com as metodologias de investigação. O certo é que, apesar da variabilidade, são consistentemente encontradas relações significativas entre EAI e psicopatologia depressiva na idade adulta, sendo igualmente variadas as explicações conceptuais que justificam estas evidências, tal como se apresentou no Capítulo 3. Deste capítulo salientamos a importância dos estilos de vinculação e do apoio social para a compreensão do funcionamento depressivo.

Considerando o panorama da crise mundial actual, é possível prever-se o crescente aumento da prevalência e incidência da depressão. Para além disso, as dinâmicas familiares com potencial perturbador (e.g., abuso sexual e violência doméstica) justificam este estudo sobre a associação entre as experiências adversas ao longo do desenvolvimento e a depressão na idade adulta, uma vez que uma melhor compreensão deste problema de saúde pública pode revelar-se útil na elaboração futura de planos e estratégias de prevenção e tratamento. A presente investigação diferencia-se dos estudos apresentados, na medida em que procura analisar e clarificar em amostras com indivíduos portugueses e numa perspectiva de diátese-stress, quais as variáveis ao longo do desenvolvimento e características actuais que mais se associam à vulnerabilidade à depressão no adulto, com base em variáveis que se sabe estarem associadas à vulnerabilidade depressiva e recurso a materiais aferidos para a população portuguesa.

Tendo em conta este enquadramento geral, desenhou-se um plano de investigação que permitisse explorar a associação entre as experiências adversas ao longo do desenvolvimento, características actuais e depressão no adulto, guiada pelo seguinte problema:

1) Haverá relação entre a história de experiências interpessoais familiares vividas ao longo do desenvolvimento, características psicológicas actuais (dimensões de vinculação adulto e tipos de apoio social) e depressão na idade adulta? Se sim, qual?

OBJECTIVOS

Dada a complexidade da etiologia da depressão, o objectivo geral da presente investigação é o de analisar se as experiências interpessoais ao longo do desenvolvimento e as características actuais estão associadas à depressão na idade adulta. Assim, considera-se importante analisar as características actuais de indivíduos adultos e as experiências reportadas sobre as relações de cuidado que estes tiveram durante a infância. Desta forma, **o primordial objectivo** é o de testar uma perspectiva de diátese-stress sobre as variáveis do desenvolvimento, analisando entre estas, as que permitem compreender a etiologia e processo de desenvolvimento da vulnerabilidade à depressão no adulto, através do estudo dos factores antecedentes e actuais que têm demonstrado aumentar a vulnerabilidade à depressão no adulto. Assim, o presente estudo tem como fuste dois aspectos nucleares, nomeadamente o tipo e qualidade das experiências de cuidado ao longo do desenvolvimento e as características actuais no adulto (estilo de vinculação, tipo de apoio social) na sua ligação à depressão.

Para além de tentar saber se a depressão no adulto está relacionada com as experiências interpessoais anteriores, procura-se também determinar se as características actuais, nomeadamente o estilo de vinculação adulto e o tipo de apoio social, podem ser factores mediadores para o humor depressivo no adulto. Acresce ainda o objectivo de procurar verificar se o relato das experiências ocorridas ao longo do desenvolvimento é estável ao fim de um ano ou, se pelo contrário, o humor depressivo no momento da avaliação influencia a resposta do sujeito no momento do relato das suas experiências familiares.

Para perceber a relação entre as experiências interpessoais vividas ao longo do desenvolvimento e depressão no adulto, foi também um objectivo determinar se existem diferenças entre deprimidos e não-deprimidos nas variáveis em estudo.

Os problemas que guiam a presente investigação baseiam-se no pressuposto de que as experiências anteriores afectam o humor na idade adulta, particularmente as vividas na família-de-origem. Assim, esta investigação centrou-se nas experiências interpessoais familiares da infância e adolescência (diátese ou predisposição) e na sintomatologia clínica e características de vinculação e apoio social (características actuais, na idade adulta).

Desta forma, para responder ao problema colocado, foram realizados quatro estudos que procuraram:

1º Estudo (Capítulo 5) – Para a concretização dos três estudos delineados, foi necessária a realização de um primeiro estudo que permitisse avaliar as características psicométricas de um instrumento que avalia as experiências tidas com a família-de-origem, nomeadamente com o pai, com a mãe e em termos de ambiente familiar. Este estudo foi realizado com estudantes universitários (n=280) e nele é incluído o estudo da relação entre os dados do instrumento, as características actuais (vinculação e apoio social) e humor depressivo para esta população.

2º Estudo (Capítulo 6) – Averiguar em sujeitos deprimidos (n=90), se existe relação entre a qualidade das experiências interpessoais familiares vividas ao longo do desenvolvimento, as características actuais (vinculação e apoio social) e a gravidade do humor depressivo.

3º Estudo (Capítulo 7) – Atendendo à literatura que mostra a influência do estado de humor no relato das experiências vividas no passado, este estudo pretende averiguar, numa sub-amostra nestes mesmos sujeitos deprimidos (n=25) se, em dois momentos diferentes (cerca de 12 meses de intervalo), existe estabilidade temporal no relato ou se, pelo contrário, o relato das experiências vividas na infância são influenciadas pelo humor no momento do relato.

4º Estudo (Capítulo 8) – Partindo da literatura que sugere que sujeitos com experiências de vida mais adversas têm probabilidade aumentada de ter depressão na idade adulta, pretende-se comparar uma sub-amostra de sujeitos deprimidos (n=54) com um grupo emparelhado de sujeitos não-deprimidos (n=54) no que se refere às experiências de cuidado e ao funcionamento actual.

As variáveis estudadas em cada um destes estudos supracitados foram articuladas com as seguintes hipóteses:

HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

PRIMEIRO ESTUDO

“Avaliação das características psicométricas de um instrumento sobre as experiências tidas na família-de-origem e a sua relação com humor depressivo, vinculação e apoio social”

Para além de conhecer as características psicométricas do instrumento para uma amostra portuguesa, procurou-se conhecer a relação dos dados da história familiar ao longo do desenvolvimento com o humor depressivo, vinculação e apoio social na idade adulta. Desta forma, as hipóteses que guiaram este primeiro estudo são as quatro primeiras que são testadas nos três estudos principais, as quais são, de seguida, apresentadas para cada um dos estudos.

SEGUNDO ESTUDO

“Experiências Familiares ao Longo do Desenvolvimento e Funcionamento Actual em Sujeitos Deprimidos”

H1) Quanto piores os cuidados paternos e cuidados maternos ao longo do desenvolvimento, maior o índice de humor depressivo na idade adulta

Segundo Infrasca (2003), em relação à mãe, a depressão no adulto está relacionada com a falta de afecto (empatia e confiança) e cuidados maternos, a existência de uma fraca comunicação materna, autoritarismo materno e melancolia materna. Relativamente ao pai, o autor encontrou a ansiedade, fraca comunicação, melancolia e abuso físico ou verbal, como os factores que mais se correlacionam com a depressão no adulto. Também Bifulco e Moran (1998) evidenciaram num estudo longitudinal de 20 anos que 54% das crianças que sofreram de antipatia por ambos os pais (i.e., hostilidade e criticismo constante) sofriam de depressão na idade adulta. Segundo Lindelow (2007), num estudo prospectivo, constatou-se que os indicadores de falta de interacção positiva entre pais e filhos, de acordo com os relatos do que era a relação com os pais aos 10 anos, estavam significativamente associados a depressão 20 anos depois.

Os maus-tratos por parte do pai ou da mãe durante a infância, tais como a negligência e o abuso (físico, emocional ou sexual), são factores associados à vulnerabilidade à depressão no

adulto (Bifulco & Moran, 1998; Cichetti & Toth, 1995; Holmes & Sammel, 2005; Sroufe et al., 2000). Por exemplo, Gauthier, Stollak, Messé e Aronoff (1996) constataram que aqueles que foram negligenciados durante a infância apresentam maior probabilidade de sofrerem de sintomatologia depressiva na idade adulta. Também Chapman, Whitfield, Felitti, Dube, Edwards, e Anda (2004), constataram que o risco de depressão na idade adulta de indivíduos que sofreram de abuso emocional durante a infância é superior em 2.7 para as mulheres e em 2.5 para os homens, comparativamente com os que não sofreram e, quanto maior a exposição às adversidades, maior o risco de depressão, mesmo décadas após a sua ocorrência. Num outro estudo longitudinal de Reinherz e seus colaboradores (1999), verificou-se que os abusos físicos e emocionais durante a infância foram factores preditores de depressão na idade adulta. Bifulco, Brown, e Adler (1991) verificaram que o abuso sexual e contactos físicos sexuais antes dos 17 anos estão associados a perturbação depressiva na idade adulta. Zavashi (2003) encontrou também uma associação significativa entre abuso sexual e depressão no adulto.

Do que fica exposto, as evidências dos estudos apresentados mostram que piores cuidados paternos e maternos (enquanto experiências directas vividas com indivíduo) estão associados à depressão no adulto, pelo que esta hipótese procura determinar quais as experiências de cuidados paternos e maternos que estão mais associadas ao humor depressivo na idade adulta em sujeitos deprimidos portugueses.

H2) Quanto pior o ambiente familiar ao longo do desenvolvimento, maior o índice de humor depressivo na idade adulta

O ambiente familiar (caracterizado pelo consumo de substâncias parental, coligação e ajustamento psicológico, cuidados físicos, violência, tarefas domésticas inadequadas, tipo de apoio social, expressão emocional familiar e tipo de controlo parental) tem um efeito indirecto sobre a criança em desenvolvimento.

A história de abuso de substâncias parental está associada a sintomatologia depressiva dos filhos na idade adulta, pois são vários os estudos que evidenciam que adultos que experienciaram o abuso de substâncias e negligência parental durante a sua infância têm maior risco de desenvolver depressão na idade adulta (e.g., Harter & Taylor, 2000).

O ajustamento psicológico parental é um importante factor de vulnerabilidade, já que pais perturbados, com doenças mentais tais como a depressão, vulnerabilizam os seus filhos à depressão na idade adulta (e.g., Anda et al., 2002).

Em relação à exploração para tarefas domésticas, Anda e seus colaboradores (2002) concluíram que 41% das crianças que experienciaram troca de papéis (crianças obrigadas a ser adultos, cuidando da casa e tarefas domésticas, cuidados a irmãos ou familiar doente, etc.) sofriam de depressão na idade adulta, comparativamente com 14% sem negligência ou sem essas responsabilidades.

No que se refere à violência doméstica, a exposição a múltiplos episódios de violência durante a infância está associado a depressão na idade adulta (e.g., Zavashi, 2003).

A ausência de apoio social durante a infância e de relação com os pares pode tornar-se um factor que favorece o risco de depressão na idade adulta (Wildes, Harkness & Simons, 2002). De acordo com Bifulco e seus colaboradores (2006), as deficiências nas redes sociais são relevantes para aumentar o risco de depressão no adulto.

Em relação ao tipo de controlo parental, os estilos negativos, com disciplina parental severa ou de rejeição na infância contribuem para o desenvolvimento da depressão no adulto (Lara, Klein & Karen, 2000; Gomide, Salro, Pinheiro & Sabbag, 2005; Richter, Eisemann & Richter, 1991).

Considerando a revisão bibliográfica efectuada, constata-se que o ambiente familiar vivido durante a infância (apesar de não ter um efeito directo sobre o individuo) influencia e vulnerabiliza o individuo adulto à depressão. Desta forma, esta hipótese procura caracterizar em sujeitos deprimidos portugueses quais as experiências familiares (em termos de ambiente e contexto familiar) que estão mais associadas ao humor depressivo na idade adulta.

H3) A Vinculação no adulto tem uma relação significativa com o humor depressivo na idade adulta

A sintomatologia depressiva pode surgir como produto de uma vinculação insegura (Hammen, Henry, & Daley, 2000). Os estilos ou dimensões de vinculação inseguras estão mais associados ao humor depressivo do que os estilos ou dimensões mais seguras (e.g., Bifulco et al., 2002a). Neste sentido, sabe-se que os inseguros, nomeadamente os evitantes, ambivalentes e desorganizados ou desorientados, são os que estão mais associados à depressão (Bifulco, Moran, Ball, & Lillie, 2002a). Estas evidências vão de encontro às de Rankin, Sauders e Williams (2000) quando verificaram que o estilo de vinculação inseguro é um factor que baixa o sentimento de pertença e reduz o apoio social e que, conseqüentemente, aumenta a probabilidade de depressão. Também Mickelson, Kessler e Shaver (1997) mostraram que os adultos inseguros apresentam mais humor depressivo do que os adultos com vinculação segura.

De acordo com os estudos apresentados e revisão bibliográfica efectuada, espera-se, portanto, que haja uma relação significativa entre as dimensões que caracterizam o estilo de vinculação actual e o humor depressivo dos sujeitos analisados.

H4) O apoio social actual tem uma relação significativa com o humor depressivo na idade adulta

O apoio social na idade adulta está dependente de vários factores, entre os quais da personalidade, de questões culturais, educacionais e do contexto anterior e actual como um todo (Resende et al., 2006). Em termos de características actuais, a ausência de apoio social, perante a adversidade, torna-se um factor que favorece o risco de depressão. Ao invés, existindo apoio social, este tem-se revelado como factor protector, apesar das adversidades (e.g., Horton & Wallander, 2001). Estes resultados são congruentes com os encontros por Lee (2008) quanto verificou que o apoio social reduzido ou negativo (constituído por problemas e/ou conflitos interpessoais) está associado a depressão. Também Harness e Simons (2002) constataram que o número de relações interpessoais, sendo insuficiente, é um forte preditor de sintomatologia depressiva elevada. Sendo assim, espera-se que o apoio social actual tenha uma significativa relação com o humor depressivo na idade adulta.

H5) A Vinculação no adulto tem um efeito mediador entre as experiências familiares ao longo do desenvolvimento e o humor depressivo na idade adulta

Segundo Bifulco (2002), a vinculação tem habitualmente um papel mediador para a depressão no adulto. Sabe-se que os inseguros, nomeadamente os evitantes, ambivalentes e desorganizados ou desorientados, são aqueles que estão mais associados a fraco apoio social durante a infância e abuso e negligência infantil (Bifulco et al., 2002a) e, como vimos na revisão bibliográfica realizada, cuidados parentais inadequados aumentam a probabilidade de padrão de vinculação inseguro (e.g., Fonagy et al., 1997). Por seu lado, a vinculação insegura é um factor que facilita a depressão no adulto, uma vez que pessoas com este tipo de vinculação estão especialmente predispostas a interpretar os acontecimentos interpessoais indutores de stress como rejeições, devido às suas experiências anteriores (Hammen, Henry, & Daley, 2000). Assim, esta interacção entre as experiências anteriores e as suas consequências na idade adulta, leva-nos a colocar a hipótese, considerando as evidências dos vários estudos realizados, que a relação entre as experiências familiares ao longo do desenvolvimento e o humor depressivo no adulto é mediada pelas características de vinculação.

H6) O Apoio Social actual tem um efeito mediador entre as experiências familiares ao longo do desenvolvimento e o humor depressivo na idade adulta

A ausência de apoio social na idade adulta facilita a vulnerabilidade do indivíduo à depressão face a adversidades, devido à diátese proveniente das experiências anteriores (e.g., Bifulco et al., 2006). São vários os estudos que mostram que as experiências adversas vividas na infância são preditoras de um menor apoio social na idade adulta (e.g., Liem & Boudewyn, 2000; Maier & Lachman, 2000; Danese et al., 2009). Contudo, o apoio social no adulto pode funcionar como factor protector e compensar, em certa medida, o impacto das adversidades vividas na família-de-origem, pois há estudos que evidenciam que em sujeitos que sofreram de abuso na infância, o apoio social no adulto influenciou positivamente essa diátese, pelo que a qualidade das relações interpessoais constitui um factor protector para enfrentar e ultrapassar um potencial trauma (Zavashi, 2003). Tendo em consideração os resultados relativos às relações entre apoio social, experiências familiares e depressão no adulto, coloca-se a hipótese de que a relação entre as experiências familiares ao longo do desenvolvimento e o humor depressivo no adulto seja mediada pelo apoio social.

TERCEIRO ESTUDO

“Relato das Experiências Familiares em Sujeitos Deprimidos:
Comparação Entre 2 Momentos de Avaliação”

H7) O relato em dois momentos diferentes de avaliação das mesmas experiências familiares ao longo do desenvolvimento não é influenciado pelo estado de humor depressivo

A psicopatologia depressiva é caracterizada por uma alteração do estado de humor a qual influencia de forma significativa o funcionamento cognitivo (e.g., Williams et al., 2000; Monteiro, 2007). Muitas variáveis estudadas no âmbito de investigações sobre os sintomas depressivos usam instrumentos de auto-relato, dependendo da percepção do indivíduo para avaliar os problemas, ou para se descrever a si próprio ou as percepções das suas relações interpessoais. Neste sentido, vários investigadores expressaram a preocupação de que as pontuações obtidas nestes instrumentos, nomeadamente acerca das experiências de vida, pudessem ser influenciadas pela presença do humor depressivo (e.g., Enns, Cox & Larsen, 2000). Um estado de humor depressivo pode estar associado a memória autobiográfica enviesada, o que pode levar o indivíduo a uma percepção de si próprio e das suas relações interpessoais de forma mais crítica e negativa (Williams et al., 2000). Nesta perspectiva, os

resultados dos instrumentos de auto-relato poderiam ser consequência dos sintomas depressivos (Enns, Cox, & Larsen, 2000). Poderíamos, portanto, pensar que o humor actual seria um factor preponderante na forma como os sujeitos reportam as suas experiências. No entanto, as investigações tendem a indicar que o humor não influencia nas respostas em relação a perguntas ou itens sobre memórias e experiências passadas (e.g., Enns, Cox, & Larsen, 2000; Heene et al., 2008). A maior parte dos investigadores especializados na matéria defendem que a memória autobiográfica é eficaz e é fiável (e.g. Baddeley, 1990; Brewer, 1994; Neisser, 1994). Por exemplo, Richter e Eisemann (2001), num estudo com 220 deprimidos sobre os cuidados parentais, verificaram uma forte estabilidade do relato em questionários de auto-relato, apesar de variações significativas na severidade da depressão, excepto para “tolerância parental”, “orientação” e “vergonha”, havendo variações significativas entre homens e mulheres. No entanto, Poutanen e seus colaboradores (2009), num estudo longitudinal de 7 anos com 414 deprimidos, evidenciaram que existem mudanças nas respostas relativas à atmosfera familiar nas suas memórias de infância, sendo a idade e o sexo masculino os dois maiores preditores de mudanças no relato. Estes autores concluíram que o afecto associado às memórias autobiográficas podem mudar ao longo do tempo, apesar de mais estudos serem necessários.

Assim, apesar da maioria dos estudos apontar para a estabilidade do auto-relato das experiências vividas ao longo do desenvolvimento, há na literatura consultada resultados incongruentes e até mesmo contraditórios que colocam em dúvida a fiabilidade dos estudos que recorrem a materiais de auto-relato de experiências autobiográficas. Neste sentido, procuramos testar a fiabilidade do auto-relato dos participantes deprimidos, através da administração de materiais de auto-relato das experiências familiares em dois diferentes momentos de avaliação com o intuito de verificar que o mesmo não é influenciado pelo estado de humor depressivo.

QUARTO ESTUDO

“Comparação das experiências familiares ao longo do desenvolvimento e características actuais entre sujeitos deprimidos emparelhados com sujeitos não-deprimidos”

H8) Há diferenças nas experiências familiares ao longo do desenvolvimento relatadas por sujeitos “deprimidos” e “não-deprimidos”, sendo que as experiências mais adversas têm maior probabilidade de pertencer ao grupo “deprimidos”

A argumentação que fundamenta e sustenta esta hipótese é aquela que fundamenta as hipóteses H1 e H2 do primeiro estudo desta investigação.

H9) Sujeitos deprimidos têm valores mais elevados nas dimensões de vinculação no adulto inseguras do que sujeitos não-deprimidos

Adultos com vinculação insegura apresentam maiores índices de sintomatologia depressiva do que os com vinculação segura (Hazan & Shaver, 1990). Mulheres com depressão moderada apresentam um estilo de vinculação inseguro, particularmente o evitante (Carnelley, Pietromonaco & Jaffe, 1994). O estilo de vinculação inseguro é um factor relacionado com um baixo sentimento de pertença e menor apoio social, o que, por sua vez, aumenta a probabilidade de desesperança, e conseqüentemente, mais depressão (Rankin, Saunders, & Williams, 2000). Segundo Hazan e Shaver (1990), adultos com vinculação insegura apresentam mais humor depressivo do que os com vinculação segura. Também Cozzarelli e seus colaboradores (2003), constataram que o estilo de vinculação adulto tem uma significativa relação com sintomatologia depressiva, com o estilo inseguro a apresentar maior sintomatologia, evidenciando que estilos de vinculação seguros estão associados a respostas mais construtivas e adaptativas perante conflitos e stress do que os estilos inseguros. Batgos e Leadbeater (1993) relacionaram de forma significativa os estilos de vinculação com as perturbações depressivas, assim como Diamond e Blatt (1994) mostraram que indivíduos com vinculação insegura, particularmente aqueles que apresentam comportamentos de vinculação ansiosos/ ambivalentes ou evitantes, tendem a sofrer de maior risco de depressão.

Estes estudos apontam, na sua globalidade, para a ideia de que as dimensões de vinculação mais inseguras estão mais associadas à depressão na idade adulta, pelo que se considera, como hipótese, que os participantes deprimidos apresentam valores mais elevados nas dimensões de vinculação inseguras quando comparados com os participantes não-deprimidos.

H10) Sujeitos deprimidos apresentam menores valores de apoio social na idade adulta do que sujeitos não-deprimidos

Segundo Leskelä e seus colaboradores (2006), a ausência de apoio social é um importante preditor do risco de depressão no adulto, face à severidade dos acontecimentos de vida. O nível de humor depressivo é tanto maior quanto menor o apoio social do indivíduo (Cordeiro, Claudino, & Arriaga, 2006). Stice, Ragan, e Randall (2004) comprovaram, num estudo longitudinal, que o apoio social percebido é um importante preditor da gravidade da depressão. Neste estudo, o apoio social foi um factor preditor de sintomas depressivos e do diagnóstico de depressão. Deve ser acrescido ainda o facto de que o número de relações interpessoais é

considerado um preditor mais importante para o curso de depressão do que os acontecimentos de vida *per se*, pelo que se constata que um apoio social insuficiente é um forte preditor de sintomatologia depressiva elevada (Wildes, Harness, & Simons, 2002).

A revisão bibliográfica dos estudos efectuados apontam para o facto de que o apoio social é reduzido no adulto deprimido, sendo também um importante preditor de depressão, pelo que se considera, como hipótese, que os participantes deprimidos apresentam menores valores de apoio social actual quando comparados com participantes não-deprimidos.

AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE UM INSTRUMENTO SOBRE AS EXPERIÊNCIAS TIDAS NA FAMÍLIA-DE-ORIGEM E A SUA RELAÇÃO COM HUMOR DEPRESSIVO, VINCULAÇÃO E APOIO SOCIAL

NOTA PRÉVIA

Este primeiro estudo é constituído por duas partes, onde, na primeira, são apresentados os resultados da avaliação das características psicométricas de um instrumento sobre as experiências familiares (Instrumento do Historial Familiar – IHF), e na segunda parte, são apresentados os resultados da relação entre este instrumento com o humor depressivo, vinculação e apoio social.

1º PARTE: AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DE UM INSTRUMENTO SOBRE AS EXPERIÊNCIAS FAMILIARES

1.1. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS FAMILIARES E SUAS LIMITAÇÕES

É sabido que as características da família de cada indivíduo têm uma influência significativa no seu desenvolvimento biopsicossocial, com implicações quer na infância, quer ao longo da vida. É amplamente aceite que certas formas de abuso têm um impacto significativo que influenciam o desenvolvimento infantil, e que, a intensidade, duração e interacção entre as várias formas de maus-tratos, parecem ser factores mediadores dos seus efeitos (e.g. Malinosky-Rummell, & Hansen, 1993; Azevedo & Maia, 2006). Deduz-se, portanto, que conhecer a história familiar e de desenvolvimento é um factor crucial para uma melhor compreensão das experiências e vivências do adulto, assim como para uma mais eficaz avaliação dos seus recursos, resiliências e vulnerabilidades.

Numa perspectiva desenvolvimental, o princípio geral da investigação consiste, essencialmente, em conhecer as características da história de cuidados recebidos pelo indivíduo, para uma maior percepção e compreensão das suas vulnerabilidades (segundo as experiências do passado) e potencialidades. Daí que a procura e desenvolvimento de instrumentos que permitam avaliar, de forma objectiva, essas características, tenham sido realizadas ao longo dos anos, por forma a clarificar essas vivências familiares.

O método mais usado é o da entrevista, quer na clínica, quer na investigação. Contudo, há outros métodos alternativos. Numa revisão da literatura realizada por Melchert (1991), encontrou-se trinta e dois instrumentos para medir pelo menos uma característica da sua família-de-origem. Esta revisão (Melchert, 1991) evidenciou que a maioria dos instrumentos avaliavam um número limitado de variáveis, e mesmo os mais compreensivos não avaliavam os factores que normalmente são incluídos na avaliação clínica da história da família-de-origem. De facto, nenhum deles avaliava, simultaneamente, factores tais como o incesto, negligência física, abuso parental de substâncias, desajustamento psicológico parental, stressores familiares ou mecanismos de *coping*.

Para além desta limitação, Melchert (1991) verificou outros problemas: muitos dos instrumentos disponíveis incluem questões comportamentais pouco específicas, focando e averiguando mais sobre os sentimentos que a pessoa tinha quando era criança ou então focando sobre julgamentos a propósito de algum membro familiar (e.g. *Parental Bonding Instrument*, de Parker, Tupling & Brown, 1979). Itens como “*os meus pais não queriam que eu crescesse*”, ou “*os meus pais eram extremamente protectores*”, fazem com que as pessoas com fraco *insight* sobre o comportamento dos seus pais tenham grandes dificuldades de os julgar. Segundo o mesmo autor, é difícil interpretar respostas para estes itens de forma isolada, sem mais informações comportamentais ou mais objectivas que permitam contextualizar os sentimentos que estão a ser expressos. Ainda analisando as limitações dos materiais existentes, Melchert (1991) salientou o facto de estes instrumentos avaliarem as características da família-de-origem de uma forma global, não permitindo, a sua grande maioria, uma avaliação separada sobre diferenças que são importantes perceber, como por exemplo o comportamento do pai e da mãe.

1.2. JUSTIFICAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO DO HISTORIAL FAMILIAR (IHF)

Atendendo às limitações apresentadas e que foram identificadas nos instrumentos de auto-resposta disponíveis, Melchert (1991) sentiu a necessidade de desenvolver um novo instrumento que permitisse avaliar, de uma forma compreensiva, relativamente comportamental e específica, as características da família-de-origem. Ao mesmo tempo, este novo instrumento procura colmatar as limitações dos instrumentos existentes. Assim, o *Family Background Questionnaire* (FBQ) desenvolvido por Melchert (1991), alarga os horizontes das pesquisas sobre a caracterização dos níveis de funcionamento familiar, através do uso de factores de risco mais claros e objectivos de disfunções familiares, assim como de outras variáveis que consistentemente se têm mostrado capazes de afectar o funcionamento familiar (Melchert, 1998). Estes factores de risco e variáveis associadas serviram de variáveis criteriosais para a construção do FBQ. Considerando que tivemos dificuldades também em encontrar instrumentos válidos para a população portuguesa que respondessem às necessidades da nossa investigação, decidimos recorrer ao FBQ para desenvolvermos os questionários em português que permitissem estudar as variáveis que consideramos fundamentais para a nossa investigação.

Assim, o objectivo deste primeiro estudo foi o de avaliar as características psicométricas de um instrumento que avaliasse as experiências tidas com a família-de-origem, com o pai, mãe e em termos de ambiente familiar. Para o efeito, recorreremos ao FBQ, pois este instrumento americano teve como fundamentação teórica a literatura sobre família e desenvolvimento, a qual foi revista com o objectivo de identificar as variáveis que se sabe que têm uma influência no funcionamento familiar e desenvolvimento infantil com impacto para toda a vida, e que pudesse fornecer o racional teórico para o desenvolvimento das escalas do instrumento (Melchert, 1991, 1998). Os dados deste estudo psicométrico servem para caracterizar um instrumento baseado no FBQ, em termos de fiabilidade dos materiais utilizados para avaliação dos cuidados paternos, maternos e relativos ao ambiente familiar experienciados ao longo do desenvolvimento, para administração nos três estudos que fazem parte deste trabalho.

Considerando as diferenças culturais entre Portugal e Estados Unidos da América, várias perguntas da versão original foram alteradas e adaptadas, pelo que o presente capítulo apresenta os procedimentos de tradução e transformação do *Family Background Questionnaire*, num instrumento de três escalas independentes desenvolvidas para Portugal, assim como a análise das suas características psicométricas. As três escalas são: Escala dos Cuidados Paternos, Escala dos Cuidados Maternos e Escala do Ambiente Familiar.

O questionário original FBQ (Melchert, 1991) é constituído por 22 subescalas, num total de 179 itens. A separação do pai e da mãe na análise do funcionamento familiar na maioria das

subescalas permite perceber o peso e importância de cada um para o desenvolvimento e situação actual do sujeito adulto. Os dados psicométricos da versão original do FBQ reflectem uma boa validade de constructo, consistência interna e validade (Melchert, 1998; Melchert & Sayger, 1998; Melchert, 2000). Estes dados estão expostos aquando a descrição do – *Instrumento do Historial Familiar* - na secção do Método a seguir apresentada.

MÉTODO

2.1. PARTICIPANTES

Participaram neste estudo 300 sujeitos. No entanto, 20 não preencheram de forma adequada ou não responderam a todas as perguntas do instrumento, pelo que foram, por isso, eliminados. Assim, este estudo foi realizado com um total de 280 participantes, estudantes do ensino superior, 145 do sexo feminino (51.80%) e 135 do sexo masculino (48.20%). As idades estão compreendidas entre os 18 e os 57 anos ($M = 21.07$ anos, $DP = 4.66$ anos). Quanto ao estado civil, 93.20% são solteiros ($n = 261$), 3.2% são casados ($n = 9$), 2.1% são unidos de facto ($n = 6$), 1.1% são divorciados ($n = 3$) e 0.4% são viúvos ($n = 1$). Em relação a com quem vivem, 88.2% ($n=247$) vivem com os pais, 7.9% ($n=22$) com companheiro, cônjuge ou com colega de quarto e 3.9% ($n=11$) vivem sozinhos.

2.2. INSTRUMENTO

O original *Family Background Questionnaire* (Melchert, 1991) é constituído por 179 itens, distribuídos por vinte e duas subescalas. A sua cotação dá origem a um valor global do funcionamento da família de origem em geral, que é calculado pela junção de vários itens de quase todas as subescalas (excepto as subescalas de abuso sexual cujos itens não entram para a pontuação do nível de funcionamento familiar, pois funcionam como *checklists* na versão original), sendo também possível calcular o total de cada subescala.

A aplicação é dirigida a adultos e faz questões sobre as experiências na família de origem até aos dezoito anos de idade. Uma escala tipo *lickert* de um a cinco pontos é usada para todos os itens do instrumento. Todos as pontuações são cotadas de forma a que as mais elevadas indiquem melhor nível de funcionamento familiar. Assim, no geral, varia num *continuum* de 1 a 5, em quanto mais próximo de 5 melhor funcionamento familiar. Relativamente à *checklists*, são constituídas por questões qualitativas do tipo “sim” e “não”.

As 22 subescalas originais que constituem este instrumento na versão americana são as seguintes: Responsividade do Pai; Responsividade da Mãe, Aceitação do Pai; Aceitação da Mãe; Abuso Físico do Pai; Abuso Físico da Mãe; Envolvimento Educacional do Pai; Envolvimento Educacional da Mãe; Estilo de Tomada de Decisão do Pai; Estilo de Tomada de Decisão da Mãe; Abuso de Substâncias do Pai; Abuso de Substâncias da Mãe; Ajustamento Psicológico do Pai; Ajustamento Psicológico da Mãe; Negligência Física; Controlo Parental; Expressão Afetiva; Coligação Parental; Tarefas domésticas; Apoio Social e Stressores Familiares. Há ainda a subescala de Abuso Sexual – 5 itens – que funciona como *checklist* (apesar de numa primeira versão original esta escala ser quantificada numa classificação do tipo *lickert*), pelo que não é usada para o cálculo de qualquer escala.

Os dados psicométricos da versão original (Melchert, 1998) numa população não-clínica resultantes de um estudo com 517 sujeitos, evidenciam uma elevada consistência interna, com uma alfa de Cronbach para a escala total de .96, não apresentando nenhuma das subescalas um alfa abaixo de .76.

Relativamente à fiabilidade teste-reteste do FBQ, esta foi examinada com 79 estudantes universitários, após um período de 2 semanas (Melchert & Sayger, 1998). A correlação de Pearson entre as duas administrações teste-reteste foi de .96 para a Escala Total, e variou de .59 para a escala de Abuso Sexual (quando classificada numa escala tipo *lickert*) até .93 para a escala de Aceitação do Pai. Mais de metade das escalas (52,2%) apresentaram coeficientes de estabilidade de, pelo menos, .85, mas houve 3 subescalas com coeficientes de menos de .70 (nomeadamente Abuso Sexual, Abuso de substâncias da Mãe e Apoio Social infantil).

Quanto à validade de construto do FBQ, esta foi examinada usando vários procedimentos. No que diz respeito à validade de conteúdo relacionado, três psicólogos licenciados com experiência clínica e investigação na área da psicologia da família serviram como juizes/ peritos para avaliar cada uma das escalas do instrumento. Houve um acordo unânime sobre a adequação de todos os itens do FBQ para medir o funcionamento familiar (Melchert & Sayger, 1998). Um princípio de análise fatorial de componentes resultou numa solução de 20 factores que apoiaram a estrutura da escala global do instrumento (Melchert & Sayger, 1998). A influência do estilo de resposta de conveniência social foi mínimo, com correlações entre a *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale* com as subescalas FBQ variando entre .06 e .29 (Melchert & Sayger, 1998). Numa outra análise da validade de constructo do FBQ, Melchert (1998) avaliaram irmãos das mesmas famílias, hipotizando que estes teriam valores de correlação moderadamente elevados. Os valores do coeficiente de correlação de *Pearson* obtidos para a Escala Total dentro da mesma família foi de .58. Ao controlar a variável

género (correlação de irmãos do sexo masculino na mesma família e do sexo feminino na mesma família), a correlação entre pares familiares aumentou para .73. Para melhor analisar a validade de construto do FBQ, Melchert (1998) testou ainda várias hipóteses envolvendo variáveis que se sabe estarem relacionadas com o nível do funcionamento familiar. O nível sócio-económico mostrou-se positivamente relacionado com as pontuações do FBQ, enquanto que a ordem de nascimento revelou-se negativamente correlacionada. Uma história familiar de incesto ou dependência de substâncias parental foi consistentemente relacionado com as pontuações do FBQ, assim como também com o estado clínico do entrevistado no momento da administração.

2.3. PROCEDIMENTO

Traduziu-se, com autorização do autor, o questionário americano criado por Timothy Melchert (1991; Melchert & Sayger, 1998), mantendo o formato dos itens e das instruções, como sugerem Spielberger e Sharma (1976). Para obter a tradução portuguesa, dois psicólogos, com experiência clínica de mais de cinco anos e bom conhecimento da língua inglesa, trabalharam até um consenso no que se refere à adaptação do texto da versão original à população portuguesa, para cada um das questões das escalas. Quando se tratava de expressões idiomáticas, mais do que uma tradução à letra das várias palavras, fez-se um esforço no sentido de captar o sentido conotativo da expressão original (Spielberger & Sharma, 1976), e por traduzi-la por uma expressão que na língua portuguesa pudesse ter o mesmo significado. Tentou-se, sempre que possível, traduzir os itens da forma mais directa possível, mas sempre que não foi possível uma tradução literal, tentámos manter o sentido essencial do item original. Foram tidas em atenção as indicações de Van de Vijver e Hambleton (1996), que chamam a atenção para o facto de ser necessário assegurar que o processo de tradução/adaptação tenha em consideração as diferenças linguísticas e culturais da população para a qual se destina a versão traduzida e adaptada do instrumento. Uma outra técnica usada para avaliar a adequação da tradução de um teste psicológico é a da retroversão (Spielberger & Sharma, 1976; Van de Vijver & Hambleton, 1996). Assim, depois foi novamente traduzido para inglês por uma pessoa bilingue, a viver nos Estados Unidos da América. Todas as dúvidas tidas no desenvolvimento dos três questionários portugueses em relação à base do material original foram sempre esclarecidas com os autores do *FBQ*, nomeadamente Timothy Melchert e Thomas Sayger.

A partir do momento em que os 179 itens estavam traduzidos foram eliminados dois itens (“*com que regularidade o seu pai o ajudava a escolher as turmas ou grupos de escola?*”) (“*com que regularidade a sua mãe a ajudava a escolher as turmas ou grupos de escola?*”) porque não se aplicam na população portuguesa, por decisão consensual dos juizes. Em relação

às restantes perguntas e sua classificação por parte do sujeito, não se fizeram praticamente alterações no que concerne ao conteúdo ou estrutura, dado que a tradução foi para uma linguagem o mais simplificada possível, de forma a que fosse facilmente compreendida pela maioria das pessoas, independentemente do seu grau cultural ou de escolaridade. Os 5 itens relacionados com o abuso sexual durante a infância constituem uma *checklist*, pelo que não são contabilizados para o cálculo de qualquer subescala ou questionário. Mantivemos esta *checklist* devido à sua utilidade clínica.

Atendendo à extensão do instrumento e ao facto dos itens se organizarem em perguntas que caracterizam a relação com o pai, perguntas que caracterizam a relação com a mãe e outras que se dirigem ao ambiente familiar, por acordo dos juízes, decidiu-se organizar a totalidade dos itens em 3 questionários: um para avaliar os cuidados paternos (com 45 itens), outro para avaliar os cuidados maternos (com 45 itens) e o terceiro para avaliar o ambiente familiar (com 81 itens). Desta forma, aqueles itens que se referiam especificamente à relação com a mãe ou com o pai, tal como por exemplo “*a minha mãe e o meu pai davam-me apoio e conforto sempre que eu precisava*”, e ao qual era necessário responder separadamente para o pai e para a mãe, passou a ser um item no Questionário dos Cuidados Maternos (e.g. “*a minha mãe dava-me apoio e conforto sempre que eu precisava*”) e outro item no Questionário de Cuidados Paternos (e.g. “*o meu pai dava-me apoio e conforto sempre que eu precisava*”). Os restantes itens, que se relacionavam com a qualidade do ambiente familiar, tais como acontecimentos familiares, a saúde mental dos pais, consumo de drogas ou de álcool, entre outros, integram o Questionário de Ambiente Familiar.

Após a necessária autorização do Presidente do Conselho Directivo da instituição do ensino superior privado (com vários cursos na área da gestão, ciências sociais, desporto e tecnologia) e a obtenção do consentimento informado de cada um dos participantes dos vários cursos da instituição que voluntariamente aceitaram participar no estudo (em turmas aleatoriamente seleccionadas), os instrumentos foram aplicados em salas de aula, de forma colectiva. Os participantes foram também informados que existia a disponibilidade para proceder ao acompanhamento psicológico dos participantes afectados pelo instrumento, em caso de necessidade, dado o teor do mesmo, assim como foram ainda informados da possibilidade de desistir da participação em qualquer momento. A aplicação do material demorou cerca de 45 minutos, estando sempre presente um investigador.

2.4. ANÁLISE PSICOMÉTRICA E ESTATÍSTICA

Os dados para avaliação psicométrica foram todos introduzidos, analisados e trabalhados no programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences* - versão 16). Para a análise da validade de constructo, utilizou-se os métodos de análise factorial (após teste *Kaiser-Meyer-Olkin* e o teste de esfericidade de *Bartlett*), e para a análise da consistência interna utilizaram-se as correlações item-total e o cálculo do alfa de Chronbach (e.g., Pett, Lackey, & Sullivan, 2003). Para o cálculo das correlações entre os 3 questionários, foi usada a correlação de *Spearman*, após análise do teste de *Kolmogorov-Smirnov* (e.g., Pereira, 1999).

RESULTADOS

Inicialmente, e com vista a averiguar se seria ainda possível reduzir o número de itens, analisamos as correlações inter-item dentro de cada um dos três questionários, retirando, entre aqueles com correlação igual ou maior a .80, o item menos claro em termos de compreensão da língua portuguesa, por decisão consensual dos juizes. Este procedimento permitiu retirar da análise dois itens no questionário do pai (20 e 124), dois itens no questionário da mãe (21 e 125) e três itens no questionário do ambiente familiar (67, 95, 154). Um segundo critério para reduzir o número de itens foi através da análise *loading* de cada item constituinte em cada factor na análise factorial de cada um dos três questionários, cujo procedimento está em baixo descrito para cada um dos três questionários analisados.

3.1. VALIDADE DE CONSTRUCTO

Para a validação de cada um dos três questionários, foi realizada a análise factorial dos componentes principais. Estabeleceu-se como critério mínimo de *loading* significativo para cada factor o valor de .30 (Pett, Lackey, & Sullivan, 2003).

3.1.1. Questionário de Cuidados Paternos

Após uma primeira análise factorial com rotação *varimax* dos 44 itens constituintes deste questionário e sem forçar a nenhum factor, verificámos uma distribuição destes itens por 8 factores. No entanto, a sua distribuição não se agrupava em torno de nenhum constructo teórico bem definido e alguns destes factores tinham muito poucos itens. Com a análise do *scree plot* percebeu-se que os dados eram compatíveis com a escolha de quatro factores. Com

uma nova análise factorial forçada a 4 factores, os itens 38, 40, 48, 54 e 130 foram eliminados (devido aos *loadings* não atingirem o critério .30 definido). Apesar de alguns itens saturarem em mais do que um factor, optámos pelo maior valor de *loading* e/ou pelo factor que melhor justificava a inclusão do item, ficando o Questionário de Cuidados Paternos constituído por 37 itens. O valor de *Kaiser-Meyer-Olkin* obtido foi de .95, o que é considerado excelente (Pestana & Gageiro, 2005; Pett, Lackey, & Sullivan, 2003; Pereira, 1999), e o teste de esfericidade de *Bartlett* é de $\chi^2 = 6324.73$, o qual atinge um valor significativo ($p < .05$), pelo que se rejeita a hipótese nula, ou seja, as variáveis são correlacionáveis. Nesta análise factorial dos itens do Questionário de Cuidados Paternos, a variância explicada do factor 1 é de 41.10%, a do factor 2 é 6.86%, a do factor 3 é de 4.35% e a do factor 4 é de 4.02%. A variância total explicada pelos 4 factores é de 56.76%, cujo resultado está dentro dos limites científicos aceitáveis (Pett, Lackey, & Sullivan, 2003). Para verificar a forma como os itens se distribuem pelos quatro factores, consulte a tabela 1.

3.1.2. Questionário de Cuidados Maternos

Numa primeira análise factorial com rotação *varimax* dos 44 itens deste questionário sem forçar a nenhum factor, constatou-se uma distribuição por 10 factores. No entanto, a sua distribuição não se agrupava em torno de nenhum constructo teórico bem definido e atingiam valores de saturação no limite de .30 ou abaixo deste. Com a análise do *scree plot* percebeu-se que os dados eram compatíveis com a escolha de quatro factores. Com uma nova análise factorial forçada a 4 factores, os itens 39, 41, 49, 55 e 131 foram eliminados (devido aos *loadings* não atingirem os critérios definidos). Apesar de alguns itens saturarem em mais do que um factor, optámos pelo maior valor de *loading* e/ou pelo factor que melhor justificava a inclusão do item, ficando o Questionário de Cuidados Maternos constituído também por 37 itens (tal como a do Pai). O valor de *Kaiser-Meyer-Olkin* foi de .933, o qual é considerado excelente (Pestana & Gageiro, 2005; Pett, Lackey, & Sullivan, 2003; Pereira, 1999), e o teste de esfericidade de *Bartlett* é de $\chi^2 = 5859.03$, o qual atinge um valor significativo ($p < .05$), pelo que se rejeita a hipótese nula, e confirma-se que as variáveis são correlacionáveis. A variância explicada do factor 1 é de 37.30%, a do factor 2 é 7.08%, a do factor 3 é de 4.69% e a do factor 4 é de 4.30%. A variância total explicada pelos 4 factores é de 53.37%, cujo resultado está dentro dos limites científicos aceitáveis (Pett, Lackey, & Sullivan, 2003). Para verificar a forma como os itens se distribuem pelos quatro factores, consulte a tabela 1.

Tabela 1

Loadings dos questionários de cada um dos pais na análise factorial forçada a 4 factores

PAI					MÃE				
Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
FBQ1	0,69				FBQ2	0,66	0,32		
FBQ3	0,67	0,32			FBQ4	0,68	0,33		
FBQ5	0,67				FBQ6	0,64			
FBQ7	0,59	0,35		0,36	FBQ8	0,53	0,39		
FBQ9	0,49			0,46	FBQ10	0,49			0,36
FBQ11	0,66				FBQ12	0,72			
FBQ16	0,58				FBQ17	0,65			
FBQ18	0,73				FBQ19	0,64			
FBQ22	0,62				FBQ23	0,58		0,40	
FBQ24	0,70				FBQ25	0,61		0,33	
FBQ26	0,65	0,36			FBQ27	0,59	0,41		
FBQ28	0,53	0,52		0,32	FBQ29	0,45	0,56		
FBQ30	0,67	0,36			FBQ31	0,59	0,39		
FBQ32	0,57	0,36		0,37	FBQ33	0,54	0,45		
FBQ34	0,56	0,51			FBQ35	0,47	0,62		
FBQ36	0,66	0,44			FBQ37	0,61	0,47		
FBQ42				-0,61	FBQ43				-0,68
FBQ44	-0,33			-0,71	FBQ45	-0,37			-0,72
FBQ46	-0,37		-0,31	-0,68	FBQ47	-0,36			-0,71
FBQ50			0,63		FBQ51			0,59	
FBQ52			0,57		FBQ53			0,52	
FBQ58			0,58		FBQ59			0,63	
FBQ61	-0,30		-0,55		FBQ62	-0,39		-0,47	
FBQ63			-0,68		FBQ64			-0,58	
FBQ106	0,42	0,61			FBQ107		0,59	0,31	
FBQ108	0,45	0,53			FBQ109		0,58		
FBQ110		0,67			FBQ111		0,65		
FBQ112			0,71		FBQ113			0,70	
FBQ114		0,31	0,59		FBQ115			0,67	
FBQ116		0,69			FBQ117		0,65	0,30	
FBQ118		0,60	0,36		FBQ119		0,65	0,31	
FBQ120	0,30	0,64		0,32	FBQ121	0,33	0,61		0,37
FBQ122		0,67		0,34	FBQ123		0,62		0,37
FBQ126	0,35	0,54			FBQ127	0,37	0,54		
FBQ128	0,32	0,64			FBQ129	0,36	0,57		
FBQ136				-0,63	FBQ137				-0,65
FBQ138				-0,60	FBQ139				-0,60

3.1.3. Questionário do Ambiente Familiar

A análise factorial inicialmente realizada com rotação *varimax* dos 81 itens deste questionário sem forçar a nenhum factor, distribui os itens por 23 factores. No entanto a sua distribuição não se agrupava em torno de nenhum constructo teórico bem definido e atingiam valores de saturação no limite de .30 ou abaixo deste.

Com a análise do *scree plot* percebeu-se que os dados eram compatíveis com a escolha de seis factores. Com uma nova análise factorial forçada a 6 factores, os itens 68, 71, 73, 74, 75, 78, 79, 81, 91, 94, 96, 97, 101, 105, 134, 135, 153, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178 e 179 foram eliminados (devido aos *loadings* não atingirem os critérios definidos), ficando o Questionário do Ambiente Familiar constituído por 50 itens.

O valor de *Kaiser-Meyer-Olkin* foi de .765, o qual é considerado razoável ou médio (Pestana & Gageiro, 2005; Pett, Lackey, & Sullivan, 2003; Pereira, 1999), e o teste de esfericidade de *Bartlett* é de $X^2 = 9467.56$ o qual atinge um valor significativo ($p < .05$), pelo que se rejeita a hipótese nula, e confirma-se que as variáveis são correlacionáveis.

A variância explicada do factor 1 é de 18.61%, a do factor 2 é 9.54%, a do factor 3 é de 7.86%, a do factor 4 é de 6.31%, a do factor 5 é de 4.85% e a do factor 6 é de 4.14%. A variância total explicada pelos 6 factores é de 51.31%, cujo resultado está dentro dos limites científicos aceitáveis (Pett, Lackey, & Sullivan, 2003).

A distribuição dos itens pelos seis factores está disponível na tabela 2.

Tabela 2

Loadings do Questionário do Ambiente Familiar na análise factorial forçada a 6 factores

Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
FBQ13			-0,59			
FBQ14			-0,66			
FBQ15			-0,63			
FBQ65					0,65	
FBQ66					0,65	
FBQ69					0,70	
FBQ70					0,70	
FBQ72						0,46
FBQ76						0,57
FBQ77						0,58
FBQ80						0,55
FBQ82						0,58
FBQ83						0,57
FBQ84				0,71		
FBQ85				0,84		
FBQ86				0,85		
FBQ87				0,83		
FBQ88				0,56		
FBQ89				0,73		
FBQ90				0,57		
FBQ92		0,30				-0,45
FBQ93						-0,48
FBQ98		0,58				
FBQ99		0,71				
FBQ100		0,69				
FBQ102					0,60	
FBQ103		-0,34			0,57	
FBQ104					0,48	
FBQ132		0,56				
FBQ133	0,43	0,32				
FBQ140		0,43	0,39			
FBQ141		0,35	0,53			
FBQ142		0,42	0,55			
FBQ143	0,35		0,65			
FBQ144		0,37	0,56			
FBQ145	0,37		0,65			
FBQ155	0,75					
FBQ156	0,76		0,41			
FBQ157	0,77					
FBQ158	0,72		0,48			
FBQ159	0,79					
FBQ160	0,71		0,42			
FBQ161	0,70					
FBQ162	0,61		0,36			
FBQ163		0,78				
FBQ164		0,76				
FBQ165		0,65				
FBQ166		0,66				
FBQ167	0,54	0,39				
FBQ168	0,45	0,42				

Como a cotação dos itens sugere que quanto mais próximo de 5, melhor é o cuidado e/ou ambiente familiar, a cotação de vários itens foi invertida e recodificada, apoiada quer nos resultados da análise factorial (*loadings* negativos conforme tabela 1), quer da análise do conteúdo semântico de cada um. Assim, no Questionário de Cuidados Paternos, a cotação dos itens 42, 44, 46, 61, 63, 136 e 138 foi invertida.

De acordo com os dados disponíveis para o Questionário dos Cuidados Paternos na tabela 1, considerando o conteúdo teórico dos itens, o factor 1, constituído por 16 itens, foi caracterizado por “Aceitação e Expressão de Afecto Paterno”. O factor 2 refere-se à “Responsividade e Diálogo Paterno” e é constituído por 9 itens. O factor 3 é “Envolvimento Educacional Paterno” e é constituído 7 itens. O factor 4 é “Respeito Físico e Emocional Paterno” e é constituído por 5 itens.

No Questionário de Cuidados Maternos, a cotação dos itens 43, 45, 47, 62, 64, 137 e 139 foi também invertida. Na mesma tabela 1, verificámos que a organização obtida para o Questionário dos Cuidados Maternos é equivalente à organização obtida para o Questionário dos Cuidados Paternos, o que facilita uma comparação posterior entre os pais. Assim sendo, o factor 1 denomina-se “Aceitação e Expressão de Afecto Materno”, o factor 2 de “Responsividade e Diálogo Materno”, o factor 3 de “Envolvimento Educacional Materno” e o factor 4 de “Respeito Físico e Emocional Materno”.

No Questionário do Ambiente Familiar, e de acordo com a tabela 2, o factor 1 foi denominado “Ausência de Abuso de Substâncias Parental”, o factor 2 de “Coligação Parental e Ajustamento Psicológico Parental”, o factor 3 de “Cuidado Físico e Relacionamento Parental Não-Violento”, o factor 4 de “Ausência de Tarefas Domésticas”, o factor 5 de “Apoio Social Infantil e Expressão Emocional Familiar”, e o factor 6 de “Controlo Parental”. Considerando sempre o sentido em que 5 significa melhor ambiente, todos os itens do factor 1 nesta escala foram invertidos (para que, quanto mais para 5, menor abuso de substâncias parental), assim como os do factor 2 (para que, quanto mais para 5, maior coligação e ajustamento psicológico parental). No factor 6, os itens 72, 76, 77, 80, 82 e 83 foram recodificados (1=1, 2=2, 3=5, 4=4, 5=3) e 92 e 93 foram invertidos (para que, quanto mais próximo de 5, melhor e mais democrático e decisões partilhadas em família no Controlo Parental). No factor 3, os itens 140, 141, 142, 143, 144 e 145 sobre violência doméstica foram invertidos (para que, quanto mais para 5, menos violência, mantendo-se, portanto, os itens 13, 14 e 15 de 1 a 5).

3.2. CONSISTÊNCIA INTERNA

Foi estabelecido como critério mínimo nas correlações item-total para cada subescala de .40 e de .30 nos valores de *squared multiple correlation*, desde que a eliminação desse item não baixasse o valor de alfa de Chronbach do factor e não prejudicasse a relação com o seu questionário constituinte (para que comparações entre pai e mãe pudessem ser concretizadas).

3.2.1. Questionário de Cuidados Paternos

O alfa de Cronbach total do Questionário de Cuidados Paternos é de .954. A análise dos coeficientes dos alfas de Cronbach, considerando a organização dos itens pelas 4 subescalas, variam desde .739 (escala 4 – Respeito Físico e Emocional Paterno) até .946 (escala 1 - Aceitação e Expressão de Afecto Paterno).

A versão portuguesa do Questionário de Cuidados Paternos está exposta no anexo 1 e a tabela 3 apresenta os alfas de Cronbach de cada uma das subescalas deste questionário.

3.2.2. Questionário de Cuidados Maternos

O alfa de Cronbach total do Questionário de Cuidados Maternos é de .945. A análise dos coeficientes dos alfas de Cronbach, considerando a organização dos itens pelas 4 subescalas, variam desde .743 (escala 3 –Envolvimento Educacional Materno) até .938 (escala 1 - Aceitação e Expressão de Afecto Materno).

A versão portuguesa do Questionário de Cuidados Maternos está exposta no anexo 2 e a tabela 3 apresenta os alfas de Cronbach de cada uma das subescalas deste questionário.

3.2.3. Questionário do Ambiente Familiar

O alfa de Cronbach total do Questionário do Ambiente Familiar é de .843. A análise dos coeficientes dos alfas de Cronbach, considerando a organização dos itens pelas 6 subescalas, variam desde .739 (escala 6 – Controlo Parental) até .888 (escala 1 – Abuso de Substâncias Parental).

A versão portuguesa do Questionário do Ambiente Familiar está exposta no anexo 3 e a tabela 3 apresenta os alfas de Cronbach de cada uma das subescalas deste questionário.

Tabela 3

Alfas de Cronbach dos três questionários do Instrumento do Historial Familiar (IHF)

Factores	N.º itens constituintes	N.º Itens totais	Alfa de Chronbach
QUESTIONÁRIO DE CUIDADOS PATERNOS (alfa total = .954)			
Aceitação e Expressão de Afecto Paterno	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16	16	.946
Responsividade e Diálogo Paterno	25, 26, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 35	9	.904
Envolvimento Educacional Paterno	20, 21, 22, 23*, 24*, 28, 29	7	.782
Respeito Físico e Emocional Paterno	17*, 18*, 19*, 36*, 37*	5	.739
QUESTIONÁRIO DE CUIDADOS MATERNOS (alfa total = .945)			
Aceitação e Expressão de Afecto Materno	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16	16	.938
Responsividade e Diálogo Materno	25, 26, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 35	9	.874
Envolvimento Educacional Materno	20, 21, 22, 23*, 24*, 28, 29	7	.743
Respeito Físico e Emocional Materno	17*, 18*, 19*, 36*, 37*	5	.764
QUESTIONÁRIO DO AMBIENTE FAMILIAR (alfa total = .843)			
Ausência de Abuso de Substâncias Parental	37*, 38*, 39*, 40*, 41*, 42*, 43*, 44*	8	.888
Coligação Parental e Ajustamento Psicológico Parental	23*, 24*, 25*, 29*, 30*, 45*, 46*, 47*, 48*, 49*, 50*	11	.864
Cuidado Físico e Relacionamento Parental Não-Violento	1, 2, 3, 31*, 32*, 33*, 34*, 35*, 36*	9	.842
Ausência de Tarefas domésticas	14, 15, 16, 17, 18, 19, 20	7	.873
Apoio Social Infantil e Expressão Emocional Familiar	4, 5, 6, 7, 26, 27, 28	7	.767
Controlo Parental	8**, 9**, 10**, 11**, 12**, 13**, 21*, 22*	8	.739

*Itens invertidos; **Itens recodificados (1=1; 2=2; 3=5; 4=4; 5=3)

Nota. As subescalas de cada um dos questionários corresponde à média dos itens dos seus itens constituintes

Analisada a consistência interna de cada questionário, procedeu-se ao cálculo das médias e desvios-padrões da amostra avaliada, cujos valores estão expostos na tabela 4.

Atendendo ao valor de cada uma das subescalas constituintes de cada questionário, são calculadas quatro novas variáveis – ÍNDICE DE CUIDADOS PATERNOS, ÍNDICE DE CUIDADOS MATERNOS, ÍNDICE DE AMBIENTE FAMILIAR E O ÍNDICE GERAL DE CUIDADOS FAMILIARES. Estas variáveis, que permitem um valor global do relato das memórias do indivíduo em relação às suas experiências na família-de-origem (com o pai, mãe, do ambiente familiar e dos cuidados familiares em geral), surge da média do somatório do valor com que cada sujeito classificou as suas respostas em cada uma das subescalas de cada questionário, pelo que o valor final varia entre 1 e 5 (ver tabela 4).

Tabela 4

Médias e Desvios-padrões das subescalas do Instrumento do Historial Familiar (IHF)

Nome da escala	Total (N=280)		Homens (N=135)		Mulheres (N=145)	
	<i>Média</i>	<i>d.p.</i>	<i>Média</i>	<i>d.p.</i>	<i>Média</i>	<i>d.p.</i>
1 – Aceitação e Expressão de Afecto Paterno	3.97	.837	3.98	.832	3.96	.844
2 - Responsividade e diálogo Paterno	3.46	.897	3.53	.808	3.40	.971
3 - Envolvimento Educacional Paterno	3.70	.784	3.69	.744	3.72	.823
4 – Respeito Físico e Emocional Paterno	4.19	.762	4.13	.731	4.23	.790
ÍNDICE DE CUIDADOS PTERNOS	3.831	.660	3.83	.610	3.83	.706
1 - Aceitação e Expressão de Afecto Materno	4.25	.697	4.30	.674	4.20	.717
2 - Responsividade e diálogo Materno	3.76	.769	3.77	.702	3.75	.829
3 - Envolvimento Educacional Materno	3.95	.682	3.96	.643	3.94	.718
4 - Respeito Físico e Emocional Materno	4.19	.802	4.20	.779	4.18	.825
ÍNDICE DE CUIDADOS MATERNOS	4.038	.576	4.05	.529	4.02	.617
1 – Ausência de Abuso de Substâncias Parental	4.91	.382	4.89	.461	4.92	.290
2 – Coligação/ Ajustamento psicológico Parental	4.01	.611	4.07	.598	3.94	.618
3 – Cuidado físico e relacionamento parental não-violento	4.75	.455	4.74	.513	4.75	.395
4 – Ausência de Tarefas Domésticas	2.82	1.251	2.33	1.020	3.28	1.276
5 – Apoio Social e Expressão Emocional Familiar	3.61	.764	3.60	.719	3.63	.805
6 – Controlo Parental	4.03	.499	4.15	.466	3.91	.503
ÍNDICE DE AMBIENTE FAMILIAR	4.02	.321	3.96	.307	4.07	.327
ÍNDICE GERAL DE CUIDADOS FAMILIARES	3.972	.404	3.95	.390	3.99	.418

Através do teste de Kolmogorov-Smirnov verificamos que a distribuição na nossa amostra de todos os questionários é não-normal, excepto para as subescalas “envolvimento educacional paterno”, “Responsividade e Diálogo Materno” e para o “índice de Ambiente Familiar”. Assim, realizou-se um Mann-Whitney para verificar se havia diferenças entre o sexo masculino e feminino, cujos resultados evidenciam diferenças marginalmente significativas nas subescalas de “Respeito físico e emocional paterno” ($U = 8406.50$, $Z = - 1.775$, $p = .076$) e de “Coligação parental e ajustamento psicológico parental” ($U = 8568.00$, $Z = - 1.80$, $p = .071$), com as mulheres a apresentarem valores mais elevados nestas escalas. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para a “ausência de tarefas domésticas” ($U = 5629.50$, $Z = - 6.148$, $p = .000$) e “Controlo Parental” ($U = 6850.50$, $Z = - 4.35$, $p = .000$), com os Homens a relatarem mais tarefas domésticas e um controlo parental mais democrático do que as mulheres. Nas restantes escalas, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p > .05$).

3.3. RELAÇÃO ENTRE CUIDADOS PTERNOS, MATERNOS E AMBIENTE FAMILIAR

Fez-se uma análise correlacional (ver tabela 5), com recurso à correlação de *Spearman* entre as diferentes sub-escalas e índices do instrumento, cujos resultados mostram que na sua quase totalidade estão, entre si, significativa e positivamente inter-correlacionadas ($p < .05$). Verificámos, no entanto, duas correlações negativas estatisticamente significativas, apesar de baixas, entre a “ausência de tarefas domésticas” e a “coligação e ajustamento psicológico parental” ($r_s = -.139$, $p < .05$) e com o “controlo parental” ($r_s = -.224$, $p < .01$).

Tabela 5

Matriz de Correlações de Spearman entre as escalas da versão portuguesa do IHF

Subescalas(1)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1	1																		
2	.772**	1																	
3	.486**	.454**	1																
4	.411**	.424**	.135*	1															
5	.680**	.517**	.362**	.241**	1														
6	.519**	.693**	.338**	.265**	.758**	1													
7	.249**	.224**	.651**	-.046	.422**	.378**	1												
8	.330**	.324**	.153*	.761**	.390**	.373**	.089	1											
9	.054	.027	.074	-.054	.088	.042	-.010	.054	1										
10	.423**	.363**	.272**	.306**	.224**	.199**	.071	.253**	.222**	1									
11	.452**	.386**	.403**	.306**	.407**	.347**	.254**	.308**	.214**	.347**	1								
12	-.105	-.101	.036	-.041	-.051	-.034	.054	-.060	.037	-.139*	-.103	1							
13	.427**	.438**	.267**	.114	.379**	.369**	.283**	.120*	.022	.099	.173**	-.086	1						
14	.080	.097	-.057	.164**	.082	.051	-.010	.137*	.073	.111	.147*	-.224**	.142*	1					
15	.874**	.876**	.651**	.608**	.606**	.624**	.362**	.502**	.051	.447**	.491**	-.061	.421**	.082	1				
16	.588**	.590**	.480**	.432**	.843**	.848**	.590**	.626**	.045	.237**	.427**	-.018	.354**	.077	.712**	1			
17	.375**	.357**	.314**	.231**	.316**	.290**	.208**	.217**	.304**	.409**	.320**	.573**	.468**	.226**	.422**	.332**	1		
18	.791**	.786**	.628**	.560**	.698**	.695**	.450**	.551**	.144*	.460**	.516**	.140**	.497**	.129*	.919**	.810**	.647**	1	

* $p < .05$. ** $p < .01$

(1) Legenda:

1 - Aceitação e expressão de afecto paterno; 2 - Responsividade e diálogo paterno; 3 - Envolvimento educacional paterno; 4 - Respeito físico e emocional paterno; 5 - Aceitação e expressão de afecto materno; 6 - Responsividade e diálogo materno; 7 - Envolvimento educacional materno; 8 - Respeito físico e emocional materno; 9 - Ausência de abuso de substâncias parental; 10 - Coligação parental e ajustamento psicológico parental; 11 - Cuidado físico e relacionamento parental não-violento; 12 - Ausência de tarefas domésticas; 13 - Apoio social infantil e Expressão emocional familiar; 14 - Controlo parental; 15 - Índice de Cuidados Paternos; 16 - Índice de Cuidados Maternos; 17 - Índice de Ambiente Familiar; 18 - Índice Geral de Cuidados Familiares.

Em suma, a avaliação das experiências familiares utilizando os 3 questionários (124 itens), mais os 5 itens de abuso sexual enquanto *checklist* (anexo 4) envolve responder a 129 itens. Nesta *checklist*, as respostas são classificadas em termos de “Sim, houve abuso” ou “não houve abuso”. Para os nossos participantes, 0.4% (n=1) relataram que foram abusados pelo pai, 0.4% (N=1) relataram que foram abusados pela mãe, 1.8% (n=5) relataram que foram abusados por algum familiar (e.g., irmão, tio, primo, etc.), 1.1% (n=3) relataram que foram abusados com uso de força física (e.g., vizinho, ama, professor, desconhecido, etc.) e 2.5% (n=7) relataram que foram abusados por alguém sem o uso da força física.

Em termos globais, o total dos 3 questionários deu origem a um índice de Experiências Familiares, cujo valor médio total é de 3.97 ($DP=.404$).

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DO INSTRUMENTO DO HISTORIAL FAMILIAR

Este estudo, que parte de um instrumento muito extenso sobre os cuidados recebidos ao longo do desenvolvimento na família-de-origem, avalia as qualidades psicométricas de três questionários – Questionário de Cuidados Paternos, Questionário de Cuidados Maternos e Questionário do Ambiente Familiar - que procuram averiguar a forma como os jovens adultos (maiores de 18 anos) relatam dimensões do funcionamento familiar. Considerando as recomendações da *European Federation of Psychological Associations* (EFPA, 2005), importa salientar que as áreas de aplicação destes materiais de auto-resposta são transversais aos vários campos da psicologia, mas está mais indicado para a área da clínica do adulto (individual ou familiar), com uma administração tanto individual como colectiva.

Na presente investigação, os factores constituintes de cada um dos questionários demonstram uma validade factorial e consistência interna adequadas. O estudo das qualidades psicométricas de cada subescala dentro de cada um dos três questionários, evidenciou valores de alfa elevados, que variam entre .74 e .95. O estudo das correlações entre as várias subescalas evidencia valores que se apresentam, na maior parte das vezes, com magnitude elevada e significativa, sem ultrapassar o valor de .90 (o que significaria estar a avaliar a mesma coisa) (EFPA, 2005). Neste sentido, verificámos que a quase totalidade das correlações entre os factores dos três questionários são positivas, excepto no que diz respeito às correlações entre as subescalas de “ausência de tarefas domésticas” com a “coligação e ajustamento psicológico

parental” ($r_s = -.139, p < .05$) e com o “controlo parental” ($r_s = -.224, p < .01$). Estes resultados podem significar que uma menor colaboração nas tarefas domésticas está associada a um maior desacordo e desajustamento psicológico dos pais, assim como um controlo parental mais desadequado. A análise específica das correlações positivas mais robustas em relação aos cuidados paternos, maternos e ambiente familiar em geral, constata-se que o ambiente familiar é relatado como tanto melhor quanto mais adequado forem os cuidados paternos e maternos. Em termos globais, o funcionamento geral familiar, que se traduz pelo índice de cuidados familiares, é tanto melhor quanto mais positivo forem os cuidados paternos, maternos e o ambiente familiar em que cada indivíduo se desenvolve. No entanto, mais estudos são necessários, com amostras maiores, para analisar e confirmar a relação entre estas escalas e uma generalização à população portuguesa.

A divisão e organização dos itens em três questionários separados parece mais favorável do que um único instrumento por inúmeras razões, a saber: 1) não há sobreposição dos itens nas diferentes escalas ou factores (ao contrário da versão original); 2) com a redução do número de itens e a organização de três questionários, o tempo de aplicação tornou-se menor; 3) aumenta a flexibilidade do clínico ou do investigador, pois permite escolher qual ou quais os questionários a aplicar, uma vez que nem todos os indivíduos tiveram ou viveram com ambos os pais (devido a óbito, divórcio ou ausência); 4) Também com a divisão em três questionários, respondem apenas àquele com quem habitaram. Desta forma, alivia-se também a carga emocional de não poder responder nos vários itens acerca da pessoa ausente; 5) ao separar os questionários, evita-se o contraste que poderá existir na relação com o pai e a mãe e não se favorece ou denigre uma figura parental em função da outra ao longo das respostas ao questionário.

A análise de diferenças entre homens e mulheres revelou que as mulheres relatam maior “respeito físico e emocional do pai” e uma maior “coligação e ajustamento psicológico parental” (em termos de ambiente familiar) do que os homens. Acresce ainda o facto de que os homens relatam mais participação em tarefas domésticas e um controlo parental mais democrático e com maior liberdade para as suas tomadas de decisão do que as mulheres.

Relativamente às limitações deste estudo, a falta de uma análise directa da veracidade das respostas enfraquece a confiança que é depositada nos resultados obtidos. A auto-resposta ao instrumento associada a informação recolhida doutra forma (no exterior com os familiares e/ou outros registos) teria complementado e ajudado a validar os resultados. Apesar de difícil e muitas vezes impossível, informação adicional dos membros familiares, médicos ou legais ajudariam a fortalecer a fiabilidade das variáveis usadas neste estudo e poderia ser usada para

examinar a validade dos resultados para cada factor das escalas analisadas (e.g., Williams, Watts, Macleod & Mathews, 2000). Pode-se também salientar como limitação o facto do instrumento avaliar um longo período de desenvolvimento (infância e adolescência), o que torna mais difícil determinar se, ao responder às questões, os sujeitos estão a pensar na mesma altura da vida. Assim, em futuras investigações, são necessários estudos comparativos com outros instrumentos ou estudos mais restritos em relação ao momento de vida que se está a tentar avaliar. Uma outra limitação deste estudo é o facto de que a amostra que serviu de base para a sua realização não ser representativa da população portuguesa, dado que são jovens adultos e estudantes universitários. Assim, apesar dos resultados desta investigação serem encorajadores, sugere-se que, em estudos futuros, este estudo seja replicado com uma amostra representativa da população portuguesa. Aliás, apesar dos indicadores positivos da utilidade deste instrumento, falta ainda estudar a validade e reprodutibilidade dos mesmos. Em futuros estudos, é importante avaliar a fiabilidade em termos de estabilidade teste-reteste para os três questionários e também aumentar o número de participantes e variabilidade das suas características etárias e sócio-económicas por forma a garantir uma maior probabilidade de generalização dos resultados para a população portuguesa.

2ª PARTE: RELAÇÃO DO INSTRUMENTO DO HISTORIAL FAMILIAR COM O HUMOR
DEPRESSIVO, VINCULAÇÃO E APOIO SOCIAL

1. INTRODUÇÃO

Considerando os problemas e objectivos da presente investigação, a amostra onde foi feito o estudo psicométrico do *Instrumento do Historial Familiar*, respondeu também a outros três questionários que fizeram parte do plano delineado no início da investigação, nomeadamente *Escala de Vinculação do Adulto*, *Inventário de Depressão de Beck* e *Escala de Apoio Social*. Este estudo é essencial na medida em que permite testar numa população não-clínica as relações entre as variáveis da história familiar e as características actuais (vinculação e apoio social) e humor depressivo. Considerando a perspectiva teórica que orienta este trabalho – diátese-stress -, considerou-se também importante analisar quais as variáveis que melhor explicam o humor depressivo actual, comparando o contributo da história de desenvolvimento e as características actuais dos sujeitos (vinculação e apoio social). Assim, procurou-se, neste primeiro estudo, analisar a relação existente entre as experiências interpessoais familiares (experiências anteriores) e a gravidade do humor depressivo, o estilo de vinculação e o apoio social (características actuais). Para o efeito, foram tidas em consideração as seguintes hipóteses:

H1) Quanto piores os cuidados paternos e cuidados maternos ao longo do desenvolvimento, maior o índice de humor depressivo na idade adulta

H2) Quanto pior o ambiente familiar ao longo do desenvolvimento, maior o índice de humor depressivo na idade adulta

H3) A vinculação no adulto tem uma relação significativa com o humor depressivo na idade adulta

H4) O apoio social no adulto tem uma relação significativa com o humor depressivo na idade adulta

H5) A vinculação no adulto tem um efeito mediador entre as experiências familiares ao longo do desenvolvimento e o humor depressivo na idade adulta

H6) O apoio social tem um efeito mediador entre as experiências familiares ao longo do desenvolvimento e o humor depressivo na idade adulta

MÉTODO

2.1. PARTICIPANTES

Os mesmos 280 participantes apresentados na 1ª parte deste primeiro estudo.

2.2. INSTRUMENTOS

Para além do IHF descrito na 1ª parte, foram utilizados os seguintes instrumentos:

2.2.1. Escala de Vinculação do Adulto

Esta escala foi construída em 1990 por Collins e Read (cit. Collins & Read, 1994) para ultrapassar algumas das limitações existentes em questionários anteriores. Para o efeito, foram realizados estudos psicométricos com 286 mulheres e 184 homens, dos quais resultaram a actual versão de 18 itens. Em Portugal, os primeiros estudos deste instrumento foram desenvolvidos por Canavarro (1999), tendo havido outros estudos que permitiram robustecer a amostra inicial (cf. Canavarro, 2006), o que contribuiu para o estudo das qualidades psicométricas da versão portuguesa. Num primeiro estudo (Canavarro, 1997), os 18 itens da escala foram organizados por 3 dimensões de acordo com o modelo de Hazan e Shaver (1987), nomeadamente Vinculação Ansiosa, Segura e Evitante. Posteriormente, amostras da população em geral foram acrescidas, mantendo-se a organização por 3 factores e numa coerência semelhante, mas renomeados para *Ansiedade*, *Conforto com a Proximidade* e *Confiança nos Outros*, respectivamente (cf. Canavarro, Dias, & Lima, 2006). A dimensão *Ansiedade* caracteriza-se pelo grau de ansiedade sentida pelo sujeito relacionada com questões interpessoais de receio de abandono ou de não ser desejado, existindo um paralelismo entre esta dimensão e o estilo de vinculação Ansioso, pelo que quanto mais alto o valor nesta dimensão, mais ansioso é o estilo de vinculação. A dimensão *Conforto com a Proximidade* caracteriza-se pelo grau em que o sujeito se sente confortável com a intimidade e proximidade, com um paralelismo com o estilo de vinculação Seguro, pelo que quanto mais alto o valor nesta dimensão, mais seguro é o estilo de vinculação. A dimensão *Confiança/Segurança nos Outros* refere-se ao grau de confiança que o indivíduo tem nos outros, assim como na disponibilidade destes quando necessária, que está vinculado ao estilo de vinculação Evitante, ou seja, quanto mais baixo for o valor nesta dimensão, mais evitante é o estilo de vinculação.

Os estudos de Canavarro (1999; Canavarro, Dias, & Lima, 2006) realizados numa amostra de 286 mulheres e 184 homens, mostraram um adequado nível de consistência interna

na escala geral com um alfa de Cronbach de .74, e para cada uma destas três dimensões, cujos alfas de Cronbach encontrados foram .85 para *Ansiedade*, .81 para *Conforto com a Proximidade* e .78 para *Confiança nos Outros*. Os resultados são analisados no sentido em que a pontuação mais elevada para cada sujeito entre as três dimensões caracteriza o seu estilo de vinculação, pelo que quanto mais alta a pontuação, maior é a dimensão.

Na perspectiva da nossa investigação, sendo este instrumento uma forma de avaliação do modo como a pessoa se vincula ao outros e ao mundo à sua volta, interessa-nos analisar a forma como estas três dimensões co-existem no indivíduo adulto. Neste sentido, os resultados dos sujeitos não foram categorizados nos tipos de vinculação, ficando a sua análise assente num *continuum* baseado nas dimensões de vinculação que o instrumento fornece.

2.2.2. Inventário da Depressão de Beck (BDI)

É um inventário de auto-resposta que se destina a avaliação a severidade de sintomatologia depressiva, resultando num valor de humor depressivo (BDI; Beck, Ward, Mendelsohn, Mock & Erbaugh, 1961/ versão portuguesa aferida por Vaz-Serra & Pio Abreu, 1973a, 1973b). Apresenta, na sua constituição, 21 itens distribuídos por 21 diferentes manifestações de depressão e organiza-se em torno de 6 parâmetros de avaliação da sintomatologia depressiva do tipo afectivo, cognitivo, motivacional, delirante, físico e funcional (sono, apetite, peso e líbido). Cada um dos seus itens é constituído por 4 ou 5 afirmações ordenadas segundo a severidade do sintoma. Perante esses itens, o indivíduo deverá escolher aquela afirmação que mais próxima se encontra do seu estado actual, variando o valor das alternativas entre 0 e 3. A consistência interna deste instrumento é boa, com uma fidelidade teste-reteste elevada (Vaz-Serra & Pio Abreu, 1973a, 1973b). A razão pela qual seleccionamos este teste dentro dos diversos instrumentos disponíveis e existentes prende-se com o facto de que está aferido para a população portuguesa, para além de ter um vasto conjunto de itens que abrangem os vários sintomas de depressão e razoáveis índices de fidelidade e fidelidade.

Na versão portuguesa é sugerido como ponto de corte entre a população deprimida e normal o valor de 12 pontos (Vaz-Serra & Pio Abreu, 1973a, 1973b). No entanto, para uma análise mais específica, utilizaram-se os seguintes valores de corte, de acordo com os critérios de Kendall e seus colaboradores (cf. Maia, 2001): normal de 0 a 9; depressão leve de 10 a 20; disforia de 10 a 17; valores superiores a 17 reflectem estados depressivos, dentro dos quais depressão moderada de 20 a 30 e depressão grave com valores maiores que 30. Apesar de podermos usar o valor de corte de 17, à semelhança do critério utilizado num outro estudo

português (Maia, 2001), interessou nesta investigação analisar a forma como o humor depressivo prevalece no indivíduo adulto. Neste sentido, os resultados das amostras utilizadas não foram categorizados, ficando a sua análise assente num *continuum*.

2.2.3. Escala de Apoio Social (EAS)

Esta escala foi desenvolvida por Matos e Ferreira (2000) para a população portuguesa, sendo que o objectivo se centra sobretudo na análise do apoio social percebido, salientando a importância dos aspectos cognitivos e interpessoais. A escala de apoio social é uma escala de auto-resposta que permite obter uma “*medida do grau em que o indivíduo avalia o seu apoio social*” (Matos & Ferreira, 2000, p. 244). É constituído por 16 questões, avaliadas num *continuum* de 1 a 5, significando este último valor um nível mais elevado de apoio social. O estudo psicométrico foi feito com 214 participantes da população em geral, cuja consistência interna é bastante adequada, tal como se constata com o valor .849 do alfa de Cronbach. A análise factorial encontrada explica 49% da variância e organiza-se em 3 factores com consistência aceitável, que caracterizam as variáveis por nós utilizadas, nomeadamente Apoio Informativo, com um alfa de Cronbach de .74, Apoio Emocional com um alfa de Cronbach de .72 e Apoio Instrumental, com um alfa de Cronbach de .63. As pontuações desta escala variam entre 16 e 80, cujos resultados vão no sentido em que, quanto maior pontuação, melhor o apoio social ou a dimensão analisada em cada um dos seus factores constituintes.

2.3. PROCEDIMENTO

O procedimento realizado foi o mesmo da 1ª parte do primeiro estudo.

2.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA E TRATAMENTO DE DADOS

Os dados para análise estatística foram introduzidos, analisados e trabalhados no programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS – 16ª versão).

As variáveis foram submetidas a uma análise exploratória para averiguar acerca da normalidade das distribuições através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* (K-S). Para as análises correlacionais, foram utilizados os critérios de Sampieri, Collado, e Lucio (2006, p. 448), onde existem vários graus interpretativos da magnitude da correlação (positiva ou negativa), nomeadamente .90 (muito forte), .75 (considerável), .50 (média), .10 (fraca) e .00 (correlação

ausente). Nas variáveis cuja distribuição se verificou paramétrica, utilizou-se a correlação de *Pearson* (r) e naquelas cuja distribuição se verificou não-paramétrica, utilizou-se a correlação de *Spearman* (r_s). O valor de significância estatística de p menor que .05 foi considerado significativo nas variáveis estudadas, mas consideram-se também aos valores marginalmente significativos ($.05 < p < .10$).

RESULTADOS

3.1. RESULTADOS PARA O HUMOR DEPRESSIVO, VINCULAÇÃO E APOIO SOCIAL

Considerando que na primeira parte deste primeiro estudo, foram aí expostos os resultados do instrumento de avaliação dos cuidados familiares, importa nesta segunda parte, antes das análises correlacionais e verificação das hipóteses, apresentar os resultados relativos à caracterização actual do humor depressivo, dimensões de vinculação e tipos de apoio social nos estudantes universitários que participaram neste estudo.

A aplicação do *Inventário da Depressão de Beck* permitiu caracterizar o grau de humor depressivo nos participantes, com uma média de 6.22 pontos ($DP = 6.57$) (o que corresponde a ausência de humor depressivo). Quanto à vinculação, observa-se que a dimensão com valor mais elevado é o *Conforto com a Proximidade* ($M = 3.54$, $DP = .52$), seguida da *Confiança nos Outros* ($M = 3.24$, $DP = .53$) e depois da *Ansiedade* ($M = 2.48$, $DP = .76$). Relativamente ao apoio social, o tipo de apoio que atinge valor mais elevado é o informativo ($M = 22.36$, $DP = 4.07$), seguido do instrumental ($M = 21.36$, $DP = 3.20$) e, finalmente, o emocional ($M = 20.37$, $DP = 3.23$). No seu conjunto, o valor médio de apoio social é de 64.09 ($DP = 8.96$).

Uma síntese destes resultados está exposta na tabela 6.

Tabela 6

Caracterização do Humor Depressivo, Vinculação e Apoio Social em Estudantes Universitários

Inventário de Depressão de Beck	Média	d.p.
Humor Depressivo	6.22	6.569
Dimensões de Vinculação	Média	d.p.
Ansiedade	2.48	.757
Conforto com a Proximidade	3.54	.523
Confiança nos Outros	3.24	.532
Tipos de Apoio Social	Média	d.p.
Apoio Informativo	22.36	4.066
Apoio Emocional	20.37	3.234
Apoio Instrumental	21.36	3.205
Apoio Social Total	64.09	8.959

Os resultados que são descritos de seguida expõem (após as análises correlacionais entre as variáveis das hipóteses em estudo) os valores preditivos das variáveis relativas às experiências ao longo do desenvolvimento (ponto 3.3 para análise das hipóteses H1 e H2) e, posteriormente, das características actuais (vinculação e apoio social) (ponto 3.4 para análise das hipóteses H3 e H4). A razão pela qual separamos as análises nestes dois pontos (3.3. e 3.4.) serve para facilitar a conceptualização das conclusões no modelo teórico que orienta esta investigação (diátese-stress). Por último, no ponto 3.5 são expostos os resultados relativos ao efeito mediador da vinculação e do apoio social entre a história de desenvolvimento e humor depressivo (para análise das hipóteses H5 e H6).

3.2. ANÁLISES CORRELACIONAIS ENTRE VARIÁVEIS

Numa análise entre as características actuais de **vinculação no adulto e as experiências** ao longo do desenvolvimento, observa-se que há uma associação positiva significativa entre a dimensão *Conforto com a Proximidade* com os Cuidados Maternos ($r_s = .232, p < .01$) e com o Índice Geral de Cuidados Familiares ($r_s = .156, p < .01$). Constata-se também uma correlação positiva entre a dimensão *Confiança nos Outros* com os Cuidados Paternos ($r_s = .285, p < .01$), Cuidados Maternos ($r_s = .213, p < .01$), Ambiente Familiar ($r_s = .189, p < .01$) e com o Índice Geral de Cuidados Familiares ($r_s = .269, p < .01$). Verifica-se ainda uma correlação negativa significativa entre a dimensão *Ansiedade* e os Cuidados Paternos ($r_s = -.142, p < .05$).

Tendo em consideração a relação entre **apoio social actual e as experiências** ao longo do desenvolvimento, existe uma associação significativa positiva com quase todas as subescalas do historial familiar. Em termos globais, o apoio social total está positivamente associado aos cuidados paternos ($r_s = .318, p < .01$), maternos ($r_s = .330, p < .01$), Ambiente Familiar ($r_s = .205, p < .01$) e funcionamento familiar em geral ($r_s = .331, p < .01$).

Analisando a relação entre o **humor depressivo e as experiências** ao longo do desenvolvimento, constata-se que este está negativamente correlacionado com quase todas as subescalas do historial familiar (ver tabela 7). Uma análise mais específica permite constatar que o humor depressivo está negativamente associado aos Cuidados Paternos ($r_s = -.273, p < .01$), aos Cuidados Maternos ($r_s = -.193, p < .01$) e ao Índice Geral de Funcionamento Familiar ($r_s = -.269, p < .01$). Quanto à relação entre o humor depressivo e o Índice de Ambiente Familiar, este revelou-se não significativo ($r_s = -.094, p > .05$). Tendo em consideração a hipótese H1 colocada para este estudo, estes resultados mostram que quanto piores os cuidados paternos e os cuidados maternos tidos no desenvolvimento, maior o humor depressivo na idade adulta. **Confirma-se, por isso, a hipótese H1.** Quanto à hipótese H2, não se verificou qualquer relação significativa entre o Ambiente Familiar e o humor depressivo, pelo que **não se confirma a hipótese H2** nesta população não-clínica de estudantes universitários.

Quanto à relação entre **vinculação no adulto e o humor depressivo**, verificaram-se correlações significativas entre este e as dimensões de vinculação *Ansiedade* ($r_s = .353, p < .01$), *Conforto com a Proximidade* ($r_s = -.157, p < .01$) e *Confiança nos Outros* ($r_s = -.215, p < .01$), pelo que se **confirma a hipótese H3**, ou seja, a vinculação no adulto tem uma relação significativa com o humor depressivo na idade adulta, e está tanto mais associada a dimensões inseguras quanto maior o índice de humor depressivo.

Relativamente à relação entre o **apoio social actual e o humor depressivo**, verifica-se também que há uma correlação significativa entre este e os três tipos de apoio social, nomeadamente: apoio informacional ($r_s = -.297, p < .01$), apoio emocional ($r_s = -.206, p < .01$), apoio instrumental ($r_s = -.149, p < .05$), assim como com o Apoio Social Total ($r_s = -.259, p < .01$), **pelo que se confirma também a hipótese H4** quanto à existência de uma relação significativa entre o apoio social e humor depressivo, sendo este tanto pior quanto menor o apoio social informacional, emocional e/ou instrumental.

Uma síntese geral dos resultados correlacionais é apresentada na tabela 7.

Tabela 7. Correlações de Spearman entre as variáveis não-paramétricas em estudantes universitários (N=280)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
1 - Aceitação e expressão de afecto paterno	1																									
2 - Responsividade e diálogo paterno	.772**	1																								
3 - Envolvimento educacional paterno	.486**	.454**	1																							
4 - Respeito físico e emocional paterno	.411**	.424**	.135*	1																						
5 - Aceitação e expressão de afecto materno	.680**	.517**	.362**	.241**	1																					
6 - Responsividade e diálogo materno	.519**	.693**	.338**	.265**	.758**	1																				
7 - Envolvimento educacional materno	.249**	.224**	.651**	-.046	.422**	.378**	1																			
8 - Respeito físico e emocional materno	.330**	.324**	.153*	.761**	.390**	.373**	.089	1																		
9 - Ausência de abuso substâncias parental	.054	.027	.074	-.054	.088	.042	-.010	.054	1																	
10 - Coligação parental e ajusta/o psicológico parental	.423**	.363**	.272**	.306**	.224**	.199**	.071	.253**	.222**	1																
11 - Cuidado físico e relaciona/o parental não-violento	.452**	.386**	.403**	.306**	.407**	.347**	.254**	.308**	.214**	.347**	1															
12 - Ausência de tarefas domésticas	-.105	-.101	.036	-.041	-.051	-.034	.054	-.060	.037	-.139*	-.103	1														
13 - Apoio social infantil e Expressão emocional familiar	.427**	.438**	.267**	.114	.379**	.369**	.283**	.120*	.022	.099	.173**	-.086	1													
14 - Controlo parental	.176**	.175**	.197**	.273**	.238**	.242**	.135*	.213**	.074	.126*	.131*	.092	-.005	1												
15 - Índice de Cuidados Paternos	.874**	.876**	.651**	.608**	.606**	.624**	.362**	.502**	.051	.447**	.491**	-.061	.421**	.255**	1											
16 - Índice de Cuidados Maternos	.588**	.590**	.480**	.432**	.843**	.848**	.590**	.626**	.045	.237**	.427**	-.018	.354**	.278**	.712**	1										
17 - Índice de Ambiente Familiar	.380**	.357**	.382**	.238**	.339**	.321**	.259**	.220**	.289**	.380**	.313**	.619	.408**	.411**	.444**	.369**	1									
18 - Índice Geral de Cuidados Familiares	.782**	.772**	.643**	.552**	.700**	.697**	.464**	.543**	.140*	.442**	.507**	.164**	.476**	.380**	.913**	.813**	.687**	1								
19 - Ansiedade	-.150*	-.168**	.048	-.177**	-.068	-.059	.108	-.187**	-.139*	-.235**	-.091	.212**	-.120*	-.030	-.142*	-.053	.012	-.082	1							
20 - Conforto com a proximidade	.127*	.122*	.080	-.025	.245**	.250**	.139*	.110	.096	.076	.123*	.018	.221**	-.120*	.111	.232**	.117	.156**	-.225**	1						
21 - Confiança nos outros	.249**	.212**	.217**	.192**	.186**	.176**	.080	.218**	.169**	.178**	.238**	-.036	.118*	.165**	.285**	.213**	.189**	.269**	-.341**	.218**	1					
22 - Humor depressivo (BDI)	-.274**	-.236**	-.180**	-.179**	-.220**	-.161**	-.103	-.163**	-.133*	-.233**	-.243**	.114	-.125*	-.074	-.273**	-.193**	-.094	-.253**	.353**	-.157**	-.215**	1				
23 - Apoio social Informacional	.250**	.249**	.269**	.077	.254**	.281**	.259**	.160**	.035	.010	.130*	.009	.258**	.065	.273**	.322**	.175**	.296**	-.105	.262**	.241**	-.297**	1			
24 - Apoio social Emocional	.246*	.235**	.233**	.112	.185**	.229**	.213**	.134*	.045	.060	.108	-.018	.247**	.084	.266**	.258**	.198**	.266**	-.083	.254**	.115	-.206**	.695**	1		
25 - Apoio social instrumental	.309**	.284**	.265**	.091	.230**	.226**	.200**	.120*	.070	.091	.205**	-.082	.211**	.042	.308**	.273**	.153*	.308**	-.035	.218**	.090	-.149*	.537**	.605**	1	
26 - Apoio Social Total	.304**	.286**	.293**	.097	.262**	.278**	.263**	.161**	.058	.057	.157**	-.017	.279**	.070	.318**	.330**	.205**	.331**	-.086	.289**	.177**	-.259**	.898**	.881**	.804**	1

*p<.05, ** p<.01

3.3. TESTE DO VALOR PREDITIVO DAS VARIÁVEIS DA HISTÓRIA DO DESENVOLVIMENTO PARA O HUMOR DEPRESSIVO

Para além das correlações analisadas para testar as hipóteses H1 e H2 em discussão neste estudo, procurou-se também analisar se os cuidados familiares vividos ao longo do desenvolvimento são preditores significativos do grau de humor depressivo na idade adulta. Neste sentido, foram realizadas análises de regressão linear múltiplas para as subescalas dos Cuidados Paternos, Cuidados Maternos e de Ambiente Familiar, assim como para o Índice Geral de Cuidados Familiares.

Os resultados evidenciam que o modelo das quatro subescalas relativas aos Cuidados Paternos (“aceitação e expressão de afecto paterno”, “responsividade e diálogo paterno”, “envolvimento educacional paterno” e “respeito físico e emocional paterno”) explicam 5.4% da variância do humor depressivo em estudantes universitários ($R^2 = .054$, $F(4, 272) = 3.844$, $p < .01$). No entanto, o contributo individual de cada um destes preditores para cada uma das subescalas apresenta β não significativos. No seu conjunto, estes resultados mostram que **os cuidados paternos são um significativo preditor do grau de humor depressivo**.

O modelo relativo aos Cuidados Maternos, que integra como preditores quatro subescalas (“aceitação e expressão de afecto materno”, “responsividade e diálogo materno”, “envolvimento educacional materno” e “respeito físico e emocional materno”) explica 6.1% da variância do humor depressivo em estudantes universitários, sendo o F significativo ($R^2 = .061$, $F(4, 275) = 4.404$, $p < .01$). Numa análise em particular do contributo de cada um dos preditores, verifica-se que a “aceitação e expressão de afecto materno” apresenta um β significativo enquanto preditor do grau de humor depressivo ($\beta = -.265$, $t(275) = -2.638$, $p < .01$).

O modelo relativo ao Ambiente Familiar, constituído por 6 subescalas (“ausência de abuso de substâncias parental”, “coligação e ajustamento parental”, “cuidado físico e relacionamento parental não-violento”, “ausência de tarefas domésticas”, “apoio social infantil e expressão emocional familiar” e “controlo parental”), revelou-se igualmente preditor de humor depressivo em estudantes universitários, explicando 14.6% da variância ($R^2 = .146$, $F(6, 275) = 7.690$, $p < .01$). Numa análise específica do contributo de cada um dos preditores, verifica-se que as sub-escalas apresentam β significativos enquanto preditores do grau de humor depressivo em adultos estudantes universitários: “ausência de abuso de substâncias parental” ($\beta = -.243$, $t(275) = -3.773$, $p < .01$), “coligação e ajustamento psicológico parental” ($\beta = -.152$, $t(275) = -2.327$, $p < .05$), e “apoio social infantil e expressão emocional familiar” ($\beta = -.124$, $t(275) = -2.104$, $p < .05$).

O modelo de regressão com as variáveis agrupadas dos Cuidados Paternos, Cuidados Maternos e do Ambiente Familiar (“índice de cuidados paternos”, “índice de cuidados maternos” e “índice de ambiente familiar”) é preditor do humor depressivo em estudantes universitários ($R^2 = .082$, $F(3, 272) = 8.020$, $p < .01$). A análise do contributo de cada um dos preditores, mostra que apenas o ambiente familiar apresenta um β significativo enquanto preditor do grau de humor depressivo ($\beta = -.181$, $t(275) = -2.654$, $p < .01$).

A evidência geral destas análises de regressão múltipla é a de que **o grau de humor depressivo é tanto maior quanto pior a generalidade dos cuidados familiares ao longo do desenvolvimento**, apesar destes explicarem uma pequena parte da variância do humor depressivo. Uma síntese destes **resultados**, que **confirmam a hipótese H1 e suportam parcialmente a H2** (pois apesar de não haver correlação significativa, existe valor preditivo), é apresentada na tabela 8.

Tabela 8

Regressões lineares múltiplas para a predição de HUMOR DEPRESSIVO em estudantes universitários, utilizando como preditores variáveis relativas ao historial familiar no desenvolvimento

	B	SE	β	p	Modelo
Cuidados Paternos					
F1 - Aceitação e Expressão de Afecto Paterno	-1.283	.856	-.164	.135	$R^2 = .054$, $F(4, 272) = 3.844$, $p = .005^{**}$
F2 - Responsividade e diálogo paterno	-.316	.749	-.043	.674	
F3 - Envolvimento Educacional Paterno	-.371	.624	-.044	.553	
F4 - Respeito Físico e Emocional Paterno	-.072	.609	-.008	.906	
Cuidados Maternos					
F5 - Aceitação e Expressão de Afecto Materno	-2.544	.964	-.265	.009 ^{**}	$R^2 = .061$, $F(4, 275) = 4.404$, $p = .002^{**}$
F6 - Responsividade e diálogo Materno	.325	.809	.038	.688	
F7 - Envolvimento Educacional Materno	.328	.685	.033	.632	
F8 - Respeito Físico e Emocional Materno	-.390	.571	-.046	.495	
Ambiente Familiar					
F9 - Ausência de Abuso de Substâncias Parental	-4,156	1,101	-,243	,000 ^{**}	$R^2 = .146$, $F(6, 275) = 7.690$, $p = .000^{***}$
F10 - Coligação Parental e Ajustamento Psicológico Parental	-1,649	,709	-,152	,021 [*]	
F11 - Cuidado Físico e Relacionamento Parental Não-Violento	-,369	1,028	-,026	,720	
F12 - Ausência de Tarefas Domésticas	,117	,302	,022	,698	
F13 - Apoio Social Infantil e Expressão Emocional Familiar	-1,069	,508	-,124	,036 [*]	
F14 - Controlo Parental	-,274	,727	-,022	,707	
Índices Globais					
Índice de Cuidados Paternos	-1,153	,768	-,116	,135	$R^2 = .082$, $F(3, 272) = 8.020$, $p = .000^{***}$
Índice de Cuidados Maternos	-,548	,945	-,047	,562	
Índice de Ambiente Familiar	-3,544	1,335	-,181	,008 ^{**}	
Índice Geral de Cuidados Familiares	-4.447	.934	-.276	.000 ^{***}	$R^2 = .076$, $F(1, 275) = 22.678$, $p = .000^{***}$

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Estando este ponto a analisar o valor preditor da história de desenvolvimento para o humor depressivo na idade adulta (o que permite testar as hipóteses H1 e H2), **importa também verificar se essa história é preditora das características actuais de vinculação e de apoio social (o que contribui para analisar as hipóteses H5 e H6)**. Estes resultados são importantes para a análise mais adiante realizada relativa aos efeitos mediadores das características actuais entre essas experiências anteriores (diátese) e o humor depressivo na idade adulta.

Quanto às dimensões de Vinculação no Adulto, verifica-se que os cuidados familiares ao longo do desenvolvimento são preditores da vinculação no adulto, tal como se verifica nas seguintes análises:

Os Cuidados Paternos são preditores da dimensão de vinculação *Ansiedade* ($R^2 = .078$, $F(4, 272) = 5.707$, $p < .01$), assim como os Cuidados Maternos ($R^2 = .067$, $F(4, 275) = 4.884$, $p < .01$) e o Ambiente Familiar ($R^2 = .115$, $F(6, 275) = 5.833$, $p < .01$). Os β são significativos e negativos em várias subescalas, donde se salienta que, em termos globais, quanto menor o índice de cuidados familiares ao longo do desenvolvimento, maior a dimensão de vinculação de *Ansiedade* na idade adulta ($\beta = -.124$, $t(275) = -2.075$, $p < .05$). Uma exposição detalhada destes resultados está disponível na tabela 9.

Tabela 9

Regressões lineares múltiplas para a predição da dimensão de VINCULAÇÃO ANSIEDADE, em estudantes universitários, utilizando como preditores variáveis relativas ao historial familiar no desenvolvimento

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i>	Modelo
Cuidados Paternos					
F1 - Aceitação e Expressão de Afecto Paterno	-.034	.097	-.037	.730	$R^2 = .078$, $F(4, 272) = 5.707$, $p = .000^{***}$
F2 - Responsividade e diálogo paterno	-.162	.085	-.192	.059†	
F3 - Envolvimento Educacional Paterno	.184	.071	.189	.010**	
F4 - Respeito Físico e Emocional Paterno	-.143	.069	-.144	.039*	
Cuidados Maternos					
F5 - Aceitação e Expressão de Afecto Materno	-.042	.111	-.038	.705	$R^2 = .067$, $F(4, 275) = 4.884$, $p = .001^{**}$
F6 - Responsividade e diálogo Materno	-.073	.093	-.073	.434	
F7 - Envolvimento Educacional Materno	.227	.079	.199	.004**	
F8 - Respeito Físico e Emocional Materno	-.169	.066	-.174	.011**	
Ambiente Familiar					
F9 - Ausência de Abuso de Substâncias Parental	-.175	.129	-.089	.176	$R^2 = .115$, $F(6, 275) = 5.833$, $p = .000^{***}$
F10 - Coligação Parental e Ajustamento Psicológico Parental	-.321	.083	-.257	.000***	
F11 - Cuidado Físico e Relacionamento Parental Não-Violento	.255	.121	.154	.036*	
F12 - Ausência de Tarefas Domésticas	.106	.035	.176	.003**	
F13 - Apoio Social Infantil e Expressão Emocional Familiar	-.105	.060	-.105	.080†	
F14 - Controlo Parental	-.015	.085	-.010	.865	
Índices globais					
Índice de Cuidados Paternos	-.226	.091	-.198	.014**	$R^2 = .029$, $F(3, 272) = 2.709$, $p = .046^*$
Índice de Cuidados Maternos	.033	.112	.025	.766	
Índice de Ambiente Familiar	.084	.158	.037	.597	
Índice Geral dos Cuidados Familiares	-.231	.111	-.124	.039*	$R^2 = .015$, $F(1, 275) = 4.307$, $p = .039^*$

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ e † $.10 < p < .05$ (marginalmente significativo)

Quanto às restantes dimensões de Vinculação no adulto, os Cuidados Maternos são preditores da dimensão de vinculação *Conforto com a Proximidade* ($R^2 = .068$, $F(4, 272) = 1.644$, $p < .01$), assim como o Ambiente Familiar ($R^2 = .088$, $F(6, 275) = 4.312$, $p < .01$). Comparando os três preditores desta dimensão de vinculação, é o Ambiente Familiar que melhor explica (com 8.8% da variância) o *Conforto com a proximidade* na idade adulta ($R^2 = .088$, $F(6, 275) = 4.312$, $p < .01$). Estes resultados estão disponíveis na tabela 10.

Tabela 10

Regressões lineares múltiplas para a predição da dimensão de VINCULAÇÃO CONFORTO COM A PROXIMIDADE, em estudantes universitários, utilizando como preditores variáveis relativas ao historial familiar no desenvolvimento

	B	SE	β	p	Modelo
Cuidados Paternos					
F1 - Aceitação e Expressão de Afecto Paterno	.041	.069	.066	.553	$R^2 = .024$, $F(4, 272) = 1.644$, $p = .164$
F2 - Responsividade e diálogo paterno	.067	.061	.116	.267	
F3 - Envolvimento Educacional Paterno	.003	.050	.005	.948	
F4 - Respeito Físico e Emocional Paterno	-.086	.049	-.125	.083†	
Cuidados Maternos					
F5 - Aceitação e Expressão de Afecto Materno	.095	.076	.124	.216	$R^2 = .069$, $F(4, 275) = 5.035$, $p = .001^{**}$
F6 - Responsividade e diálogo Materno	.119	.064	.173	.065†	
F7 - Envolvimento Educacional Materno	-.025	.054	-.031	.648	
F8 - Respeito Físico e Emocional Materno	-.003	.045	-.005	.942	
Ambiente Familiar					
F9 - Ausência de Abuso de Substâncias Parental	.098	.091	.072	.281	$R^2 = .088$, $F(6, 275) = 4.312$, $p = .000^{***}$
F10 - Coligação Parental e Ajustamento Psicológico Parental	.018	.058	.021	.756	
F11 - Cuidado Físico e Relacionamento Parental Não-Violento	.110	.085	.096	.196	
F12 - Ausência de Tarefas Domésticas	.025	.025	.060	.315	
F13 - Apoio Social Infantil e Expressão Emocional Familiar	.142	.042	.206	.001 ^{**}	
F14 - Controlo Parental	-.149	.060	-.151	.013*	
Índices globais					
Índice de Cuidados Paternos	-.102	.062	-.130	.098†	$R^2 = .066$, $F(3, 272) = 6.300$, $p = .000^{***}$
Índice de Cuidados Maternos	.263	.076	.281	.001 ^{**}	
Índice de Ambiente Familiar	.110	.107	.071	.306	
Índice Geral de Cuidados Familiares	.235	.076	.183	.002 ^{**}	$R^2 = .034$, $F(1, 275) = 9.514$, $p = .002^{**}$

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ e † $.10 < p < .05$ (marginalmente significativo)

Por último, os Cuidados Paternos ($R^2 = .094$, $F(4, 272) = 6.951$, $p < .01$) e os Cuidados Maternos são preditores da dimensão de vinculação *Confiança nos Outros* ($R^2 = .083$, $F(4, 275) = 6.115$, $p < .01$), assim como também o Ambiente Familiar ($R^2 = .090$, $F(6, 275) = 4.427$, $p < .01$). No entanto, numa análise comparativa do contributo dos três preditores das experiências ao longo do desenvolvimento (cuidados paternos, maternos e ambiente familiar) para esta dimensão de vinculação, são apenas os Cuidados Paternos os que explicam a *Confiança nos Outros* na idade adulta ($\beta = .195$, $t(272) = 2.552$, $p < .01$). Os resultados destalhados desta análise estão disponíveis na tabela 11.

Tabela 11

Regressões lineares múltiplas para a predição da dimensão de VINCULAÇÃO CONFIANÇA NOS OUTROS, em estudantes universitários, utilizando como preditores variáveis relativas ao historial familiar no desenvolvimento

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i>	Modelo
Cuidados Paternos					
F1 - Aceitação e Expressão de Afecto Paterno	.053	.068	.084	.434	$R^2 = .094, F(4, 272) = 6.951, p = .000^{***}$
F2 - Responsividade e diálogo paterno	.041	.059	.069	.491	
F3 - Envolvimento Educacional Paterno	.091	.049	.133	.067†	
F4 - Respeito Físico e Emocional Paterno	.071	.048	.102	.141	
Cuidados Maternos					
F5 - Aceitação e Expressão de Afecto Materno	.045	.077	.057	.563	$R^2 = .083, F(4, 275) = 6.115, p = .000^{***}$
F6 - Responsividade e diálogo Materno	.068	.065	.097	.297	
F7 - Envolvimento Educacional Materno	.025	.055	.031	.647	
F8 - Respeito Físico e Emocional Materno	.118	.046	.174	.010**	
Ambiente Familiar					
F9 - Ausência de Abuso de Substâncias Parental	.003	.092	.002	.970	$R^2 = .090, F(6, 275) = 4.427, p = .000^{***}$
F10 - Coligação Parental e Ajustamento Psicológico Parental	.139	.059	.158	.020*	
F11 - Cuidado Físico e Relacionamento Parental Não-Violento	.081	.086	.070	.347	
F12 - Ausência de Tarefas Domésticas	-.002	.025	-.004	.947	
F13 - Apoio Social Infantil e Expressão Emocional Familiar	.059	.042	.084	.168	
F14 - Controlo Parental	.142	.061	.141	.020*	
Índices globais					
Índice de Cuidados Paternos	.156	.061	.195	.011*	$R^2 = .110, F(3, 272) = 11.037, p = .000^{***}$
Índice de Cuidados Maternos	.112	.075	.117	.140	
Índice de Ambiente Familiar	.125	.106	.079	.240	
Índice Geral de Cuidados Familiares	.420	.074	.323	.000***	$R^2 = .104, F(1, 275) = 31.857, p = .000^{***}$

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $< .001$ e † $.10 < p < .05$ (marginalmente significativo)

Assim, quanto ao Apoio Social Total, constata-se que os cuidados familiares vividos ao longo do desenvolvimento, no geral, são preditores do grau de apoio social na idade adulta. Desta forma, constata-se que os Cuidados Paternos explicam 13% da variância de Apoio Social total no adulto ($R^2 = .132, F(4, 267) = 9.974, p < .01$), e os Cuidados Maternos explicam 11% da variância deste apoio ($R^2 = .113, F(4, 270) = 8.504, p < .01$) assim como o Ambiente Familiar explica 11% do apoio social ($R^2 = .108, F(6, 270) = 5.339, p < .01$). Verifica-se por isso, que são os cuidados paternos que os que melhor explicam o apoio social no adulto, com 13% da variância. No entanto, quer para a subescala dos Cuidados Paternos, quer para a dos Cuidados Maternos, o único β significativo enquanto preditor de apoio social no adulto é, respectivamente, o envolvimento educacional paterno ($\beta = .207, t(267) = 2.883, p < .01$) e materno ($\beta = .194, t(267) = 2.883, p < .01$). De um ponto de vista global em relação aos três índices da história familiar, constata-se que os únicos β significativos são os dos Cuidados Paternos ($\beta = .194, t(267) = 2.569, p < .05$) e Cuidados Maternos ($\beta = .179, t(267) = 2.278, p < .05$), apesar de que o conjunto destes índices com o do Ambiente Familiar explicarem 12.8% da variância do Apoio Social na idade adulta ($R^2 = .128, F(3, 267) = 12.900, p < .01$). Estes resultados (expostos na tabela 12) contribuem para o esclarecimento da H6, analisada mais adiante.

Tabela 12

Regressões lineares múltiplas para a predição do APOIO SOCIAL TOTAL em estudantes universitários, utilizando como preditores variáveis relativas ao historial familiar no desenvolvimento

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>β</i>	<i>p</i>	Modelo
Cuidados Paternos					
F1 - Aceitação e Expressão de Afecto Paterno	1.179	1.135	.110	.300	$R^2 = .132, F(4, 267) = 9.974, p = .000^{***}$
F2 - Responsividade e diálogo paterno	1.253	.984	.125	.204	
F3 - Envolvimento Educacional Paterno	2.370	.822	.207	.004**	
F4 - Respeito Físico e Emocional Paterno	-.667	.808	-.056	.410	
Cuidados Maternos					
F5 - Aceitação e Expressão de Afecto Materno	.484	1.310	.037	.712	$R^2 = .113, F(4, 270) = 8.504, p = .000^{***}$
F6 - Responsividade e diálogo Materno	1.683	1.081	.143	.121	
F7 - Envolvimento Educacional Materno	2.609	.916	.194	.005**	
F8 - Respeito Físico e Emocional Materno	.631	.768	.055	.412	
Ambiente Familiar					
F9 - Ausência de Abuso de Substâncias Parental	.767	1.537	.033	.618	$R^2 = .108, F(6, 270) = 5.339, p = .000^{***}$
F10 - Coligação Parental e Ajustamento Psicológico Parental	-.941	1.013	-.063	.354	
F11 - Cuidado Físico e Relacionamento Parental Não-Violento	4.063	1.456	.209	.006**	
F12 - Ausência de Tarefas Domésticas	-.045	.423	-.006	.915	
F13 - Apoio Social Infantil e Expressão Emocional Familiar	2.426	.728	.202	.001***	
F14 - Controlo Parental	.871	1.042	.050	.404	
Índices globais					
Índice de Cuidados Paternos	2.639	1.027	.194	.011*	$R^2 = .128, F(3, 267) = 12.900, p = .000^{***}$
Índice de Cuidados Maternos	2.882	1.265	.179	.024*	
Índice de Ambiente Familiar	.980	1.805	.036	.588	
Índice Geral dos Cuidados Familiares	7.681	1.259	.349	.000***	$R^2 = .121, F(1, 275) = 37.194, p = .000^{***}$

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

No seu conjunto, a análise destas regressões múltiplas entre as experiências familiares ao longo do desenvolvimento e as características actuais (vinculação e apoio social) mostram que, de facto, os cuidados familiares são preditores das dimensões de vinculação na idade adulta, assim como do apoio social adulto existente. No entanto, os efeitos preditores da diátese (cuidados paternos, maternos e de ambiente familiar) explicam uma pequena parte da variância das características actuais no adulto, variando desde 2.9% para a dimensão de vinculação Ansiedade até 12.8% para o Apoio Social Adulto. A existência destes efeitos preditores possibilitam a avaliação dos efeitos mediadores testados nas hipóteses H5 e H6, mais adiante testadas e analisadas.

3.4. TESTE DO VALOR PREDITIVO DAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS ACTUAIS (ESTILO DE VINCULAÇÃO E APOIO SOCIAL) PARA O HUMOR DEPRESSIVO

Para além das correlações analisadas no ponto 3.2, as quais mostraram existir uma relação significativa entre as características actuais (apoio social e vinculação) e o humor depressivo, procurou-se também analisar se as características actuais (vinculação e apoio social) explicam o humor depressivo na idade adulta. Ao fazê-lo, será possível corroborar as hipóteses H3 e H4.

Considerando a hipótese H3 (“*a vinculação no adulto tem uma relação significativa com o humor depressivo na idade adulta*”), as análises de regressão tendo como preditores as três dimensões de vinculação dá origem a um modelo significativo explicativo do humor depressivo em estudantes universitários ($R^2 = .171$, $F(3, 275) = 18.642$, $p < .01$). A análise do contributo de cada um dos preditores mostra que cada uma das três dimensões tem β significativo, nomeadamente para a *Ansiedade* ($\beta = .292$, $t(275) = 4.839$, $p < .01$), *Conforto na Proximidade* ($\beta = -.135$, $t(275) = -2.354$, $p < .05$), e *Confiança nos Outros* ($\beta = -.124$, $t(275) = -2.045$, $p < .05$). **Estes resultados suportam a hipótese H3**, na medida em que confirma a relação significativa entre as características de vinculação e o humor depressivo e que essas características explicam 17% da variância de humor depressivo na idade adulta.

Tendo em consideração a hipótese H4 (“*o apoio social actual tem uma relação significativa com o humor depressivo na idade adulta*”), a análise do modelo com os três tipos de apoio social (informacional, emocional e instrumental), permite verificar que este é também preditor de humor depressivo em estudantes universitários ($R^2 = .097$, $F(3, 270) = 9.569$, $p < .01$), sendo que o único tipo de apoio social com β significativo é o apoio informacional ($\beta = -.558$, $t(270) = -4.336$, $p < .01$). Por outras palavras, estes resultados evidenciam a relação significativa entre o apoio social actual e o humor depressivo na idade adulta, assim como mostram que os três tipos de apoio social explicam 9.7% da variância do humor depressivo, e que este é tanto maior quanto menor o apoio social (informacional) do indivíduo. Assim, **os resultados obtidos apoiam a hipótese H4**.

A evidência geral destas análises de regressão múltipla relativas à relação entre as características actuais e o humor depressivo na idade adulta, é a de que, enquanto que o estilo de vinculação explica cerca de 17% da variância do humor depressivo, os três tipos de apoio social explicam cerca de 10% deste. Uma síntese destes resultados é disponibilizada na tabela 13.

Tabela 13

Regressões lineares múltiplas para a predição de humor depressivo em estudantes universitários, utilizando como preditores variáveis relativas à Vinculação e Apoio Social

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>β</i>	<i>p</i>	Modelo
Dimensões de vinculação					
Ansiedade	2.534	.524	.292	.000***	R ² = .171, F (3, 275) = 18.642, p = .000***
Conforto na proximidade	-1.693	.719	-.135	.019*	
Confiança nos outros	-1.538	.752	-.124	.042*	
Tipos de apoio social					
Informacional	-.558	.129	-.347	.000***	R ² = .097, F (3, 270) = 9.569, p = .000***
Emocional	.108	.176	.053	.540	
Instrumental	.007	.150	.003	.964	
Apoio Social Total	-.185	.043	-.253	.000***	R ² = .064, F (1, 270) = 18.430, p = .000***

*p<.05, ** p<.01, ***<.001

3.5. TESTE AO EFEITO MEDIADOR DA VINCULAÇÃO E APOIO SOCIAL ENTRE A HISTÓRIA DE EXPERIÊNCIAS AO LONGO DO DESENVOLVIMENTO E HUMOR DEPRESSIVO

Tendo em consideração as hipóteses H5 (“*vinculação no adulto tem um efeito mediador entre as experiências familiares ao longo do desenvolvimento e o humor depressivo na idade adulta*”) e H6 (“*o apoio social tem um efeito mediador entre as experiências familiares ao longo do desenvolvimento e o humor depressivo na idade adulta*”), foi objectivo desta investigação analisar o efeito mediador da vinculação e do apoio social entre o *Índice Geral de Cuidados Familiares* e o *humor depressivo*, recorrendo aos princípios para análise de efeitos mediadores de variáveis de Baron e Kenny (1986) e Vieira (2009). Segundo estes autores, para que seja testado o efeito mediador, deverão existir valores preditores significativos entre as variáveis A, B e C (cf. Figura 13). Uma variável pode ser considerada mediadora (B) no momento em que influencia a relação entre uma variável independente (A) e variável dependente (C), de modo a que a sua inserção na análise reduz, ou mesmo neutraliza, a força do impacto da variável independente sobre a dependente. Por outras palavras, observando-se o impacto de uma variável (B) entre uma variável independente (A) e outra dependente (C), nota-se que a relação entre A e C ficará enfraquecida na presença da variável mediadora (B) ou poderá chegar a ser nula. Se for nulo, significa que a mediadora absorveu todo o efeito da variável independente sobre a variável dependente (Baron & Kenny, 1986; Vieira, 2009).

Foram realizadas análises de regressão para determinar se a relação entre cuidados familiares no desenvolvimento e humor depressivo é mediada pelas características actuais de vinculação e de apoio social. Organizou-se cada um dos modelos com três variáveis (independente, dependente e mediadora) para testar o efeito mediador de cada uma das

dimensões de vinculação e para o apoio social. Segundo Vieira (2009), nos modelos que utilizam variáveis mediadoras, o efeito mediador é tanto maior quanto uma terceira variável (B) reduz ou traz a zero (sendo o valor de p não significativo) a relação entre uma variável independente (A) e uma variável dependente (C).

Tendo em atenção a hipótese H5 (“a vinculação no adulto tem um efeito mediador entre as experiências familiares ao longo do desenvolvimento e o humor depressivo na idade adulta”), são apresentados, de seguida, as análises das três dimensões de vinculação.

Considerando a dimensão *Conforto com a Proximidade* como mediador entre a diátese (cuidados familiares) e humor depressivo:

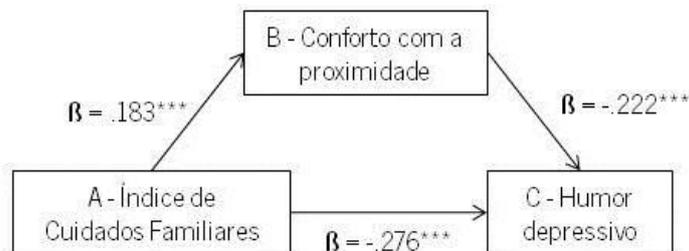


Figura 13 . Dimensão de vinculação *Conforto com a Proximidade* como mediadora entre Cuidados Familiares e Humor depressivo em estudantes universitários; os valores indicados nas setas representam o β e a respectiva significância sobre o efeito directo entre as variáveis

Na figura 13 (que mostra os valores de β e a sua significância entre as variáveis), verifica-se que a variável *Cuidados Familiares* (variável A) é preditora da dimensão *Conforto com a Proximidade* (variável B) ($R^2 = .034$, $F(1, 275) = 9.514$, $p < .01$ - cf. tabela 10) e é também um significativo preditor de humor depressivo (variável C) ($R^2 = .076$, $F(1, 275) = 22.678$, $p < .01$ - cf. tabela 8). Constata-se também que o *Conforto com a Proximidade* é um factor preditor do humor depressivo ($R^2 = -.222$, $F(1, 275) = 14.209$, $p < .01$ - cf. Tabela 10).

Quando se juntam as variáveis A e B, constata-se que o valor de β da variável independente A mantém-se significativo ($\beta = -.243$, $p < .01$), pelo que a dimensão de vinculação *Conforto com a Proximidade* não tem um efeito mediador na sua relação com o humor depressivo.

Uma síntese dos resultados é exposta na tabela 14.

Tabela 14

Análise do efeito mediador da dimensão de vinculação Conforto com a Proximidade entre os Cuidados Familiares (IGCF) e o Humor Depressivo em Estudantes Universitários

	B	SE	β	p	Modelo
Preditor A					
Índice de Cuidados Familiares (IGCF)	-4.434	.934	-.276	.000***	$R^2 = .076, F(1, 275) = 22.557, p = .000***$
Preditor B					
Vinculação – Conforto com a Proximidade	-2.789	.740	-.222	.000***	$R^2 = .049, F(1, 275) = 14.209, p = .000***$
Preditores AB					
Índice de Cuidados Familiares (IGCF)	-3.911	.935	-.243	.000***	$R^2 = .107, F(2, 275) = 16.271, p = .000***$
Vinculação – Conforto com a proximidade	-2.230	.731	-.177	.000***	

*p<.05, ** p<.01, ***<.001

Analisando a dimensão de vinculação *Confiança nos Outros* como mediador entre a diátese (cuidados familiares) e humor depressivo:

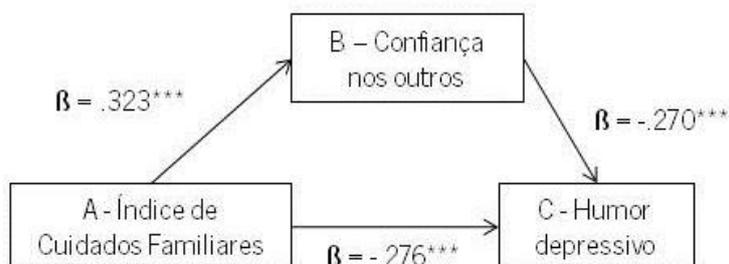


Figura 14. Dimensão de vinculação *Confiança nos Outros* como mediadora entre Cuidados Familiares e Humor depressivo em estudantes universitários

Tendo já visto no modelo anterior que o IGCF (A) é preditor do humor depressivo (cf. explicação da figura 13), e sabendo que os Cuidados Familiares são preditores da dimensão *Confiança nos Outros* ($R^2 = .104, F(1, 275) = 31.857, p < .01$ - cf. Tabela 11), a figura 14 mostra também que esta dimensão é um factor preditor do humor depressivo (C) ($R^2 = .073, F(1, 275) = 21.464, p < .01$). A junção das variáveis A e B permite verificar que o valor de β da variável independente A mantém-se significativo ($\beta = -.211, p < .01$), enquanto preditor da variável dependente humor depressivo, pelo que não existe efeito mediador da dimensão de vinculação *Confiança nos Outros* entre os cuidados familiares e o humor depressivo no adulto.

Uma síntese dos resultados é exposta na tabela 15.

Tabela 15

Análise do efeito mediador da dimensão de vinculação *Confiança nos Outros* entre os Cuidados Familiares (IGCF) e o Humor Depressivo em Estudantes Universitários

	B	SE	β	p	Modelo
Preditor A					
Índice de Cuidados Familiares (IGCF)	-4.434	.934	-.276	.000***	R ² = .076, F (1, 275) = 22.557, p = .000***
Preditor B					
Vinculação – Confiança nos Outros	-3.330	.719	-.270	.000***	R ² = .073, F (1, 275) = 21.464, p = .000***
Preditores AB					
Índice de Cuidados Familiares (IGCF)	-3.389	.968	-.211	.001**	R ² = .112, F (2, 275) = 17.295, p = .000***
Vinculação – Confiança nos Outros	-2.490	.744	-.202	.001**	

*p<.05, ** p<.01, ***<.001

Analisando a dimensão de vinculação *Ansiedade* como mediador entre a diátese (cuidados familiares) e humor depressivo:

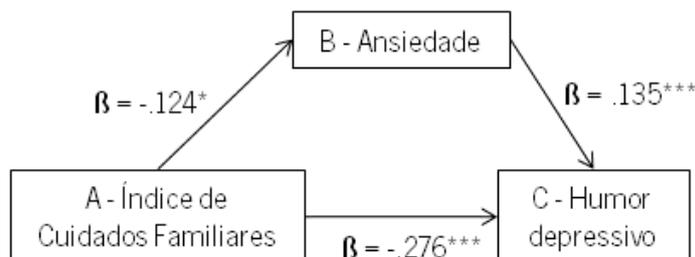


Figura 15. Dimensão de vinculação *Ansiedade* como mediador entre Cuidados Familiares e Humor depressivo em estudantes universitários

Na figura 15, sabendo que a variável A é preditora de B ($R^2 = .015$, $F(1, 275) = 4.307$, $p < .01$ – Cf. Tabela 9) e de C (cf. explicação da figura 13) , constata-se que a dimensão de vinculação *Ansiedade* é preditora do humor depressivo (C), $R^2 = .135$, $F(1, 275) = 42.599$, $p < .01$. Quando se juntam as variáveis A e B, verifica-se que o valor de β da variável independente A mantém-se significativo ($\beta = -.234$, $p < .01$), pelo que a dimensão de vinculação *Ansiedade* não tem um efeito mediador entre os cuidados familiares e o humor depressivo.

Uma síntese dos resultados é exposta na tabela 16.

Tabela 16

Análise do efeito mediador da dimensão de vinculação Ansiedade entre os Cuidados Familiares (IGCF) e o Humor Depressivo em Estudantes Universitários

	B	SE	β	p	Modelo
Preditor A					
Índice de Cuidados Familiares (IGCF)	-4.434	.934	-.276	.000***	$R^2 = .076$, $F(1, 275) = 22.557$, $p = .000$ ***
Preditor B					
Vinculação - Ansiedade	3.184	.488	.367	.000***	$R^2 = .135$, $F(1, 275) = 42.599$, $p = .000$ ***
Preditor AB					
Índice de Cuidados Familiares (IGCF)	-3.762	.883	-.234	.000***	$R^2 = .188$, $F(2, 275) = 31.700$, $p = .000$ **
Vinculação - Ansiedade	2.933	.477	.338	.000***	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Considerando os resultados obtidos para as três dimensões de vinculação, constata-se que não existe efeito mediador da Vinculação entre a diátese (experiências de cuidados familiares) e a depressão no adulto, **pelo que se rejeita a hipótese H5.**

Partindo agora para a análise do **Apoio Social Total** como mediador entre a diátese (cuidados familiares) e humor depressivo, tendo em consideração a hipótese H6 (“*o apoio social tem um efeito mediador entre as experiências familiares ao longo do desenvolvimento e o humor depressivo na idade adulta*”):

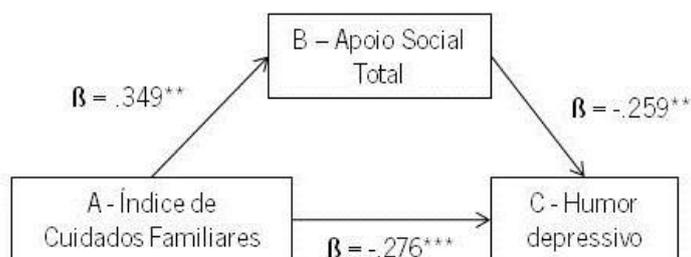


Figura 16. Apoio Social total como mediador entre Cuidados Familiares e Humor depressivo em estudantes universitários

A figura 16 permite constatar que os Cuidados Familiares (A) são preditores do Apoio Social (B), $R^2 = .121$, $F(1, 275) = 37.194$, $p < .01$, cf. tabela 12) o Apoio Social é preditor do humor depressivo (C), $R^2 = .250$, $F(1, 275) = 18.268$, $p < .01$. A combinação das variáveis A e B evidencia que não existe efeito mediador do apoio social entre os cuidados familiares e o humor depressivo, já que o valor de β da variável independente A mantém-se significativo ($\beta = -.215$, $p < .01$).

Uma síntese dos resultados é exposta na tabela 17.

Tabela 17

Análise do efeito mediador do Apoio Social Total entre os Cuidados Familiares (IGCF) e o Humor Depressivo em Estudantes Universitários

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>B</i>	<i>p</i>	Modelo
Preditor A					
Índice de Cuidados Familiares (IGCF)	-4.434	.934	-.276	.000***	R ² = .076, F (1, 275) = 22.557, p = .000***
Preditor B					
Apoio social total	-.185	.043	-.250	.000***	R ² = .063, F (1, 275) = 18.268, p = .000***
Preditor AB					
Índice de Cuidados Familiares (IGCF)	-3.462	.981	-.215	.000***	R ² = .103, F (2, 275) = 15.744, p = .000**
Apoio social total	-.130	.045	-.176	.004**	

*p<.05, ** p<.01, ***<.001

Considerando os resultados obtidos para o Apoio Social Adulto, constata-se que este não tem um efeito mediador entre as experiências no desenvolvimento e o apoio social, **pelo que se rejeita a hipótese H6.**

DISCUSSÃO DOS SOBRE A RELAÇÃO ENTRE O INSTRUMENTO DO HISTORIAL FAMILIAR, VINCULAÇÃO, APOIO SOCIAL E HUMOR DEPRESSIVO

Os resultados obtidos neste primeiro estudo mostram que os estudantes universitários em média, não apresentam valores clinicamente significativos de humor depressivo, já que a média da pontuação obtida é de 6.22 pontos. Tendo em atenção o desvio-padrão (DP=6.57) verifica-se que este é maior do que a própria média, o que mostra uma grande variabilidade de respostas no inventário de avaliação de humor depressivo utilizado (BDI) entre os estudantes universitários.

Quanto às hipóteses colocadas, é importante salientar que as H1 e H2 procuraram testar variáveis da diátese (cuidados paternos, cuidados maternos e ambiente familiar) e as hipóteses H3 e H4 procuraram testar variáveis das características actuais (vinculação e apoio social). As hipóteses H5 e H6 procuraram testar se as características actuais são mediadoras entre a diátese (cuidados paternos, maternos e ambiente familiar ao longo do desenvolvimento) e o humor depressivo em estudantes universitários.

Assim, tendo em consideração a **hipótese H1** (“quanto piores *cuidados paternos e maternos ao longo do desenvolvimento, maior o índice de humor depressivo na idade adulta*”) os resultados obtidos mostram que, em termos de associação, o humor depressivo é tanto maior quanto menores os valores de cuidados paternos e os cuidados maternos e que, segundo as regressões efectuadas, piores cuidados paternos e maternos são preditores significativos de humor depressivo nos estudantes universitários. Assim, no seu conjunto, estes resultados, quer em termos de associação, quer de valor preditivo, **confirmam a H1 nos estudantes universitários**. Estes resultados vão de encontro aos trabalhos de Infrasca (2003), quando evidenciou que os factores do desenvolvimento que estão mais relacionados com o a depressão no adulto são, em relação ao pai: ansiedade, fraca comunicação, melancolia e abuso físico ou verbal; e em relação à mãe: falta de afecto (empatia e confiança) e cuidados, a existência de uma fraca comunicação, autoritarismo e melancolia. Também Bifulco e Moran (1998) mostraram, num estudo longitudinal, que os adultos que sofreram de antipatia por ambos os pais no desenvolvimento (i.e., hostilidade e criticismo constante) são os que mais sofriam de depressão na idade adulta.

Considerando a hipótese H2 (*“quanto pior o ambiente familiar ao longo do desenvolvimento, maior o índice de humor depressivo na idade adulta”*), em termos de associação, os resultados obtidos não evidenciam qualquer relação entre o humor depressivo e o ambiente familiar. No entanto, as regressões efectuadas mostram que o ambiente familiar é um preditor de humor depressivo nos estudantes universitários. Assim, no seu conjunto, estes resultados, apesar de **não confirmarem, com segurança, a hipótese H2**, sugerem uma tendência que evidencia uma relação entre o ambiente familiar e o humor depressivo na idade adulta, apesar de mais estudos serem necessários. A investigação tem demonstrado que o ambiente familiar é um importante factor que contribui para a perturbação depressiva na idade adulta, tal como se verificou numa meta-análise de 27 estudos de Butzlaff e Hooley (1998), onde a reduzida expressão emocional e conflitos parentais e fraco ambiente familiar se confirmou, de forma consistente, que estes factores são importantes preditores de perturbações de humor no adulto. Apesar dos nossos resultados não o evidenciarem, as experiências vividas em ambientes disfuncionais ao longo do desenvolvimento tem uma influência na maturidade emocional e na qualidade das relações extrafamiliares ao longo do desenvolvimento, prolongando-se após a adolescência, o que contribui para o aumento da vulnerabilidade à psicopatologia no adulto (Lindelow, 1997; Negy & Snyder, 2006).

O facto dos resultados terem confirmado a hipótese H1 e existir uma tendência que evidencia a relação proposta na hipótese H2 (apesar desta não se confirmar), leva-nos a concluir que os cuidados paternos e maternos têm um potencial mais significativo comparativamente com o ambiente familiar para a vulnerabilidade ao humor depressivo na idade adulta. Dito de outra forma, as variáveis que têm um impacto directo sobre o indivíduo, nomeadamente os cuidados prestados pelo pai ou mãe, têm uma maior influência para a manifestação de humor depressivo no adulto, do que as variáveis que envolvem o ambiente familiar onde o indivíduo se desenvolveu, mas que não têm necessariamente haver directamente com o sujeito (e.g., ajustamento psicológico parental, cuidado físico e relacionamento parental não-violento, expressão emocional familiar, etc.).

Tendo em atenção as variáveis relacionadas com as características actuais, e em particular a Vinculação, os resultados obtidos (quer das correlações, quer das regressões) que testaram a hipótese H3 (*“a vinculação no adulto tem uma relação significativa com o humor depressivo na idade adulta”*) mostram que piores cuidados paternos, maternos e de ambiente familiar estão associados e são preditores significativos de vinculação, principalmente a dimensão de vinculação *ansiedade* (associado ao estilo de vinculação inseguro), pelo que a

hipótese **H3 é confirmada nos estudantes universitários**. Estes resultados são congruentes com as investigações que mostram que a vinculação insegura, particularmente os sujeitos com vinculação ansiosa ou evitante, são os que têm maior risco de sofrer de depressão na idade adulta (Batgós & Leadbeater, 1993; Diamond & Blatt, 1994).

Ainda em relação à vinculação, é possível acrescentar que a dimensão com valor mais elevado é o *Conforto com a Proximidade*, seguindo-se a de *Confiança nos Outros* e, por último, a de *Ansiedade*. Daqui se conclui que a maioria dos sujeitos apresentam um estilo de vinculação seguro, dado o paralelismo entre a dimensão de *Conforto com a Proximidade* e estilo de vinculação seguro (Canavarro, Dias, & Lima, 2006). Na relação da vinculação com a história familiar, as correlações encontradas e as regressões efectuadas mostram evidenciam que a *Ansiedade* nas relações de vinculação no adulto é tanto maior quanto piores a diátese (cuidados paternos, maternos e de ambiente familiar ao longo do desenvolvimento). Dentro das variáveis do desenvolvimento, é o ambiente familiar que melhor explica a dimensão de *Ansiedade* pelo que as relações e ambiente familiar ao longo do desenvolvimento parece ter uma influência significativa nas relações de vinculação com os outros na idade adulta. Por outras palavras, o estilo de vinculação do adulto é tanto mais ansioso, ou seja, com mais receio de ser abandonado ou de não ser querido (Canavarro, Dias, & Lima, 2006), quanto piores os cuidados familiares tidos durante o desenvolvimento. Os resultados parecem também demonstrar que os cuidados familiares ao longo do desenvolvimento influenciam de forma significativa o modo como o indivíduo se aproxima dos outros na idade adulta, tornando-o mais ou menos evitante consoante piores ou melhores cuidados, respectivamente. Também há evidências de que a *Confiança no Outros* no adulto é tanto maior quanto melhores cuidados familiares existirem ao longo do desenvolvimento. Estes resultados são congruentes com a ideia de que melhores cuidados no desenvolvimento estão associados a estilos de vinculação mais seguros na idade adulta (e.g., Atkinson & Zucker, 1997; Soares, 2000; Bifulco et al., 2006).

Quanto à segunda variável em análise relativa às características actuais, nomeadamente o Apoio Social na idade adulta, as regressões efectuadas sugerem que a diátese (cuidados paternos, maternos e ambiente familiar) é preditora significativa do apoio social no adulto (principalmente do apoio informacional). Constatase, portanto, que o valor mais elevado entre os estudantes universitários é o apoio informativo, seguido do instrumental e, por último, o emocional. Isto significa que os estudantes universitários têm melhor apoio informativo, ou seja, um apoio para informações e conselhos de forma a facilitar e melhor compreender os seus problemas, havendo, portanto, uma reciprocidade entre os elementos da rede social a que pertencem. O que estes resultados também evidenciam é que os estudantes universitários têm

como principal apoio aspectos relativos a necessidades mais práticas e objectivas (para informações e conselhos, para apoio no trabalho ou ajuda financeira, para serviços específicos, entre outros), sendo o apoio sócio-emocional aquele onde apresentam menores valores. Isto mostra que o apoio para as necessidades mais emocionais (para aprovação, segurança, aceitação e estima de pessoas afectivamente significativas) é onde os estudantes manifestam menores valores. Há estudos que mostram que um fraco apoio têm um importante contributo para a manifestação de psicopatologia (e.g., Carvalho, André, & Silva, 2004; Perris, 1994), mas vários autores têm afirmado que o apoio social (especialmente o emocional) só é útil quando o sujeito está a enfrentar desafios (e.g., Pires, 2003; Sias & Bartoo, 2007). Em termos específicos, o apoio emocional é um importante factor protector contra a depressão major. Pelo contrário, a sua ausência torna o indivíduo mais vulnerável (Kendler, Myers, & Prescott, 2005).

Ainda em relação ao apoio social, os resultados obtidos sugerem também que este é tanto menor quanto maior o humor depressivo nos jovens adultos, e é também tanto menor quanto mais inadequados forem os cuidados paternos, cuidados maternos e ambiente familiar. Considerando os factores preditores para o apoio social, os resultados sugerem que os cuidados familiares ao longo do desenvolvimento são importantes para um adequado apoio social na idade adulta, com os cuidados do pai e da mãe a manifestarem-se mais significativos do que propriamente o ambiente familiar existente ao longo do desenvolvimento. Ou seja, as acções directas dos pais nos filhos parecem ter mais influência para um bom apoio social na idade adulta do que o ambiente familiar experienciado. Daqui se conclui que as experiências familiares parecem ter um significativo contributo para a forma como o jovem adulto estabelece as suas redes e relações sociais, o que, por sua vez, aumenta a vulnerabilidade ao humor depressivo (e.g., Carneiro et al., 2007; Carvalho et al., 2004).

Apesar de neste estudo ter sido avaliado o humor depressivo (o que difere do diagnóstico de depressão), estes **resultados confirmam a hipótese H4** (“*o apoio social tem uma relação significativa com o humor depressivo na idade adulta*”) nos estudantes universitários e vão de encontro aos trabalhos de Resende e seus colaboradores (2006) quando evidenciam que são as experiências de ausência de apoio ao longo do desenvolvimento, principalmente com as figuras de vinculação, que aumentam o risco de perturbações depressivas (e.g., Leskelä et al., 2006). Também Brown e Harris (1978) e Hammen, Henry, e Daley (2000) argumentam que a falta de suporte contínuo nas relações próximas, em termos de vinculação e apoio social, aumenta a vulnerabilidade à depressão na idade adulta.

Considerando as **hipóteses H5** (“*A vinculação no adulto tem um efeito mediador entre as experiências familiares ao longo do desenvolvimento e o humor depressivo na idade adulta*”) e **H6** (“*O apoio social tem um efeito mediador entre as experiências familiares ao longo do desenvolvimento e o humor depressivo na idade adulta*”), constata-se nos resultados obtidos que as três dimensões de vinculação em estudo (*conforto com a proximidade, confiança nos outros e ansiedade*) e o apoio social existente, apesar de apresentarem uma relação significativa (em termos correlacionais e enquanto preditores), não são factores mediadores entre as experiências de cuidados familiares ao longo do desenvolvimento e o humor depressivo em estudantes universitários. Assim, **as hipóteses H5 e H6, quanto à mediação, não se confirmam na amostra de estudantes universitários**. Estes resultados contrariam as constatações de outros autores, tais como Bifulco e seus colaboradores (2006), quando verificaram que a vinculação é um mediador entre a negligência infantil e depressão na idade adulta. Pensamos que vários factores podem justificar esta diferença: em primeiro lugar, estamos a avaliar humor depressivo e não depressão clínica; em segundo lugar, os estudantes universitários utilizados nesta amostra apresentam uma idade média de 21 anos e a grande maioria vivem ainda com os pais (88.2%), o que poderá dificultar a organização do relato das experiências de cuidados familiares como anteriores e as características de vinculação actuais, já que os cuidados familiares na maior parte dos sujeitos estão ainda presentes. Por exemplo, estando a viver com os pais, a forma como se relacionam socialmente (tais como saídas à noite, estudar com amigos, ir ao cinema, etc.) estarão, provavelmente, sob algum domínio parental (tendo em conta que os nossos resultados mostram uma associação significativa entre a subescala de apoio social infantil e todas as dimensões de vinculação assim como de apoio social, assim como entre a subescala de controlo parental e dimensões de vinculação *Conforto com a Proximidade* e *Confiança nos Outros*). Uma outra hipótese que poderá justificar a infirmação destas hipóteses H3 e H4 é o facto do impacto das experiências no desenvolvimento e das características actuais de vinculação e de apoio social terem apenas um efeito potencial directo no humor depressivo no adulto. Contudo, quando se compara a história familiar de desenvolvimento e as características actuais (vinculação e apoio social), os resultados obtidos mostram que o que melhor explica o humor depressivo são as características actuais (as três dimensões de vinculação explicam 17.1% da variância e os três tipos de apoio social explicam 9.7% de humor depressivo) em detrimento das experiências familiares anteriores (cujos índices de cuidados paternos, maternos e de ambiente familiar explicam apenas 8.2% da variância de humor depressivo). Daqui se conclui que o contributo para o humor depressivo está mais dependente das características actuais do que da história do desenvolvimento. Estas evidências podem ser interpretadas numa perspectiva interpessoal e de

diátese-stress (e.g., Ingram & Luxton, 2005), já que apoia o grau de humor depressivo como resultado das interações entre as experiências no desenvolvimento e a toxicidade ambiental dos contextos e stressores actuais.

Experiências Familiares ao Longo do Desenvolvimento e Funcionamento Actual em Sujeitos Deprimidos

1. INTRODUÇÃO

Conforme foi exposto na introdução desta parte prática da investigação, o objectivo deste segundo estudo é o de caracterizar em sujeitos deprimidos, as experiências e a gravidade do humor depressivo, bem como as áreas de funcionamento actual (de vinculação e apoio social), avaliando concomitantemente as relações estabelecidas entre si. Para o efeito, foram colocadas as seguintes hipóteses:

H1) Quanto piores cuidados paternos e maternos ao longo do desenvolvimento (infância e adolescência), maior o índice de humor depressivo na idade adulta.

H2) Quanto pior o ambiente familiar ao longo do desenvolvimento (infância e adolescência), maior o índice de humor depressivo na idade adulta.

H3) A Vinculação no adulto tem uma relação significativa com o humor depressivo na idade adulta

H4) O Apoio Social actual tem uma relação significativa com o humor depressivo na idade adulta

H5) A Vinculação no Adulto tem um efeito mediador entre as experiências familiares ao longo do desenvolvimento e o humor depressivo na idade adulta

H6) O Apoio Social actual tem um efeito mediador entre as experiências familiares ao longo do desenvolvimento e o humor depressivo na idade adulta

MÉTODO

2.1. PARTICIPANTES

A presente investigação teve como participantes 90 sujeitos adultos deprimidos, seleccionados segundo uma amostra de conveniência, 80 dos quais foram avaliados em consultório, na primeira consulta e sem qualquer tipo de intervenção, em duas clínicas privadas, em duas cidades do norte do país. Estes participantes são utentes que procuraram a consulta de

Psicologia nestas clínicas, os quais foram convidados a participar num estudo de psicologia sobre a sua perturbação. Outros 10 participantes neste grupo “deprimidos” foram provenientes de um hospital psiquiátrico público, os quais foram avaliados na sala da testoteca do Serviço de Psicologia desse mesmo hospital, na altura da admissão como utentes.

Para a constituição desta amostra, vários critérios objectivos tiveram de ser criados para guiar e orientar a escolha ou exclusão dos sujeitos (para reduzir enviesamentos criteriosais ou conceptuais). Assim, para a inclusão dos sujeitos neste grupo de “deprimidos”, para além do critério clínico (opinião do terapeuta), foi utilizada a Entrevista Clínica Estruturada para Perturbações do Eixo I do DSM-IV (SCID-I) para confirmação do diagnóstico de depressão. Para avaliar o grau de humor depressivo procedeu-se à administração do Inventário de Depressão de Beck.

Este grupo tem idades compreendidas entre os 18 e os 63 anos ($M = 39.61$, $DP = 11.99$), sendo 83.3% ($n = 75$) do género feminino e 16.7% ($n = 15$) do género masculino. Quanto à escolaridade, 34.4% ($n = 31$) têm formação académica entre o 7º e 9º ano, 33.3% ($n=30$) com formação no ensino superior e 32.2% ($n=29$) com formação até ao ensino preparatório. Relativamente ao estado civil, 51.1% ($n=46$) são casados, 30% ($n=27$) são solteiros, seguindo-se os divorciados com 8.9% ($n=8$), os unidos de facto com 5.6% ($n=5$) e os viúvos com 4.4% ($n=4$). No que se refere à fonte de rendimento, 72.2% ($n=65$) estão empregados com rendimento (vencimento fixo, profissional liberal ou lucro de empresa) e 27.8% ($n=25$) vivem sem rendimento, ou com rendimento herdado ou de beneficiência familiar ou pública. A maioria dos participantes vive em meio urbano, com 64.4% ($n=68$), seguindo-se os que vivem em meio rural, com 26.7% ($n=24$) e os que vivem em meio suburbano com 8.9% ($n=8$). No que concerne ao número de filhos, 58.9% ($n=53$) tem um ou mais filhos e 41.1% ($n= 37$) não têm filhos. Quanto ao número de irmãos, 84.4% ($n=76$) têm um ou mais irmãos e 15.6% ($n=14$) não têm nenhum irmão. No que respeita aos pais dos participantes, 87.8% ($n=79$) tiveram os pais casados até aos seus 18 anos, tendo-se 12.2% divorciado antes dos 18 anos dos participantes. Actualmente, 62.2% ($n=56$) dos participantes têm ambos os pais vivos, 18.9% ($n=17$) apenas com mãe viva, 12.2% ($n=11$) com pais falecidos e 6.7% ($n=6$) apenas com pai vivo. Em termos de estatuto sócio-económico familiar (Graffar, 1956), 70% ($n=63$) encontram-se na classe média, 27.8% ($n=25$) na classe média-baixa e 2.2% ($n=2$) na classe média-alta. Relativamente à existência de episódios depressivos anteriores, verifica-se que 85.6% ($n=77$) dos participantes tem história de um ou mais episódios depressivos, e apenas 14.4% ($n=13$) não tem história de depressão anterior. Em relação à existência de algum acontecimento problemático que possa ter afectado o equilíbrio emocional de cada sujeito nas duas semanas prévias à participação neste

estudo, constata-se que 56.7% (n=51) são os sujeitos que o tiveram. Após os 18 anos de idade, 71.1% (n=64) dos participantes declara algum tipo de trauma ou perturbação.

Uma síntese descritiva do grupo “deprimidos” é apresentada na tabela 18.

Tabela 18

Caracterização sócio-demográfica dos participantes (n=90)

Idade	<i>Média</i>	<i>d.p.</i>
Média	39.61	.38
Sexo	% (n)	
Masculino	16.7%	(n=15)
Feminino	83.3%	(n=75)
Escolaridade	% (n)	
Até ensino preparatório (6º ano)	32.2%	(n=29)
Entre ensino preparatório e secundário (7º ao 12º ano)	34.4%	(n=31)
Ensino superior	33.3%	(n=30)
Estado Civil	% (n)	
Casado	51.1%	(n=46)
União de facto	5.6%	(n=5)
Divorciado	8.9%	(n=8)
Solteiro	30%	(n=27)
Viuvo	4.4%	(n=4)
Estado civil recodificado	% (n)	
Com parceiro	56.7%	(n=51)
Sem parceiro	43.3%	(n=39)
Fonte de rendimentos	% (n)	
Sem rendimento, ou herdado ou de beneficiência	27.8%	(n=25)
Com rendimento (vencimento fixo, liberal ou lucro de empresa)	72.2%	(n=65)
Local de Residência	% (n)	
Rural	26.7%	(n=24)
Urbano	64.4%	(n=68)
Suburbano	8.9%	(n=8)
Tipo de Residência	% (n)	
Casa/ andar luxuoso e espaçoso	10%	(n=9)
Casa/ andar sem luxo	57.8%	(n=52)
Casa/ andar modesto	32.2%	(n=29)
Número de filhos	% (n)	
Nenhum	41.1%	(n=37)
Com um ou mais filhos	58.9%	(n=53)
Pais ou figuras parentais ainda estão vivas?	% (n)	
Sim, ambos	62.2%	(n=56)
Só pai vivo	6.7%	(n=6)
Só mãe viva	18.9%	(n=17)
Ambos faleceram	12.2%	(n=11)
Pais divorciaram-se antes dos 18 anos?	% (n)	
Sim	12.2%	(n=11)
Não	87.8%	(n=79)
Número de irmãos	% (n)	
Nenhum	15.6%	(n=14)
Com um ou mais irmãos	84.4%	(n=76)
Estatuto Sócio-Económico familiar (Graffar)	% (n)	
Classe familiar I – estatuto alto	0%	(n=0)
Classe familiar II – estatuto médio-alto	2.2%	(n=2)
Classe familiar III – estatuto médio	70%	(n=63)
Classe familiar IV – estatuto médio-baixo	27.8%	(n=25)
Classe familiar V – estatuto baixo	0%	(n=0)
História Anterior de episódios depressivos	% (n)	
Sem história de episódios depressivos anteriores	14.4%	(n=13)
Com história de episódios depressivos anteriores	85.6%	(n=77)
Problemas actuais: Teve algum problema nas últimas duas semanas?	% (n)	
Sim	56.7%	(n=51)
Não	43.3%	(n=39)
Depois dos 18 anos, sofreu algum tipo de perturbação ou trauma?	% (n)	
Sim	71.1%	(n=64)
Não	28.9%	(n=26)

2.2. PLANEAMENTO

Relativamente ao design da investigação, este estudo é do tipo transversal retrospectivo. O planeamento é intersujeito.

2.3. INSTRUMENTOS

2.3.1. Questionário sócio-demográfico e questões sobre a situação actual

A caracterização sócio-demográfica foi realizada através de uma adaptação da classificação social de Graffar (1956). Nas situações de classificação profissional duvidosa, foi utilizado o Guia de Caracterização Profissional (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 1998). O questionário sócio-demográfico adaptado a esta investigação permite categorizar as famílias em grupos sócio-económicos, de acordo com o nível profissional, de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e zona residencial. Este instrumento classifica o estatuto sócio-económico familiar de cada participante, de acordo com as pontuações obtidas, em “*Alto*” (classe 1, com pontuações de 5 a 9), “*Médio-Alto*” (classe 2, com pontuações de 10 a 13), “*Médio*” (classe 3, com pontuações de 14 a 17), “*Médio-baixo*” (classe 4, com pontuações de 18 a 21) e “*Baixo*” (classe 5, com pontuações de 22 a 30).

Após esta primeira parte da caracterização sócio-demográfica, seguiram-se duas questões relacionadas com a existência actual de problemas ou situações perturbadoras para o participante, nomeadamente: 1) “*Nas últimas duas semanas, viveu ou aconteceu alguma coisa perturbadora para si?*”; 2) “*Depois dos 18 anos, teve alguma experiência que tivesse sido perturbadora para si (ex. doença grave, acidente, morte súbita de algum familiar/ amigo, etc.)?*”. Este questionário sócio-demográfico e de características actuais continua com a obtenção de mais alguns dados do participante assim como sobre a caracterização da sua família-de-origem, de acordo com os seguintes dados: **a)** Ascendência; **b)** Estado civil; **c)** Número de filhos; **d)** Com quem vive (se sozinho, ou com companheiro/cônjuge, com pais, ou *Outro*. Em caso do participante seleccionar *Outro*, pergunta-se *com quem*); **e)** Orientação religiosa da família de origem (*sem religião, católica* ou *outra*. Em caso do participante seleccionar *Outra*, perguntou-se qual); **f)** Por quem foi o participante criado (por pais biológicos, pais adoptivos, só mãe biológica, só pai biológico, mãe biológica e pai adoptivo, pai biológico e mãe adoptiva ou *outro* como por exemplo tios); **g)** Saber se os pais do participante ainda estão vivos, e, caso contrário, indicação da idade do participante aquando o falecimento do familiar; **h)** Saber se os pais eram casados um com o outro; **i)** Saber se os pais do participante se separaram ou divorciaram; **j)** Saber o grau de escolaridade e profissões dos pais do participante; **k)** Saber quantos irmãos tinha ou tem

o participante e, em caso afirmativo, quantos são mais velhos ou se estão todos ainda vivos; **l)** Saber se o participante foi adoptado ou não; **m)** Saber se o participante teve alguma deficiência que limitou a actividade ou experiências ao longo do seu crescimento.

2.3.2. Entrevista Clínica Estruturada para Episódio Depressivo Major do DSM (SCID-I) e Entrevista Clínica Estruturada para Perturbações da Personalidade do DSM (SCID-II)

A SCID-I é uma entrevista clínica para administração do técnico de saúde, que permite avaliar a sintomatologia clinicamente significativa e psicopatologia de um determinado indivíduo e a SCID-II permite avaliar os sintomas para diagnóstico de perturbações da personalidade (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2003). Quer a SCID-I, quer a SCID-II são entrevistas estruturadas de fácil aplicação que ajudam a concretizar o diagnóstico dos dois primeiros eixos axiais do DSM-IV-TR (APA, 2000), para sintomatologia clínica (eixo I) e perturbações da personalidade (eixo II). Relativamente à SCID-I, a sua constituição consiste em nove módulos de diagnóstico, incluindo dados para o diagnóstico diferencial entre os vários episódios e perturbações de humor. O entrevistador pode escolher eliminar um ou mais módulos para focar selectivamente a(s) área(s) de maior interesse de diagnóstico. Quando um sujeito não concretiza algumas perguntas essenciais do diagnóstico diferencial, é possível ignorar as restantes questões dos critérios de diagnóstico em curso, passando-se para outro módulo ou terminando a entrevista. Quanto à SCID-II, é constituído por onze módulos correspondentes aos vários critérios de diagnóstico para cada uma das perturbações de personalidade do DSM-IV-TR, nomeadamente: evitante, dependente, obsessivo-compulsiva, passivo-agressiva, paranóide, esquizotípica, esquizóide, histriónica, narcísica, estado-limite e depressiva. O diagnóstico na SCID-I e II é feito em tempo real, durante o curso da entrevista, não sendo necessário qualquer algoritmo ou programa de cotação. A fiabilidade e validade da SCID-I e II tem sido bem documentada na investigação (Sanchez-Villegas, Schlatter, Ortuno, Lahortiga, Pla, Benito, & Martinez-Gonzalez, 2008). As respostas, tal como recomendado na entrevista dos autores, variavam entre o sinal “?” que significa “informação inadequada” e “3”, cujo significado é o de “mínimo necessário ou verdadeiro”. Foi considerado “deprimido” o indivíduo a quem foi aplicada a SCID-I e cujos critérios de diagnóstico mínimos foram confirmados pelo entrevistador clínico para a sua inclusão no grupo de deprimidos, corroborados pela medição do humor depressivo com o Inventário de Depressão de Beck. A SCID-II serviu para diferenciar os sujeitos entre aqueles que apresentam perturbações de personalidade e os que o não apresentam.

2.3.3. Instrumento do Historial Familiar (IHF)

O *Family Background Questionnaire* foi criado por Melchert (1991) e serviu de base para o desenvolvimento de um conjunto de 3 questionários para a população portuguesa (Monteiro & Maia, *in press*), tendo este instrumento sido descrito no capítulo anterior. Este instrumento avalia as características das experiências tidas com a família-de-origem, com o pai, mãe e em termos de ambiente familiar, resultando num valor global de funcionamento familiar.

O estudo das características psicométricas, bem como da relação entre os resultados com o humor depressivo, dimensões de vinculação e apoio social, numa amostra de 280 estudantes universitários portugueses foi exposto no primeiro estudo. Neste, foi relatado que a análise da consistência interna de cada escala revelou-se adequada, tal como se constata nos valores do alfa de *Cronbach* de .95 (Questionário de Cuidados Paternos), .94 (Questionário de Cuidados Maternos) e .84 (Questionário do Ambiente Familiar). A variância explicada nos três questionários é de 56.76% no Questionário de Cuidados Paternos, de 53.37% no Questionário de Cuidados Maternos e de 51.31% no Questionário do Ambiente Familiar. Os valores do alfa de *Cronbach* no Questionário de Cuidados Paternos varia de .739 (escala 4 – Respeito Físico e Emocional Paterno) até .946 (escala 1 - Aceitação e Expressão de Afecto Paterno). No Questionário de Cuidados Maternos varia de .743 (escala 3 – Envolvimento Educacional Materno) até .938 (escala 1 - Aceitação e Expressão de Afecto Materno). No Questionário do Ambiente Familiar varia de .739 (escala 6 – Controlo Parental) até .888 (escala 1 – Abuso de Substâncias Parental). Os resultados dos sujeitos estão assentes numa escala contínua do tipo *lickert*, classificada de 1 até 5, em que quanto mais próximo de 5, melhor o funcionamento familiar.

2.3.4. Escala de Vinculação do Adulto

Este instrumento foi descrito no capítulo do primeiro estudo.

2.3.5. Inventário da Depressão de Beck (BDI)

Este instrumento foi descrito no capítulo do primeiro estudo.

2.3.6. Inventário dos Sintomas Psicopatológicos (BSI)

O Inventário dos Sintomas Psicopatológicos é um dos questionários de auto-resposta mais utilizados e foi elaborado por Derogatis (1982), sendo uma versão breve do conhecido questionário SCL-90 (e.g. Derogatis, 1977; Derogatis, & Cleary, 1977), devido também às reformulações que tem tido ao longo do tempo. É constituído por 53 itens, onde o participante (com uma idade mínima recomendada de 13 anos) deverá responder, classificando o grau em que cada problema o afectou, durante os últimos sete dias, numa escala do tipo *lickert* que varia desde “*Nunca*” (0 pontos) até “*Muitíssimas vezes*” (4 pontos). O tempo de administração médio requerido para o seu preenchimento adequado situa-se em 8 e 12 minutos.

Este instrumento avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia e três índices globais. Estes últimos são o *Índice Geral de Sintomas* (que tem em conta o número de sintomas psicopatológicos e a intensidade do distress); o *Total de Sintomas Positivos* (que reflecte o número de sintomas assinalados acima de zero); e o *Índice de Sintomas Positivos* (que é uma medida que combina a intensidade da sintomatologia com o número de sintomas presentes). As nove dimensões avaliadas são as seguintes (cf. Canavarro, 1999): 1) Somatização; 2) Obsessão-compulsão; 3) Sensibilidade interpessoal; 4) Depressão; 5) Ansiedade; 6) Hostilidade; 7) Ansiedade fóbica; 8) Ideação paranóide e 9) Psicoticismo.

Os estudos da versão portuguesa de Canavarro (1999a), realizados com 404 participantes na população geral e 147 na população clínica, revelaram níveis adequados de consistência interna para as nove escalas com valores de *alpha de Chronbach* entre .621 (psicoticismo) até .81 (depressão). A validade de constructo encontrou correlações significativas variáveis entre .73 e .38. O ponto de corte é de 1.7, pelo que uma nota no Índice de Sintomas Positivos maior ou igual a este valor, diferencia e distingue as pessoas perturbadas emocionalmente da população em geral, tratando-se, por isso, num instrumento adequado para avaliar a psicopatologia.

Sendo este instrumento um bom discriminador de saúde mental, do ponto de vista desta investigação, interessa analisar estas nove dimensões e particularmente o *Índice Geral de Sintomas* para verificar a sintomatologia clínica e o grau com que os indivíduos são atingidos por essa sintomatologia.

2.3.7. Escala de Apoio Social (EAS)

Este instrumento foi descrito no capítulo do primeiro estudo.

2.4. PROCEDIMENTO

Foram contactados os responsáveis pelas duas clínicas e pela unidade hospitalar para a devida autorização e o protocolo de aplicação aos doentes destas instituições foi previamente analisado e aprovada a sua aplicação pela comissão de ética e/ou direcção (ver anexo 5). Em ambos os locais de recolha de dados, foi obtido o consentimento informado e foi garantida a confidencialidade e privacidade da sua participação. Aqueles sujeitos que aceitaram participar na segunda fase da investigação (Estudo 3) preencheram os dados referentes à sua identificação para correspondência entre o segundo e primeiro momento da avaliação. O protocolo dos materiais aplicados incluía uma apresentação escrita do propósito do estudo, em que o participante era informado que os dados recolhidos seriam para melhor compreender a depressão no adulto.

Após a declaração de consentimento informado (anexo 6), todos os instrumentos de auto-relato foram administrados na sequência neste capítulo apresentada, após uma entrevista clínica estruturada, segundo a SCID-I e SCID-II, que foi feita a cada participante individualmente.

Todos os sujeitos foram entrevistados de forma estruturada com a SCID-I e II e individualmente pelo investigador, tendo obedecido à seguinte ordem de aplicação: declaração de consentimento informado, onde se explica a natureza do estudo e os objectivos da investigação; Questionário sócio-demográfico e caracterização da situação actual; SCID-I e SCID-II; Instrumento do Historial Familiar; Escala de Vinculação do Adulto; Inventário da Depressão de Beck; Inventário dos Sintomas Psicopatológicos e Escala de Apoio Social. Os dados para o grupo “deprimidos” foram recolhidos em consultório. O preenchimento de todos os instrumentos foi sempre com a presença do investigador, o que permitiu o esclarecimento de todas as dúvidas que os participantes tiveram na resposta aos mesmos.

O tempo médio de aplicação do protocolo completo a cada participante foi de uma hora e meia, trinta minutos dos quais dedicados à entrevista clínica estruturada e o restante tempo para a resposta aos questionários. O total de tempo gasto com todos os 144 participantes foi cerca de 200 horas. As razões pelas quais foi pedido aos sujeitos para preencherem os questionários no mesmo momento que a entrevista foram as seguintes: 1) evitar variação do humor em relação àquele momento de avaliação, pois se preenchesse noutro dia aumentaria a probabilidade de reduzir a congruência de humor com a entrevista realizada; 2) evitar que um terceiro respondesse pelo sujeito, uma vez que poderia não querer ou não ter paciência para o fazer sozinho; 3) evitar perda de dados, pois o participante poderia passar ou esquecer-se de alguma resposta, o que invalidava o caso.

2.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA E TRATAMENTO DE DADOS

Os dados para análise estatística foram introduzidos, analisados e trabalhados no programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS – 16ª versão).

As variáveis foram submetidas a uma análise exploratória para averiguar acerca da normalidade das distribuições e a comparação das variáveis categóricas foi realizada através do teste de Qui-quadrado de *Pearson* (χ^2). Para as análises correlacionais, foram utilizados os critérios de Sampieri, Collado e Lucio (2006, p. 448), onde existem vários graus interpretativos da magnitude da correlação (positiva ou negativa), nomeadamente .90 (muito forte), .75 (considerável), .50 (média), .10 (fraca) e .00 (correlação ausente). Nas variáveis cuja distribuição se verificou paramétrica, utilizou-se a correlação de *Pearson* (r) e naquelas cuja distribuição se verificou não-paramétrica, utilizou-se a correlação de *Spearman* (r_s). A avaliação do efeito mediador de variáveis foi feita segundo o modelo proposto por Baron e Kenny (1986). O valor de significância estatística de p menor que .05 foi considerado significativo nas variáveis estudadas, mas consideraram-se também aos valores marginalmente significativos ($.05 < p < .10$).

RESULTADOS

3.1. RESULTADOS DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS COM AS EXPERIÊNCIAS VIVIDAS NA FAMÍLIA-DE-ORIGEM

De um ponto de vista global, as experiências relatadas acerca da família-de-origem dos sujeitos são adequadas, já que a grande maioria dos resultados médios em todas as variáveis analisadas têm uma média de pontuação próxima de três ou mais, numa escala contínua de 1 a 5, em que, quanto mais próximo de cinco, melhor é o resultado na variável analisada.

Em cada um dos cuidados dos pais, constata-se que as escalas com valores mais elevados são o respeito físico e emocional paterno ($M = 3.80$, $DP = 1.06$) e o respeito físico e emocional materno ($M = 3.62$, $DP=1.15$). Em relação aos factores de menor valor nestes cuidados, verificam-se a responsividade e diálogo paterno ($M=2.43$, $DP =1.15$) e a responsividade e diálogo materno ($M=2.88$, $DP=1.06$).

Em termos do ambiente familiar, percebem-se que os factores de “ausência de abuso de substâncias parental” e “cuidado físico e relacionamento parental não-violento” são os mais elevados, com uma média de 4.59 ($DP = .76$) e 4.26 ($DP = .71$), respectivamente, o que

evidencia que não foi relatado abuso de substâncias por parte dos pais, tendo havido cuidados físicos adequados e um relacionamento parental sem violência. O factor com o menor valor no ambiente familiar é o “apoio social na infância e expressão emocional familiar” ($M = 2.82$, $DP = .91$).

Numa análise do índice de cuidados paternos, maternos e de ambiente familiar, depreende-se que o factor que apresenta um maior valor é o ambiente familiar ($M=3.60$, $DP=.44$), seguindo-se dos cuidados maternos ($M=3.27$, $DP=.82$) e, por último, dos cuidados paternos ($M=3.06$, $DP =.90$). Em termos globais, o índice geral de cuidados familiares tem um valor médio de 3.36 ($DP=.55$).

Uma síntese da análise das variáveis relacionadas com as experiências tidas na família-de-origem desde a infância até aos 18 anos, organizados de acordo com os três questionários aplicados aos participantes deprimidos (IHF), nomeadamente em relação ao pai, à mãe e ao ambiente familiar, estão expostos na tabela 19.

Nesta mesma tabela 19, apesar de não ser um objectivo deste estudo, expõem-se os dados obtidos com os estudantes universitários (cf. Estudo 1), assim como a comparação entre os dois grupos, com o intuito de evidenciar as diferenças significativas entre os dados obtidos na população onde foi feita a aferição do IHF e os sujeitos deprimidos.

Tabela 19

Caracterização das variáveis do IHF em Deprimidos e Estudantes Universitários

IHF – Instrumento do Historial Familiar	Deprimidos (<i>n</i> =90)		Estudantes Universitários (<i>n</i> =280)		Valor de <i>p</i> (<i>N</i> = 370)
	<i>Média</i>	<i>d.p.</i>	<i>Média</i>	<i>d.p.</i>	
Questionário de Cuidados Paternos	<i>Média</i>	<i>d.p.</i>	<i>Média</i>	<i>d.p.</i>	
1 - Aceitação e Expressão de Afecto Paterno	3.01	1.15	3.97	.837	U = 6032.50, z = -7.030, p=.000***
2 - Responsividade e diálogo paterno	2.43	1.15	3.46	.897	t (362) = 8.553, p = .000***
3 - Envolvimento Educacional Paterno	2.99	1.03	3.70	.784	U = 7105.00, z = -5.781, p=.000***
4 - Respeito Físico e Emocional Paterno	3.80	1.06	4.19	.762	U = 9667.00, z = -2.800, p=.005**
Índice de Cuidados Paternos	3.06	.90	3.83	.66	U = 5913.00, z = -7.168, p=.000***
Questionário de Cuidados Maternos	<i>Média</i>	<i>d.p.</i>	<i>Média</i>	<i>d.p.</i>	
5 - Aceitação e Expressão de Afecto Materno	3.36	1.02	4.25	.697	U = 5757.50, z = -7.756, p=.000***
6 - Responsividade e diálogo Materno	2.88	1.06	3.76	.769	t (368) = 8.615, p = .000***
7 - Envolvimento Educacional Materno	3.23	1.02	3.95	.682	U = 7516.50, z = -5.769, p=.000***
8 - Respeito Físico e Emocional Materno	3.62	1.15	4.19	.802	U = 8912.50, z = -4.201, p=.000***
Índice de Cuidados Maternos	3.27	.82	4.04	.58	U = 5462.50, z = -8.086, p=.000***
Questionário do Ambiente Familiar	<i>Média</i>	<i>d.p.</i>	<i>Média</i>	<i>d.p.</i>	
9 - Ausência de Abuso de Substâncias Parental	4.59	.76	4.91	.382	U = 9702.50, z = -5.013, p=.000***
10 - Coligação Parental e Ajustamento Psicológico Parental	3.28	.79	4.01	.611	U = 5676.00, z = -7.850, p=.000***
11 - Cuidado Físico e Relacionamento Parental Não-Violento	4.26	.71	4.75	.455	U = 6367.50, z = -7.293, p=.000***
12 - Ausência de Tarefas Domésticas	3.20	1.43	2.82	1.251	U = 10597.00, z = -2.271, p=.023*
13 - Apoio Social na infância e Expressão Emocional Familiar	2.82	.91	3.61	.764	U = 6542.50, z = -6.869, p=.000***
14 - Controlo Parental	3.07	.76	4.03	.499	U = 3381.50, z = -10.463, p=.000***
Índice de Ambiente Familiar	3.54	.44	4.02	.32	U = 5307.00, z = -8.263, p=.000***
Índice Geral de Cuidados Familiares	3.32	.55	3.97	.40	U = 4514.00, z = -9.161, p=.000***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

A comparação entre o grupo “deprimidos” e o grupo de estudantes universitários mostram diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas do IHF ($p < .05$), com os deprimidos a apresentarem valores sempre inferiores comparativamente com os estudantes, excepto na “ausência de tarefas domésticas”. Nesta escala, constata-se que os estudantes relatam colaborar mais em tarefas domésticas do que os deprimidos. Estes resultados evidenciam que os deprimidos têm piores cuidados paternos, maternos e mau ambiente familiar comparativamente com os estudantes universitários.

3.2. RESULTADOS PARA O HUMOR DEPRESSIVO, VINCULAÇÃO E APOIO SOCIAL

Para a caracterização do grau de humor depressivo, medida através da aplicação do Inventário da Depressão de Beck, os participantes apresentam uma média de 22.13 pontos ($DP = 9.55$) (o que corresponde a humor depressivo moderado).

No âmbito da sintomatologia clinicamente significativa, medida através do BSI numa escala de 0 a 4, verifica-se que os participantes da amostra têm valores superiores a 1 em todos os sintomas avaliados por este instrumento (somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade fóbica, hostilidade, ideação paranóide e psicoticismo). Estes valores resultam num *Índice Geral de Sintomas* médio de 1.66 ($DP = .68$) e num *Total de Sintomas Positivos* cuja média é de 87.96 ($DP = 35.88$).

Uma síntese destas variáveis é apresentada na tabela 20.

Tabela 20

Caracterização do grau de humor depressivo e sintomatologia clinicamente significativa em deprimidos

Inventário de Depressão de Beck	<i>Média</i>	<i>d.p.</i>
Humor Depressivo	22.13	9.55
Sintomatologia clinicamente significativa (BSI)	<i>Média</i>	<i>d.p.</i>
Somatização	1.48	.88
Obsessões-Compulsões	2.11	.85
Sensibilidade Interpessoal	1.54	.90
Depressão	2.05	.91
Ansiedade Fóbica	1.11	.98
Hostilidade	1.58	.86
Ideação Paranóide	1.63	.72
Psicoticismo	1.35	.87
Índice Geral dos Sintomas (IGS)	1.66	.68
Total Sintomas Positivos (TSP)	87.96	35.88

Quanto aos resultados da Escala de Vinculação do Adulto, observa-se que a dimensão de vinculação com valor mais elevado é o *conforto com a proximidade* ($M = 3.29$, $DP = .67$), seguida da *confiança nos outros* ($M = 2.95$, $DP = .63$) e depois da *ansiedade* ($M = 2.75$, $DP = .92$).

Uma síntese destes resultados é disponibilizada na tabela 21.

Tabela 21

Caracterização das variáveis relacionadas com as dimensões de vinculação no adulto em deprimidos

Dimensões da EVA	Deprimidos ($n = 90$)	
	<i>Média</i>	<i>d.p.</i>
Ansiedade	2.75	.92
Conforto com a proximidade	3.29	.67
Confiança nos outros	2.95	.63

Relativamente à análise do apoio social no adulto, medido através da Escala de Apoio Social de Matos e Ferreira (2000), que se organiza em três tipos de apoio (informativo, emocional e instrumental), evidencia que o apoio social com o valor mais elevado em sujeitos deprimidos é o informativo ($M = 19.66$, $DP = 5.21$), seguido do instrumental ($M = 19.43$, $DP = 4.32$) e, por último, o emocional ($M = 18.36$, $DP = 4.16$). Estes resultados mostram que o apoio emocional é onde os deprimidos têm valores menores. Estes resultados estão disponíveis na tabela 22.

Tabela 22

Caracterização das variáveis relacionadas com o tipo de Apoio Social em deprimidos

Dimensões da EAS	Deprimidos ($n=90$)	
	<i>Média</i>	<i>d.p.</i>
Apoio informativo	19.66	5.21
Apoio emocional	18.36	4.16
Apoio instrumental	19.43	4.32
Apoio Social Total	57.44	11.48

3.3. ANÁLISES CORRELACIONAIS ENTRE VARIÁVEIS

Uma síntese geral dos resultados correlacionais é apresentada nas tabelas 23 e 24.

Numa análise correlacional entre a vinculação no adulto e as experiências ao longo do desenvolvimento, observa-se que há uma associação significativa positiva entre a dimensão *conforto com a proximidade* com o “índice de cuidados paternos” ($r = .223, p < .01$), como também com o “índice geral de cuidados familiares” ($r = .212, p < .05$).

Considerando a relação entre apoio social actual e as experiências ao longo do desenvolvimento, existe uma associação significativa positiva entre o “índice de cuidados paternos” com o apoio social informacional ($r = .323, p < .01$), apoio social emocional ($r = .212, p < .05$) e o apoio social total ($r = .254, p < .05$). Ainda no apoio social, constata-se uma significativa associação entre o “índice de cuidados maternos” e o “apoio social informacional” ($r = .412, p < .01$), o “apoio social emocional” ($r = .410, p < .01$) e o “apoio social total” ($r = .380, p < .01$). No que se refere ao ambiente familiar, este está significativamente correlacionado com o “apoio social informacional” ($r = .406, p < .01$), o “apoio social emocional” ($r = .358, p < .01$) e o “apoio social total” ($r = .361, p < .01$). Em termos globais, verifica-se uma associação positiva significativa entre o “índice geral de cuidados familiares” com o “apoio informacional” ($r = .405, p < .01$), com o “apoio emocional” ($r = .361, p < .01$) e o Apoio Social Total ($r = .364, p < .01$).

Analisando a relação entre a sintomatologia psicopatológica geral e as experiências ao longo do desenvolvimento, observa-se uma associação significativa negativa desta (“Índice Geral de Sintomas (BSI)” com o “índice de cuidados paternos” ($r = -.227, p < .01$).

Quanto à relação entre o humor depressivo, as experiências ao longo do desenvolvimento e as características actuais (apoio social e vinculação), constata-se que o primeiro está negativamente correlacionado com o “respeito físico e emocional materno” ($r = -.222, p < .05$) e ainda com as características actuais de “apoio social emocional” ($r = -.260, p < .05$), assim como também com as dimensões de vinculação *Conforto com a Proximidade* ($r = -.238, p < .05$) e *Confiança nos Outros* ($r = -.366, p < .01$). Em termos de correlação positiva, o humor depressivo está associado às características actuais, como a sintomatologia psicopatológica geral (índice geral de sintomas do BSI) ($r = .649, p < .01$) e com a dimensão de vinculação *Ansiedade* ($r = .278, p < .01$).

Assim, considerando as hipóteses 1 e 2 colocadas para este estudo (H1 - “quanto piores cuidados paternos e maternos ao longo do desenvolvimento, maior o índice de humor depressivo na idade adulta” e H2 - “quanto pior o ambiente familiar ao longo do desenvolvimento, maior o índice de humor depressivo na idade adulta”), não se verifica qualquer correlação significativa

entre o humor depressivo com os índices de cuidados paternos, cuidados maternos e de Ambiente Familiar, pelo que **não se confirmam as hipóteses H1 e H2 em adultos deprimidos** (cf. Tabela 23 e 24).

Considerando as características actuais e as hipóteses H3 e H4 (H3 - "*A Vinculação no adulto tem uma relação significativa com o humor depressivo na idade adulta*" e H4 - "*O Apoio Social actual tem uma relação significativa com o humor depressivo na idade adulta*") os resultados obtidos evidenciam que o humor depressivo está relacionado com todas as dimensões de vinculação e com o apoio social emocional, o que **confirma as hipóteses H3 e H4** (cf. Tabela 23 e 24).

Tabela 23. Correlações de Pearson entre as variáveis paramétricas no grupo “deprimidos” (N=90)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
1 - Idade	1																								
2 - F1 – Aceitação e expressão de afecto paterno	.038	1																							
3 - F2 – Responsividade e diálogo paterno	.007	.833**	1																						
4 - F3 – Envolvimento educacional paterno	.016	.652**	.681**	1																					
5 - F5 – Aceitação e expressão de afecto materno	-.033	.401**	.358**	.323**	1																				
6 - F6 – Responsividade e diálogo materno	-.100	.417**	.542**	.468**	.801**	1																			
7 - F7 – Envolvimento educacional materno	-.142	.228*	.367**	.632**	.534**	.584**	1																		
8 - F8 – Respeito físico e emocional materno	.295**	.097	.077	.117	.447**	.378**	.083	1																	
9 - F10 – Coligação parental e ajustamento psicológico parental	.148	.383**	.309**	.215*	.313**	.238*	.079	.232*	1																
10 - F12 – Ausência de tarefas domésticas	.029	-.201	-.231*	-.213*	-.132	-.127	-.257*	-.005	-.177	1															
11 - F13 – Apoio social infantil e Expressão emocional familiar	-.097	.398**	.501**	.304**	.307**	.425**	.276**	-.099	.097	-.004	1														
12 - F14 – Controlo parental	.504**	.534**	.329**	.307**	.520**	.533**	.355**	.251**	.244**	-.130	.310**	1													
13 - Índice de Cuidados Paternos	.082	.925**	.917**	.758**	.391**	.438**	.348**	.217*	.382**	-.222*	.407**	.521**	1												
14 - Índice de Cuidados Maternos	.016	.362**	.425**	.486**	.891**	.885**	.694**	.636**	.279**	-.164	.284**	.532**	.459**	1											
15 - Índice de Ambiente Familiar	.483**	.502**	.354**	.419**	.437**	.465**	.249**	.225**	.565**	.297**	.517**	.583**	.544**	.443**	1										
16 - Índice Geral de Cuidados Familiares	.754**	.784**	.686**	.533**	.715**	.765**	.548**	.449**	.491**	-.061	.491**	.661**	.852**	.796**	.785**	1									
17 - Ansiedade	-.332**	.020	.082	.128	-.012	.207	.227*	-.264*	-.101	.070	.139	-.037	-.006	.027	.021	.019	1								
18 – Conforto com a proximidade	.216*	.166	.167	.293**	.116	.139	.159	.166	.042	-.113	.069	-.040	.223*	.048	.199	.212*	-.272**	1							
19 – Confiança nos outros	.117	.154	.053	.063	.200	.064	-.066	.215*	.082	.043	.021	.109	.112	.063	.135	.133	-.253**	.284**	1						
20 - Humor depressivo (BDI)	-.106	-.076	-.076	-.028	-.096	-.058	.054	-.222*	-.066	.009	-.097	-.016	-.105	-.044	-.112	-.111	.278**	-.238*	-.366**	1					
21 - Índice Geral Sintomas (BSI)	-.221*	-.180	-.155	-.086	-.125	-.048	-.030	-.288**	-.131	.167	.021	-.138	-.227**	-.048	-.193	-.197	.418**	-.430**	-.353**	.649**	1				
22 - Apoio social Informacional	.049	.317**	.313**	.344**	.261*	.286**	.184	.207*	.204	.106	.295**	.332**	.323**	.412**	.406**	.405**	-.046	.188	.442**	-.116	-.034	1			
23 - Apoio social Emocional	.007	.227	.203	.197	.251*	.275**	.110	.195	.240*	.141	.223*	.326**	.212*	.410**	.358**	.361**	-.104	.233*	.444**	-.260*	-.208*	.740**	1		
24 - Apoio Social Total	-.032	.257*	.226*	.282**	.214*	.261*	.174	.190	.177	.070	.218*	.328**	.254*	.380**	.361**	.364**	-.019	.250*	.481**	-.181	-.136	.868**	.897**	1	

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

Tabela 24

Correlações de Spearman para variáveis não-paramétricas no grupo “deprimidos” (N=90)

	F4 - Respeito físico e emocional paterno	F9 – Ausência de Abuso de Substâncias parental	F11 – Cuidado físico e relacionamento parental não-violento	Apoio instrumental
Índice de Cuidados Paternos	.575**	.353**	.582**	.066
Índice de Cuidados Maternos	.185	.227*	.441**	.086
Índice de Ambiente Familiar	.293**	.401**	.468**	.106
Índice Geral de Cuidados Familiares	.441**	.398**	.643**	.124
Dimensão de ansiedade	-.258**	-.137	.009	.052
Conforto na proximidade	.160	.101	.133	.185
Confiança nos outros	.131	.040	-.104	.287**
Humor depressivo	-.187	.008	-.023	-.053
Índice Geral de Sintomas (BSI)	-.336**	-.108	-.126	-.144
Apoio informacional	.013	.193	.054	.450**
Apoio emocional	-.028	.171	-.007	.557**
Apoio Social Total	-.011	.235*	.034	.750**

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

3.4. TESTE DO VALOR PREDITIVO DAS VARIÁVEIS DA HISTÓRIA DE DESENVOLVIMENTO PARA O HUMOR DEPRESSIVO

Considerando os problemas e objectivos da presente investigação assim como as hipóteses H1 e H2, interessa determinar se os cuidados familiares vividos ao longo do desenvolvimento (cuidados paternos, maternos e ambiente familiar) explicam a gravidade da depressão no adulto. Neste sentido, foram realizadas análises de regressão linear múltipla.

Na tabela 25, constata-se que as variáveis relativas aos Cuidados Paternos (“aceitação e expressão de afecto paterno”, “responsividade e diálogo paterno”, “envolvimento educacional paterno” e “respeito físico e emocional paterno”) não são preditoras do grau de humor depressivo na idade adulta ($R^2 = .027$, $F(4, 87) = .578$, $p > .05$), sendo todas os β não significativos.

As variáveis relativas aos Cuidados Maternos (“aceitação e expressão de afecto materno”, “responsividade e diálogo materno”, “envolvimento educacional materno” e “respeito físico e emocional materno”) também não predizem o grau de humor depressivo ($R^2 = .057$, $F(4, 90) = .578$, $p > .05$), assim como as relativas ao ambiente familiar (“ausência de abuso de substâncias parental”, “coligação e ajustamento parental”, “cuidado físico e relacionamento parental não-violento”, “ausência de tarefas domésticas”, “apoio social infantil e expressão emocional familiar” e “controlo parental”) ($R^2 = .018$, $F(6, 90) = .254$, $p > .05$). Todos os β são não significativos.

As variáveis agrupadas do pai, da mãe e do ambiente familiar (“índice de cuidados paternos”, “índice de cuidados maternos” e “índice de ambiente familiar”) também não predizem o humor depressivo em adultos ($R^2 = .018$, $F(3, 87) = .515$, $p > .05$), sendo todos os β não significativos.

Assim, como evidência destas análises de regressão múltipla, nenhum dos 4 modelos são significativos para explicar o humor depressivo a partir dos vários tipos de experiências interpessoais familiares tidas ao longo do desenvolvimento. Assim, apesar de haver algumas correlações significativas entre as variáveis no desenvolvimento e o humor depressivo em deprimidos, aquelas não são suficientemente capazes na nossa amostra de explicar a gravidade de depressão no adulto, pelo que **rejeitam as hipóteses H1 e H2**.

A síntese destes resultados é exposta na tabela 25.

Tabela 25

Regressões lineares múltiplas para a predição de humor depressivo no adulto, utilizando como preditores variáveis do Instrumento do Historial Familiar (IHF)

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>β</i>	<i>p</i>	Modelo
Cuidados Paternos					
Aceitação e Expressão de Afecto Paterno	.193	1.689	.024	.909	$R^2 = .027, F(4, 87) = .679, p = .679$
F2 - Responsividade e diálogo paterno	-.050	1.676	-.006	.976	
F3 - Envolvimento Educacional Paterno	-.155	1.418	-.018	.913	
F4 - Respeito Físico e Emocional Paterno	-1.481	1.138	-.172	.197	
Cuidados Maternos					
F5 - Aceitação e Expressão de Afecto Materno	-.664	1.657	-.074	.690	$R^2 = .057, F(4, 90) = .578, p = .284$
F6 - Responsividade e diálogo Materno	.191	1.601	.022	.905	
F7 - Envolvimento Educacional Materno	.874	1.205	.098	.470	
F8 - Respeito Físico e Emocional Materno	-1.635	.963	-.206	.093†	
Ambiente Familiar					
F9 - Ausência de Abuso de Substâncias Parental	.913	1.712	.076	.595	$R^2 = .018, F(6, 90) = .254, p = .956$
F10 - Coligação Parental e Ajustamento Psicológico Parental	-1.104	1.461	-.095	.452	
F11 - Cuidado Físico e Relacionamento Parental Não-Violento	.073	2.002	.006	.971	
F12 - Ausência de Tarefas Domésticas	.060	.757	.009	.937	
F13 - Apoio Social Infantil e Expressão Emocional Familiar	-.935	1.134	-.095	.412	
F14 - Controlo Parental	.188	1.494	.016	.900	
Índices globais					
Índice de Cuidados Paternos	-1.201	1.393	-.118	.391	$R^2 = .018, F(3, 87) = .515, p = .673$
Índice de Cuidados Maternos	-.810	1.395	-.073	.563	
Índice de Ambiente Familiar	1.804	2.841	.084	.527	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ e † $.10 < p < .05$ (marginalmente significativo)

Neste ponto é analisado o valor preditor da história de desenvolvimento para o humor depressivo na idade adulta, o qual não foi significativo (o que permitiu testar as hipóteses H1 e H2). Considerando as hipóteses H5 e H6 relativas aos efeitos mediadores, poderia ser importante também analisar se essa história é preditora das características actuais de vinculação e de apoio social, tal como aconteceu no Estudo 1 com os estudantes universitários. No entanto, considerando que para que fosse testado o efeito moderador, teria que haver valor preditivo entre as experiências ao longo do desenvolvimento e o humor depressivo, esta análise tornou-se prescindível.

3.5. TESTE DO VALOR PREDITIVO DAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS ACTUAIS (ESTILO DE VINCULAÇÃO E APOIO SOCIAL) PARA O HUMOR DEPRESSIVO

Neste ponto, tendo em atenção as hipóteses H3 (“a Vinculação no adulto tem uma relação significativa com o humor depressivo na idade adulta”) e H4 (“o apoio social actual tem uma relação significativa com o humor depressivo na idade adulta”), procuramos **saber se as características actuais explicam o grau de humor depressivo**, pelo que são analisadas as variáveis das três dimensões de vinculação e de apoio social total como predictoras do grau de humor depressivo na idade adulta.

Considerando a vinculação, as dimensões de *Ansiedade* ($\beta = .176$, $t(90) = 1.699$, $p < .10$) e de *Confiança nos Outros* ($\beta = -.291$, $t(90) = -2.804$, $p < .01$) são variáveis que se confirmam como predictoras de humor depressivo na idade adulta, explicando, as três dimensões de vinculação, 18,1% da variância do grau de humor depressivo ($R^2 = .181$, $F(3, 90) = 6.329$, $p < .01$) (cf. tabela 26).

Analisando os tipos de apoio social, depreende-se que o apoio social emocional é predictor de humor depressivo na idade adulta ($\beta = -.419$, $t(90) = -2.514$, $p < .05$). O modelo final com os três tipos de apoio social é marginalmente significativo ($R^2 = .083$, $F(3, 90) = 2.608$, $p < .10$).

Desta forma, as análises expostas mostram que as características actuais (vinculação e apoio social) explicam significativamente a gravidade do o humor depressivo no adulto deprimido, pelo que se **confirmam as hipóteses H3 e H4**.

Uma síntese dos resultados está exposta na tabela 26.

Tabela 26

Regressões lineares múltiplas para a predição de humor depressivo no adulto, utilizando como preditores variáveis relativas à vinculação e apoio social

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i>	Modelo
Dimensões de vinculação					
Ansiedade	1.741	1.025	.176	.093†	$R^2 = .181$, $F(3, 90) = 6.329$, $p = .001^{**}$
Conforto na proximidade	-1.472	1.420	-.108	.303	
Confiança nos outros	-4.193	1.496	-.291	.006 ^{**}	
Tipos de apoio social					
Informacional	.296	.270	.169	.275	$R^2 = .083$, $F(3, 90) = 2.608$, $p = .057^\dagger$
Emocional	-.921	.366	-.419	.014*	
Instrumental	.137	.257	.065	.596	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $< .001$ e † $.10 < p < .05$ (marginalmente significativo)

3.6. TESTE AO EFEITO MEDIADOR DA VINCULAÇÃO E APOIO SOCIAL ENTRE A HISTÓRIA DE EXPERIÊNCIAS AO LONGO DO DESENVOLVIMENTO E HUMOR DEPRESSIVO

Tendo em atenção as hipóteses H5 (“*a vinculação tem um efeito mediador entre as experiências familiares ao longo do desenvolvimento e o humor depressivo na idade adulta*”) e H6 (“*o apoio social tem um efeito mediador entre as experiências familiares no desenvolvimento e o humor depressivo na idade adulta*”), foi objectivo desta investigação **analisar o efeito mediador da vinculação e do apoio social (variáveis potencialmente mediadoras) entre o Índice Geral de Cuidados Familiares (variável independente) e o humor depressivo (variável dependente)**, usando, para o efeito, os princípios para a análise de efeitos mediadores de variáveis propostos por Baron e Kenny (1986) e Vieira (2009). Para estes autores, o efeito mediador pode ser testado quando existem valores preditores significativos entre as variáveis A, B e C. Organizou-se cada um dos modelos com três variáveis (independente - A, mediadora - B e dependente - C) para testar o efeito mediador das variáveis em análise. Segundo Vieira (2009) e Baron e Kenny (1986), nos modelos que utilizam variáveis mediadoras, o efeito mediador é tanto maior quanto uma terceira variável (B) reduz ou traz a zero (sendo o valor de p não significativo) a relação entre uma variável independente (A) e uma variável dependente (C).

Considerando que o índice de cuidados familiares não é preditor do humor depressivo ($R^2 = .012$, $F(1, 89) = 1.111$, $p = .295$) (cf. ponto 3.4), desde logo se conclui que não pode ser testado o efeito mediador da vinculação ou do apoio social na relação entre estas variáveis, pelo que as hipóteses H3 e H4 são infirmadas na nossa amostra.

DISCUSSÃO DE RESULTADOS (ESTUDO 2)

Considerando que os sujeitos que fizeram parte da amostra para deste estudo participaram à medida que procuravam, por sua iniciativa, os serviços de psicologia de duas clínicas privadas e de um hospital psiquiátrico, constatamos que a maioria dos participantes neste estudo são mulheres (83.3%, $n=75$), pelo que temos que ter em consideração a predominância deste sexo. Estes resultados são consistentes com os estudos epidemiológicos que mostram que as mulheres têm o dobro da prevalência de perturbações depressivas em relação aos homens (e.g., Kessler, 2000; Piccinelli & Wilkinson, 2000; Talbott, 2003).

Os participantes neste estudo, cuja idade média é de 39 anos, apresentam um grau de humor depressivo correspondente a depressão moderada ($M = 22.13$, $DP = 9.55$) e a sua maioria relata ter tido, nas duas semanas prévias à participação no estudo, um evento perturbador ou stressor (56.7%, $n=51$), assim como também a grande maioria relata ter sofrido algum tipo de perturbação ou experiência traumática depois dos 18 anos (71.1%, $n=64$). A maioria destes sujeitos relatam também ter tido um ou mais episódios depressivos anteriores (85.6%, $n=77$). Em termos de sintomatologia clinicamente significativa, medida através do BSI numa escala de 0 a 4, verificou-se que os participantes da amostra têm valores superiores a 1 em todos os sintomas avaliados por este instrumento (somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade fóbica, hostilidade, ideação paranóide e psicoticismo), cujos valores resultam num *Índice Geral de Sintomas* médio de 1.66 ($DP = .68$), os quais são superiores aos valores da população de referência em Portugal (Canavarro, 1999). Assim, os resultados de humor depressivo elevados assim como os da sintomatologia clínica, significativa, tendo em atenção que a maioria dos sujeitos já tiveram experiências perturbadoras após os 18 anos e também a ocorrência de um evento perturbador nas duas semanas prévias à participação neste estudo, mostra que a exposição a eventos stressores é um importante factor dos contextos de vida que levam à depressão (e.g., Hammen & Mazure, 2003) e que as experiências anteriores negativas são frequentes nos deprimidos (e.g., Ingram & Luxton, 2005).

No que se refere às experiências de cuidados paternos e maternos na amostra deste estudo, apesar dos resultados evidenciarem valores elevados de respeito físico e emocional quer do pai, quer da mãe, verifica-se que as subescalas com valores menores são as de “responsividade e diálogo paterno” e “responsividade e diálogo materno”. Ora, sendo a responsividade a capacidade de resposta no momento certo às necessidades dos filhos (*timing*), a ausência desta ao longo do desenvolvimento é um factor de risco para a psicopatologia

depressiva (e.g., Infrasca, 2003; Sroufe et al., 2000). Desta forma, o que os nossos resultados mostram é que, de facto, sendo a nossa amostra constituída apenas por deprimidos, os valores mais inadequados estão associados à responsividade e diálogo paterno e materno. Corroborando esta evidência, é sabido que a disponibilidade do pai e da mãe assim como o grau de apoio percebido em determinados momentos ao longo do desenvolvimento, tal como o tipo de comunicação estabelecido, são importantes factores que contribuem para a vulnerabilidade à depressão no adulto (e.g., Conselleria de Benestar Social, 2007).

Em relação às experiências relativas ao ambiente familiar, a maioria dos participantes relataram que não houve abuso de substâncias pelos pais, assim como relatam ter existido cuidados físicos adequados e um relacionamento parental sem violência. Contudo, os valores mais baixos relatados pela maioria dos deprimidos são referentes ao fraco apoio social tido na infância e pouca expressão emocional familiar no desenvolvimento. Estes resultados do ambiente familiar complementam os obtidos nos cuidados paternos e maternos, quando se verifica que a responsividade e diálogo com ambos os pais são onde os deprimidos relatam ter piores resultados. Sendo o apoio social essencial para responder às necessidades básicas da pessoa (afiliação, afecto, pertença, aprovação, etc.), só na interacção com os outros (e numa primeira fase com a família) é que as competências sociais se desenvolvem (Matos & Ferreira, 2000), disponibilizando à criança recursos psicológicos e materiais para que esta possa enfrentar o stress e dificuldades à sua volta. Estes resultados evidenciam que um apoio social limitado na infância e não tendo havido disponibilidade e/ou responsividade familiar no desenvolvimento, são factores associados à depressão na idade adulta. Assim, os nossos resultados vão no mesmo sentido que as evidências de Wildes, Harkness e Simons (2002), quando verificaram que um apoio social na infância ausente é um factor de risco e preditor de sintomatologia depressiva no adulto. As deficiências nas redes sociais na infância aumentam a vulnerabilidade à depressão na idade adulta (e.g., Bifulco et al., 2006). Assim, a qualidade das relações familiares e da forma como os pais facilitam as redes sociais constituem factores significativos para a resiliência ou vulnerabilidade à depressão no adulto.

Comparando o pai com a mãe, os deprimidos que participaram neste estudo relatam ter tido melhores cuidados maternos do que paternos, donde se conclui que os deprimidos aqui avaliados parecem ter uma maior proximidade com a mãe. Noller e Fitzpatrick (1993), ao compararem os cuidados paternos com os maternos, verificaram que as mães são mais responsivas e aceitam melhor os seus filhos, estão mais envolvidas na sua educação, têm um estilo de tomada de decisão menos autoritária, abusam menos dos seus filhos e ainda abusam menos do consumo de substâncias. Hojat (1998) também constata que os cuidados tidos com a

mãe estão associados à intensidade de sintomas clínicos na idade adulta, não tendo verificado qualquer associação significativa com o pai. Estes resultados sugerem que os pais, e essencialmente a mãe, tem um importante papel para a resiliência ou vulnerabilidade à psicopatologia dos seus descendentes.

Neste estudo não se verificaram correlações significativas entre as variáveis Índice de Cuidados Paternos, Índice de Cuidados Maternos e Índice de Ambiente Familiar com a gravidade do humor depressivo em sujeitos deprimidos, rejeitando-se as hipóteses H1 e H2 (H1 - "*quanto piores cuidados paternos e maternos ao longo do desenvolvimento, maior o índice de humor depressivo*" e H2 - "*quanto pior o ambiente familiar ao longo do desenvolvimento, maior o índice de humor depressivo*"), nem se encontrou valor preditor destas variáveis para explicar a gravidade do humor depressivo em adultos deprimidos. Por estes motivos, **as hipóteses H1 e H2 não se confirmam em adultos deprimidos**. Estes resultados não vão de encontro ao que seria esperado, pois a investigação tem demonstrado que as experiências adversas durante a infância estão associadas a maior psicopatologia depressiva na idade adulta (e.g., Anda et al., 2002; Felitti, 2002). São várias as investigações epidemiológicas e longitudinais que mostram que há uma associação significativa entre o risco de depressão no adulto e adversidades na infância (Korkeila et al., 2005). Assim, quanto maior o número de adversidades na infância, maior será o risco de depressão (e.g., Ace Reporter, 2006; Dube, Felitti, & Anda, 2002). No entanto, não é isto que é avaliado na nossa amostra de deprimidos. Pensamos que o factor mais significativo que poderá justificar a ausência da relação entre experiências familiares e humor depressivo, é o facto da amostra deste estudo ser apenas constituída por sujeitos deprimidos, o que reduz a variabilidade do grau de humor depressivo (estando a maioria nos valores de depressão moderada com 22 pontos) assim como dos tipos de cuidados familiares tidos no desenvolvimento (tendo os deprimidos um padrão mais inadequado reduz a variabilidade de cuidados), o que, por sua vez, diminui o potencial de correlação e de predição entre as variáveis. Um outro factor que poderá também contribuir para explicar a ausência de resultados é o número de sujeitos utilizado na amostra. Acreditamos que um maior número de sujeitos deprimidos, poderia aumentar a probabilidade de serem encontradas outros tipos de relações entre as variáveis.

Quanto às características actuais de apoio social e vinculação, este estudo encontrou uma correlação negativa entre o humor depressivo e as dimensões de vinculação e também com o apoio social em geral. Quanto à vinculação, podemos, portanto, concluir que o humor depressivo em deprimidos é tanto maior quanto mais o sujeito tem receio de abandono e de não

ser querido (dimensão de vinculação *ansiedade*), menos confortável se sente na intimidade (dimensão de vinculação *conforto com a proximidade*), menos *confiança nos outros* e menores relações na rede social. **Confirma-se, portanto, a hipótese H3.** Estes resultados vão de encontro a outros autores que evidenciam que sujeitos inseguros são os que estão mais associados a vulnerabilidade depressiva (e.g., Bifulco, Moran, Bell, & Lillie, 2002; Cizzarekum Karafa, Collins, & Tagler, 2003). Neste mesmo sentido, Roberts, Gotlib, e Kassel (1996, cit. Canavarro, 1999) demonstraram que quanto maior o grau de depressão, maiores são os padrões de vinculação inseguros (ansiosa, ambivalente e evitante).

Em relação ao apoio social, os nossos resultados que evidenciam correlações significativas com o humor depressivo, sendo também um significativo preditor deste, - o que **confirma a hipótese H4** - são também congruentes com os de vários autores (e.g., George et al., 1989; Cordeiro, Claudino, & Arriaga, 2006; Ezquiaga et al., 1999).

Comparando a vinculação e o apoio social como variáveis preditoras do humor depressivo, a vinculação é preditora e explica 18.1% do humor depressivo (sendo o β mais elevado a dimensão *Confiança nos Outros*) e o apoio social revelou-se também um preditor do humor depressivo (de forma marginal), sendo este explicado exclusivamente pelo apoio emocional em 8% da variância. Isto significa que quanto menor *Confiança nos Outros* e quanto menor o apoio emocional actual, maior o humor depressivo. Considerando estas duas variáveis, conclui-se que a vinculação é um melhor preditor do que o apoio social para o humor depressivo em adultos deprimidos. Estes resultados vão de encontro de outras investigações que evidenciam a vinculação e o apoio social como importantes factores preditores e associados à depressão (e.g., Cronkite & Moos, 1995; Bifulco, et al., 2006). Num estudo longitudinal de Leskela e seus colaboradores (2006), constatou-se que o quadro de depressão é influenciado pelo apoio social, sendo este um importante preditor do risco de depressão na idade adulta. Também Wildes, Harness, e Simons (2002) verificaram num estudo longitudinal que o número de relações interpessoais e apoio social é um preditor importante para o curso da depressão. Outros autores verificam os mesmos resultados (e.g., Stice, Ragan, & Randall, 2004; Lee, 2008).

Tendo em consideração as hipóteses **H5** ("*A vinculação no adulto tem um efeito mediador entre as experiências familiares ao longo do desenvolvimento e o humor depressivo na idade adulta*") e **H6** ("*O apoio social actual tem um efeito mediador entre as experiências familiares ao longo do desenvolvimento e o humor depressivo na idade adulta*"), a ausência de correlações entre o Índice Geral de Cuidados Familiares e o humor depressivo, e sabendo que este índice não se mostrou como preditor do humor depressivo, tornou-se impossível avaliar o efeito mediador da vinculação ou do apoio social entre as experiências de infância e o humor

depressivo em adultos deprimidos. Por esta razão, **não se confirmam as hipóteses H5 e H6**. A ausência de efeitos associativos ou preditores entre os cuidados familiares e humor depressivo contrariam algumas evidências verificadas na literatura, quando argumentam que a vinculação é um mediador entre cuidados familiares ao longo do desenvolvimento (e.g., negligência infantil) e depressão na idade adulta (e.g., Bifulco et al., 2006). Concebendo a vinculação e o apoio social como resultado das experiências anteriores, pensamos que, com uma maior variabilidade do grau de humor depressivo e um maior número de sujeitos, a avaliação destes factores como mediadores da relação entre os cuidados familiares e humor depressivo, podem ser diferentes. Em futuros estudos, acreditamos um maior número de sujeitos deprimidos poderia aumentar a probabilidade de serem encontrados efeitos mediadores entre estas variáveis. Mesmo não confirmando efeitos mediadores das características actuais entre os cuidados familiares e o humor depressivo, a vinculação e o apoio social estão associadas e são preditoras do humor depressivo. Assim, o facto de termos rejeitado as hipóteses H1 e H2, e termos confirmado as hipóteses H3 e H4, leva-nos a concluir que as características actuais são as mais importantes para o grau de depressão dos participantes neste estudo em detrimento da história de desenvolvimento.

Tendo em conta o que foi dito, este estudo mostra que a história familiar ao longo do desenvolvimento – diátese - não está associada nem é um factor preditor de grau de humor depressivo em adultos deprimidos. No entanto, as características actuais – Stress - de vinculação e de apoio social estão associados ao humor depressivo, assim como são preditores significativos de humor depressivo na idade adulta. Vários autores constataram que a vinculação é um factor preditor de depressão no adulto (e.g., Bifulco et al., 2002a; Wolpert, 1999), assim como o apoio social (e.g., Wildes, Harness & Simons, 2002). Daqui se conclui que o modelo teórico de diátese-stress é o que melhor explica os resultados obtidos, e que, nesta perspectiva, **as características actuais são mais importantes para justificar o humor depressivo do que a história ao longo do desenvolvimento**. Assim, um estilo de vinculação com conforto na proximidade e confiança nos outros e baixa ansiedade assim como um adequado apoio social são importantes factores que diminuem o grau de humor depressivo.

Relato das Experiências Familiares em Sujeitos Deprimidos: Comparação Entre 2 Momentos de Avaliação

1. INTRODUÇÃO

Como vimos na Introdução da parte prática deste trabalho, existem algumas discrepâncias nas investigações sobre a validade do relato de experiências no desenvolvimento quando um indivíduo está deprimido, pois um estado de humor depressivo pode estar associado a memória autobiográfica enviesada (e.g., Williams et al., 2000). No entanto, há evidências de que as histórias de abuso e de negligência reportadas retrospectivamente estão correctas na sua maioria, principalmente quando as investigações dão prioridade a perguntas específicas e objectivas que incluem a definição do que se pretende avaliar – o que reduz o viés mnésico por influência do humor - (Brewin, Andrews, & Gotlib, 1993; Hardt & Rutter, 2004), e quando recorrem a investigações longitudinais para comparar as correlações entre as respostas ao longo do tempo (Henry et al., 1994). Assim, este terceiro estudo tem como objectivo averiguar, numa sub-amostra de sujeitos deprimidos, se em dois momentos diferentes (cerca de 12 meses de intervalo), existe estabilidade temporal no relato das experiências vividas no desenvolvimento com o Instrumento do Historial Familiar utilizado nesta investigação, ou se pelo contrário, estas experiências são influenciadas pelo humor no momento do relato. A importância deste estudo é crucial para que os resultados dos restantes estudos desta investigação possam ser considerados com validade em relação às conclusões que deles podem ser retiradas. Para o efeito foi colocada a seguinte hipótese:

H7) O relato em dois diferentes momentos de avaliação das mesmas experiências interpessoais do desenvolvimento não é influenciado pelo estado de humor depressivo.

MÉTODO

2.1. PARTICIPANTES

Este estudo foi realizado com uma sub-amostra de 25 sujeitos deprimidos, sendo 76% do sexo feminino (n=19) e 24% (n=6) do sexo masculino. A média de idades para este grupo é de 36.84 (DP=11.63), num intervalo entre os 19 e 56 anos. Em termos do número total de

episódios depressivos major, 76% (n=19) dos sujeitos têm história de um ou mais episódios depressivos major e 24% (n=6) sem história anterior de depressão (excepto o diagnóstico dado no primeiro momento da avaliação). Relativamente ao estado civil, 44% (n=11) vivem com um parceiro (casados ou unidos de facto) e 56% (n=14) sem parceiro (solteiros e divorciados). Quanto ao número de filhos, 60% (n=15) têm entre um e dois filhos e 40% (n=10) não têm filhos. No que se refere à classe sócio-económica e um ponto de vista global, 80% (n=20) pertencem à classe média e 20% à classe média-baixa.

2.2. PLANEAMENTO

A presente investigação teve como participantes sujeitos adultos, o que é vantajoso, já que “há menor probabilidade de desenvolvimento e maturação ao longo do tempo, ao avaliar dois ou mais momentos de avaliação” (Almeida & Freire, 2000, p.84).

Com o intuito de verificar o impacto do humor nas respostas dos participantes, o estudo foi planeado para 2 momentos de avaliação, em que o primeiro momento foi entre 2005 e 2006, e o segundo momento ocorreu cerca de um ano depois do primeiro momento (com uma variação de mais ou menos 3 meses), nomeadamente entre 2006 e 2007, onde se recolheram os dados dos participantes deprimidos do primeiro momento dispostos a colaborar novamente no estudo (n = 25). Como não há manipulação de variáveis, todas são dependentes e objecto de um planeamento intra-sujeito. Relativamente ao *design* da investigação, este estudo é do tipo prospectivo de um ano.

2.3. INSTRUMENTOS

2.3.1. Instrumento do Historial Familiar (Questionário de Cuidados Paternos, Questionário de Cuidados Maternos e Questionário do Ambiente Familiar)

Este instrumento foi descrito no capítulo do segundo estudo.

2.3.2. Inventário da Depressão de Beck (BDI)

Este instrumento foi descrito no capítulo do primeiro estudo.

2.4. PROCEDIMENTO

Considerando que o estudo foi planeado para dois momentos de avaliação, no primeiro momento foi solicitada a identificação do participante, servindo esta apenas para que se pudesse comparar as respostas do segundo com o primeiro momento da avaliação, cerca de um ano depois de ter sido avaliado. Também no segundo momento foi assegurada a confidencialidade e privacidade de todas as respostas dadas.

O segundo momento de avaliação foi equivalente em termos do conteúdo do protocolo aplicado, mas com um procedimento diferente. Neste segundo momento, os participantes de ambos os grupos foram contactados por telefone, após cerca de 1 ano da aplicação do primeiro momento. De forma a padronizar o apelo à colaboração na segunda fase do estudo, seguiu-se um texto escrito, por contacto telefónico (Anexo 7).

Neste segundo momento foi enviado um protocolo com todos os materiais aplicados no primeiro momento, identificado apenas com o número do sujeito participante, não havendo na documentação enviada nada que pudesse identificar o participante. O material enviado incluía um envelope com destinatário impresso (local de trabalho do investigador), com selo já incluído, salvaguardando a identidade do participante, pelo que, em caso de extravio, se mantinha a confidencialidade e privacidade de cada sujeito.

2.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA E TRATAMENTO DE DADOS

Os dados para análise estatística foram introduzidos, analisados e trabalhados no programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS – 16ª versão).

Por forma a evitar erros do tipo I, e após confirmação da homogeneidade das matrizes de variância (teste de *Box*), co-variância (teste de *Bartlett*) e erros da variância (teste de *Levene*), a comparação dos dados dos questionários entre os dois momentos foi feita através de Análises de Variância Multivariada (MANOVA) para 2 momentos temporais (e.g., Field, 2005). Foram utilizados os critérios de Sampieri, Collado e Lucio (2006, p. 448), para análise dos vários graus interpretativos da magnitude da correlação (positiva ou negativa), nomeadamente .90 (muito forte), .75 (considerável), .50 (média), .10 (fraca) e .00 (correlação ausente). O valor de significância estatística de p menor que .05 foi considerado significativo nas variáveis estudadas.

RESULTADOS

No que respeita ao humor depressivo, avaliado com o BDI, a pontuação média no primeiro momento é de 19.80 ($DP=10.68$) e no segundo momento é de 12.68 ($DP=13.30$). No primeiro momento, 4 sujeitos têm pontuação no BDI abaixo de 10 pontos, 6 sujeitos com pontuações entre os 11 e os 19 pontos (depressão leve) e 11 sujeitos com pontuações entre 20 e 30 pontos (depressão moderada) e 4 sujeitos com mais de 30 pontos (depressão grave), variando a pontuação neste primeiro momento entre 2 e 40. Assim, o humor depressivo que mais prevalece no primeiro momento é moderado. No segundo momento, 15 sujeitos têm pontuações no BDI abaixo de 10 pontos, 5 sujeitos com pontuações entre 11 e 20 (depressão leve), dois sujeitos com pontuações entre 20 e 30 (depressão moderada) e 4 sujeitos com mais de 30 pontos (depressão grave), variando a pontuação entre 0 (sem depressão) e 48 pontos (depressão grave). Comparando os dois momentos, constatam-se diferenças estatisticamente significativas ($F(1,24) = 4.357, p < .05$), com valores mais baixos no primeiro momento ($M=19.80, DP=10.68$), comparativamente com o segundo momento ($M=12.68, DP=13.30$). Se salientar que, no segundo momento, há 15 sujeitos com pontuações abaixo de 10 pontos no BDI e 6 sujeitos com pontuações de humor depressivo moderado a severo (pontuação no BDI maiores que 20 pontos). Este facto resulta num desvio-padrão superior à média, o que mostra que as pontuações de humor depressivo são bastante acentuadas em alguns sujeitos. No entanto, em termos globais, a maioria dos sujeitos mostra melhorias significativas no seu estado de humor depressivo no segundo momento, um ano depois de terem sido avaliados.

Para todas as variáveis do historial familiar, constatam-se correlações positivas significativas entre os dois momentos da avaliação, variando estas entre .520 (“humor depressivo”) e .924 (“índice de cuidados maternos”). A correlação total do Índice Geral de Cuidados Familiares entre os dois momentos é considerada forte ($r = .844, p < .01$).

Em termos do Índice de Cuidados Paternos, os sujeitos deprimidos apresentam uma média de 2.97 ($DP=.80$) no primeiro momento e uma média de 3.09 ($DP=.82$) no segundo momento, não sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($F(1,22) = .287, p > .05$).

Em relação ao Índice de Cuidados Maternos, cuja média no primeiro momento é de 3.41 ($DP=.81$) e no segundo momento de 3.52 ($DP=.84$) verifica-se também que não há diferenças significativas entre os dois momentos ($F(24) = .231, p > .05$).

Relativamente ao Índice de Ambiente Familiar, a média do primeiro momento é de 3.50 ($DP=.42$) e no segundo momento é de 3.58 ($DP=.35$), não havendo diferenças significativas entre os dois momentos ($F(1,24) = .054, p > .05$).

Constata-se ainda que o Índice Geral de Cuidados Familiares, cuja média do primeiro momento é de 3.33 ($DP=.49$) e no segundo momento de 3.43 ($DP=.51$), também não apresenta diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação ($F(1,24) = .328, p > .05$).

Numa análise em particular a cada um dos factores, não se verificam diferenças significativas em nenhuma subescala entre os dois momentos de avaliação. Para além deste facto, constata-se uma forte correlação entre os dois momentos nas várias subescalas, o que indica estabilidade do relato, mesmo apesar das diferenças significativas do humor depressivo entre os dois momentos.

Considerando a hipótese H7 colocada para este estudo, nomeadamente a de que “o relato em dois momentos diferentes das mesmas experiências familiares do desenvolvimento não é influenciado pelo estado de humor depressivo”, confirma-se que não há diferenças no relato das experiências familiares, apesar da variação significativa do humor depressivo. Assim, **confirma-se a hipótese H7**. Uma síntese destes resultados é apresentada na tabela 27.

Tabela 27

Médias, desvios-padrões, correlações e MANOVAS para os dois momentos de avaliação do IHF

Variáveis	Primeiro momento		Segundo momento		Correlação entre os 2 momentos	MANOVA
	<i>Média</i>	<i>d.p.</i>	<i>Média</i>	<i>d.p.</i>		
Questionário de Cuidados Paternos						
1 - Aceitação e Expressão de Afecto Paterno	2.96	1.05	3.13	.98	$r = .662, p = .001^{**}$	$F(1,22) = .297, p = .588$
2 - Responsividade e diálogo paterno	2.40	1.07	2.45	1.11	$r = .753, p = .000^{***}$	$F(1,22) = .027, p = .870$
3 - Envolvimento Educacional Paterno	3.01	1.04	3.08	.93	$r = .736, p = .000^{***}$	$F(1,22) = .055, p = .816$
4 - Respeito Físico e Emocional Paterno	3.51	1.06	3.74	.96	$r = .798, p = .000^{***}$	$F(1,22) = .574, p = .453$
Índice de Cuidados Paternos	2.97	.80	3.09	.82	$r = .728, p = .000^{***}$	$F(1,22) = .287, p = .595$
Questionário de Cuidados Maternos						
5 - Aceitação e Expressão de Afecto Materno	3.51	1.07	3.59	1.09	$r = .838, p = .000^{***}$	$F(1,24) = .060, p = .807$
6 - Responsividade e diálogo Materno	3.12	.90	3.05	1.07	$r = .859, p = .000^{***}$	$F(1,24) = .057, p = .812$
7 - Envolvimento Educacional Materno	3.41	1.08	3.59	.81	$r = .895, p = .000^{***}$	$F(1,24) = .404, p = .528$
8 - Respeito Físico e Emocional Materno	3.60	.99	3.87	1.02	$r = .843, p = .000^{***}$	$F(1,24) = .859, p = .359$
Índice de Cuidados Maternos	3.41	.81	3.52	.84	$r = .924, p = .000^{***}$	$F(1,24) = .231, p = .634$
Questionário do Ambiente Familiar						
9 - Ausência de Abuso de Substâncias Parental	4.60	.74	4.62	.75	$r_s = .830, p = .000^{***}$	$F(1,24) = .014, p = .906$
10 - Coligação Parental e Ajustamento Psicológico Parental	3.35	.71	3.48	.74	$r = .899, p = .000^{***}$	$F(1,24) = .454, p = .504$
11 - Cuidado Físico e Relacionamento Parental Não-Violento	4.27	.82	4.30	.72	$r = .800, p = .000^{***}$	$F(1,24) = .030, p = .864$
12 - Ausência de Tarefas Domésticas	3.21	1.33	3.24	1.21	$r = .772, p = .000^{***}$	$F(1,24) = .009, p = .925$
13 - Apoio Social Infantil e Expressão Emocional Familiar	2.60	.83	2.62	.78	$r = .765, p = .000^{***}$	$F(1,24) = .006, p = .941$
14 - Controlo Parental	2.94	.75	3.21	.76	$r = .553, p = .004^{**}$	$F(1,24) = .086, p = .770$
Índice de Ambiente Familiar	3.50	.42	3.58	.35	$r = .776, p = .000^{***}$	$F(1,24) = .054, p = .818$
Índice Geral de Cuidados Familiares	3.33	.49	3.43	.51	$r = .844, p = .000^{***}$	$F(1,24) = .328, p = .569$
Humor Depressivo	19.80	10.68	12.68	13.30	$r = .520, p = .008^{**}$	$F(1,24) = 4.357, p = .042^*$

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS (ESTUDO 3)

Neste terceiro estudo, a taxa de adesão foi maior nos homens do que nas mulheres, considerando que a amostra total de deprimidos foi constituída a partir dos 90 sujeitos (Estudo 2), pois enquanto que 16.7% de homens participaram no Estudo 2, vinte e quatro por cento participaram neste terceiro estudo. Em relação às mulheres, 83.3% participaram no segundo estudo e 76% participaram neste terceiro estudo.

Quanto ao valor médio de humor depressivo no primeiro momento, este é classificado como moderado (com 19.80 pontos) mas no segundo momento é apenas classificado como leve (com 12.68). Esta melhoria pode ter sido devido ao facto dos sujeitos terem feito psicoterapia, a partir do primeiro momento de avaliação.

Considerando a hipótese **H7** em discussão neste estudo (*“o relato em dois momentos diferentes de avaliação das mesmas experiências familiares ao longo do desenvolvimento não é influenciado pelo estado de humor depressivo”*), constata-se que, apesar da significativa diminuição do humor depressivo do primeiro para o segundo momento, não há diferenças em nenhuma das subescalas do Instrumento do Historial Familiar (IHF) entre os dois momentos de avaliação. Para além desta evidência, a forte correlação encontrada entre os dois momentos do relato (as quais variam entre .553 no “Controlo Parental” e .924 no “índice de Cuidados Maternos”) sugere a estabilidade do relato. Considerando a argumentação de Henry e seus colaboradores (1994), que defendem que a correlação entre respostas ao longo do tempo, quando elevada, indica a fiabilidade do relato do indivíduo, pode-se concluir que existe estabilidade do relato das experiências familiares ao longo do desenvolvimento, principalmente confirmando-se as diferenças significativas no humor depressivo e o longo período de tempo entre os dois momentos de avaliação. Consequentemente, e em termos globais, os resultados obtidos indicam a estabilidade temporal do auto-relato retrospectivo das experiências tidas desenvolvimento, independentemente do estado de humor depressivo. **Confirma-se, portanto, a hipótese H7.**

Os resultados vão de encontro ao que vários autores constaram em várias revisões da literatura sobre o relato de experiências em questionários de auto-respostas (Brewin, Andrews, & Gotlib, 1993; Enns, Cox, & Larsen, 2000, Hardt & Rutter, 2004, Heene et al., 2008). Estes autores concluíram que, apesar de haver alguma influência do humor no auto-relato de experiências, quanto mais específicas e objectivas são as perguntas ou os itens em análise, menor o risco de respostas enviesadas. Ora, o que os nossos resultados evidenciam sobre o Instrumento do Historial Familiar (IHF) é que as respostas não parecem ser afectadas pelo

humor depressivo, o que sugere a fiabilidade e estabilidade temporal do relato de experiências familiares, já que, mesmo com a diferença da intensidade de humor depressivo entre os dois momentos da avaliação, o relato tende a ser o mesmo na auto-resposta ao questionário.

Estes resultados vão também ao encontro dos trabalhos de Richter e Eisemann (2001) sobre a avaliação do relato de deprimidos relativamente aos cuidados parentais, que verificaram uma forte estabilidade do relato nos questionários de auto-avaliação, apesar das variações significativas no grau de depressão. Estas evidências dão razão ao que vários investigadores defendem, nomeadamente que a avaliação baseada na memória auto-biográfica é viável (e.g., Brewer, 1994; Neisser, 1994) e que o recurso a questionários de auto-resposta, desde que assentes em perguntas específicas e objectivas (Hardt & Rutter, 2004), englobando detalhes sensoriais e contextuais (Brewin, Andrews, & Gotlib, 1993) é uma forma adequada para avaliar o grau de fiabilidade das experiências anteriores familiares (Henry et al., 2004).

Futuramente, será importante o recurso a outras fontes de informação, como por exemplo um acompanhamento em tempo real dos participantes ao longo da vida (em estudos longitudinais ou prospectivos), cuja avaliação teria mais a ver com a realidade em cada momento e não apenas com a memória das experiências passadas (como acontece nos estudos retrospectivos), as quais podem ser influenciadas pelas percepções, esquemas cognitivos e humor do sujeito no momento da evocação (e.g., Fabiani, Stadler, & Wessels, 2000; Lindsay & Read, 1994; Schacter, 1995).

Para concluir, os resultados deste estudo sugerem que o humor depressivo não parece ter um impacto suficientemente significativo para alterar o relato das experiências familiares nas auto-respostas ao Instrumento do Historial Familiar (IHF), o que contribui para a fiabilidade deste instrumento no âmbito da investigação, assim como também para o fortalecimento das evidências verificadas nos restantes estudos deste trabalho.

Comparação das experiências familiares no desenvolvimento e características actuais entre sujeitos deprimidos e com sujeitos não-deprimidos

1. INTRODUÇÃO

De acordo com os problemas formulados neste trabalho, o objectivo deste quarto estudo é o de comparar uma sub-amostra de sujeitos deprimidos com um grupo emparelhado de sujeitos não-deprimidos, considerando a probabilidade aumentada (sugerida pela revisão da literatura efectuada) que os sujeitos com experiências interpessoais familiares adversas no desenvolvimento têm para sofrer de depressão na idade adulta. Para o efeito, foram colocadas as seguintes hipóteses:

H8) Há diferenças nas experiências familiares ao longo do desenvolvimento relatadas por sujeitos “deprimidos” e “não-deprimidos”, sendo que as experiências mais adversas têm maior probabilidade de pertencer ao grupo “deprimidos”.

H9) Sujeitos “deprimidos” têm valores mais elevados nas dimensões de vinculação inseguras do que sujeitos “não-deprimidos”.

H10) Sujeitos “deprimidos” apresentam menores valores de apoio social na idade adulta do que sujeitos “não-deprimidos”.

MÉTODO

2.1. PARTICIPANTES

A presente investigação foi realizada com um total de 108 participantes, sendo um dos grupos constituído por uma sub-amostra dos sujeitos deprimidos que participaram no estudo 2, e o outro por sujeitos com características sócio-demográficas equivalentes (grupos emparelhados) com o intuito de reduzir os efeitos destas variáveis nas respostas aos materiais aplicados. Assim a única variável significativamente diferente foi o diagnóstico de depressão e humor depressivo. Entre estes dois grupos não há diferenças significativas relativamente ao sexo, escolaridade, estado civil, fonte de rendimentos, local de residência, tipo de residência,

zona residencial, número de filhos, com quem vive o sujeito (sozinho, com companheiro ou cônjuge ou com pais), se os pais se divorciaram antes dos 18 anos, número de irmãos e estatuto sócio-económico familiar (Graffar, 1956).

O grupo “deprimidos” é constituído por 54 sujeitos, com idades compreendidas entre os 18 e os 62 anos ($M = 35.67$; $DP = 10.53$), sendo 72.2% ($n = 39$) do género feminino e 27.8% ($n = 15$) do género masculino. Em termos de escolaridade, 38.9% têm entre o ensino preparatório e o secundário (7º ano ao 12º ano) ($n=21$), 33.3% têm pelo menos o grau de bacharelato ou licenciatura ($n=18$) e 27.8% têm até ao 6º ano ($n=15$). Relativamente ao estado civil, 53.7% ($n=29$) têm parceiro, sendo casado ou unido de facto, e 46.3% ($n=25$) não têm parceiro (divorciado, solteiro ou viúvo). Em relação ao número de filhos, 53.7% ($n=29$) têm um ou mais filhos e 46.3% ($n=25$) não têm nenhum filho. Antes dos 18 anos, 13% ($n=7$) dos pais dos sujeitos divorciaram-se, comparativamente com os 87% ($n=47$) dos pais dos sujeitos que não o fizeram. Quanto ao número de irmãos, 85.2% ($n=46$) têm um ou mais irmãos e 14.80% ($n=8$) não têm nenhum irmão. Por último, em termos do estatuto sócio-económico familiar (adaptado de Graffar, 1956), 66.7% ($n=36$) pertencem à classe III – estatuto médio e 33.3% ($n=18$) à classe IV – estatuto médio-baixo.

O grupo “não-deprimidos” é também constituído por 54 sujeitos, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos ($M = 35.02$; $DP = 11.44$), sendo 72.2% ($n = 39$) do género feminino e 27.8% ($n = 15$) do género masculino. Em termos de escolaridade, 40.7% têm pelo menos o grau de bacharelato ou licenciatura ($n=22$), 38.9% têm entre o ensino preparatório e o secundário (7º ano ao 12º ano) ($n=21$) e 20.4% têm até ao 6º ano ($n=11$). Relativamente ao estado civil, 50% ($n=27$) têm parceiro, sendo casado ou unido de facto, e 50% ($n=27$) não têm parceiro (divorciado, solteiro ou viúvo). Em relação ao número de filhos, 50% ($n=27$) têm um ou mais filhos e 50% ($n=27$) não têm nenhum filho. Antes dos 18 anos, 9.3% ($n=5$) dos pais dos sujeitos divorciaram-se, comparativamente com os 90.7% ($n=49$) dos pais dos sujeitos que não o fizeram. Quanto ao número de irmãos, 87% ($n=47$) têm um ou mais irmãos e 13% ($n=7$) não têm nenhum irmão. Por último, em termos do estatuto sócio-económico familiar geral (adaptado de Graffar, 1956), 59.3% ($n=32$) pertencem à classe III – estatuto médio, 33.30% ($n=18$) à classe IV – estatuto médio-baixo e 7.4% ($n=4$) à classe II – estatuto médio-alto.

Relativamente ao número total de episódios depressivos anteriores, verifica-se que 83.3% ($n=45$) do grupo “deprimidos” tem história de um ou mais episódios depressivos prévios ao episódio actual, comparativamente com os 40.7% ($n=22$) do grupo “não-deprimidos” que apresenta história de depressão. Isto significa que enquanto no grupo “não-deprimidos”, 59.3%

($n=32$) do sujeitos não tem história de depressão anterior, apenas 16.70% ($n=9$) do grupo “deprimidos” não tem história de depressão anterior.

Em relação à existência de algum acontecimento problemático que possa ter afectado o equilíbrio emocional de cada sujeito nas duas semanas prévias à participação neste estudo, constata-se que 64.8% ($n=35$) o relataram no grupo “deprimidos” e apenas 5.6% ($n=3$) no grupo “não-deprimidos”. Após os 18 anos de idade, 68.5% ($n=37$) do grupo “deprimidos” declara algum tipo de trauma ou perturbação, comparativamente com 50% ($n=27$) no grupo “não-deprimidos”. Uma descrição detalhada destes resultados é apresentada na tabela 28.

2.2. PLANEAMENTO

Para tornar os grupos equivalentes, procurou-se um emparelhamento dos sujeitos (quanto às variáveis sócio-demográficas) para eliminar potenciais efeitos de interferência destas variáveis nos resultados em análise, pois este método apresenta a vantagem de uma *“maior precisão comparativa do que aquela que seria possível obter através do recurso a escantilhões independentes sucessivos”* (Almeida & Freire, 2000, p. 103). Por outras palavras, não estamos perante grupos com participantes aleatórios com características sócio-demográficas equivalentes, mas sim perante participantes pareados individualmente nas suas características sócio-demográficas do tipo caso-controlo (Silva & Magalhães, 1996; Field, 2005). O objectivo dos estudos emparelhados é *“controlar factores estranhos que podem influenciar os resultados, já que, desde modo, as diferenças encontradas não serão disfarçadas ou confundidas pelas diferenças entre os indivíduos”* (Silva & Magalhães, 1996, p. 169). Relativamente ao *design* da investigação, este é um estudo comparativo, do tipo descritivo, transversal e retrospectivo.

2.3. INSTRUMENTOS

2.3.1. Questionário sócio-demográfico e questões sobre a situação actual

Este instrumento foi descrito no capítulo do segundo estudo.

2.3.2. Entrevistas Clínicas Estruturadas para Episódio Depressivo Major do DSM (SCID-I) e para Perturbações da Personalidade do DSM (SCID-II)

Este instrumento foi descrito no capítulo do segundo estudo.

2.3.3. Instrumento do Historial Familiar (Questionário de Cuidados Paternos, Questionário de Cuidados Maternos e Questionário do Ambiente Familiar)

Este instrumento foi descrito no capítulo do segundo estudo.

2.3.4. Escala de Vinculação do Adulto (EVA)

Este instrumento foi descrito no capítulo do primeiro estudo.

2.3.5. Inventário da Depressão de Beck (BDI)

Este instrumento foi descrito no capítulo do primeiro estudo.

2.3.6. Inventário dos Sintomas Psicopatológicos (BSI)

Este instrumento foi descrito no capítulo do segundo estudo.

2.3.7. Escala de Apoio Social (EAS)

Este instrumento foi descrito no capítulo do primeiro estudo.

2.4. PROCEDIMENTO

A selecção dos sujeitos do grupo “deprimidos” ($n=54$) foi constituída a partir de uma sub-amostra do número total de sujeitos “deprimidos” que participaram no segundo estudo (amostra inicial de $N=90$). Os 54 sujeitos “não-deprimidos” foram recolhidos na comunidade, os quais foram convidados a participar num estudo de Psicologia. Para a inclusão dos sujeitos no grupo de “não-deprimidos” foi utilizada a SCID-I para confirmação da ausência de diagnóstico de depressão e procedeu-se à administração do Inventário de Depressão de Beck para avaliar o grau de humor depressivo. Esta amostra de sujeitos “não-deprimidos” foi constituída com a condição de que as características sócio-demográficas fossem emparelhadas com o grupo “deprimidos”, sujeito a sujeito, de acordo com as seguintes: idade (com variação máxima de 3 anos); sexo semelhante (masculino ou feminino); escolaridade equiparada ou aproximada por grupo escolar (“até ensino preparatório”, “entre preparatório e secundário” e “ensino superior”); estado civil igual ou equiparado (ex. “casado” ou “união de facto”). Para a recolha de dados foi explicado o objectivo do estudo e obtido o consentimento informado, tendo sido sempre garantida a confidencialidade e privacidade da sua participação.

Após a declaração de consentimento informado (anexo 5), os sujeitos preencheram o questionário sócio-demográfico e de caracterização da situação actual. Seguiu-se a entrevista

clínica estruturada, segundo a SCID-I e SCID-II, e no final os instrumentos de auto-relato. A ordem dos instrumentos foi a seguinte: Instrumento da História Familiar; Escala de Vinculação do Adulto; Inventário da Depressão de Beck; Inventário dos Sintomas Psicopatológicos e Escala de Apoio Social.

Os sujeitos do grupo “não-deprimidos” foram avaliados em locais variados, desde que pudessem ser obtidos num espaço sem interferência de terceiros e que permitisse privacidade (ex. consultório, sala de reuniões, gabinetes e espaços de lazer sossegados). O preenchimento de todos os instrumentos, em ambos os grupos, foi sempre com a presença do investigador, o que permitiu o esclarecimento de todas as dúvidas que os participantes tiveram na resposta aos mesmos.

O tempo médio de aplicação do protocolo completo a cada participante foi de uma hora e meia, trinta minutos dos quais dedicados à entrevista clínica estruturada (SCID-I e II) e o restante tempo para a auto-resposta aos questionários. O total de tempo gasto com todos os 108 participantes foi cerca de 160 horas. As razões pelas quais foi pedido aos sujeitos para preencherem os questionários no mesmo momento que a entrevista foram as seguintes: 1) evitar que um terceiro respondesse pelo sujeito, uma vez que poderia não querer ou não ter paciência para o fazer sozinho; 2) evitar perda de dados, pois o participante poderia passar ou esquecer-se de alguma resposta, o que invalidava o caso.

2.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA E TRATAMENTO DE DADOS

Os dados para análise estatística foram introduzidos, analisados e trabalhados no programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS – 16ª versão).

Para a comparação das variáveis nos dois grupos procedeu-se à realização de uma análise exploratória dos dados (teste *K-S*), optando-se por estatísticas paramétricas (*t-student para amostras emparelhadas*), quando estiveram cumpridos os critérios de normalidade ou por estatísticas não-paramétricas (teste de *Wilcoxon* para grupos emparelhados) em caso contrário.

Após a realização do teste *K-S* para todas as variáveis em cada uma das amostras emparelhadas, verificou-se que no grupo “deprimidos”, todas as variáveis contínuas têm distribuição normal, excepto a “ausência de abuso de substâncias parental”. No grupo “não-deprimidos” a maioria das variáveis têm também distribuição normal, excepto as variáveis de “aceitação e expressão de afecto materno”, “ausência de abuso de substâncias parental”, “cuidado físico e relacionamento parental não violento” e no “índice de cuidados maternos” do

Instrumento do Historial Familiar, do “humor depressivo” no BDI, na “somatização”, “ansiedade fóbica” e “hostilidade”. As variáveis categóricas foram comparadas através do teste de Qui-quadrado de *Pearson* (χ^2). O valor de significância estatística de p menor que .05 foi considerado significativo nas variáveis estudadas e os valores entre .05 e .10 marginalmente significativo.

RESULTADOS

3.1. VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Não foram encontradas diferenças significativas em nenhuma das variáveis, entre o grupo “deprimidos” e o grupo “não-deprimidos” quanto às variáveis sócio-demográficas (cf. Tabela 28), o que mostra que os grupos analisados não têm diferenças estatisticamente significativas nestas variáveis, pelo que se confirma um emparelhamento adequado e se garante grupos equivalentes.

Relativamente ao número total de episódios depressivos anteriores, constata-se que o grupo “deprimidos” (83.3%, $n = 45$) apresenta significativamente ($\chi^2 (1, N=108) = 20.798, p < .01$) mais história anterior de um ou mais episódios depressivos do que o grupo “não-deprimidos” (40.7%, $n = 22$).

Em relação à existência de algum acontecimento problemático que possa ter afectado o equilíbrio emocional de cada sujeito nas duas semanas prévias à participação neste estudo, verifica-se que o grupo “deprimidos” apresenta, de forma significativa (64.8%, $n = 35$), a probabilidade de ter vivido algum tipo de evento perturbador ($\chi^2 (1, N = 108) = 41.576, p < .01$) do seu equilíbrio nas duas semanas prévias à participação no estudo comparativamente com os “não-deprimidos” (5.6%, $n = 3$). Também após os 18 anos de idade, o grupo “deprimidos” relata ter tido mais perturbações ou traumas (68.5%, $n=37$), de forma estatisticamente significativa ($\chi^2 (1, N = 108) = 3.835, p < .05$), comparativamente com o grupo “não-deprimidos” (50%, $n = 27$).

Uma síntese dos resultados sócio-demográficos detalhada e comparação estatística entre as duas amostras é apresentada na tabela 28.

Tabela 28

Comparação das variáveis sócio-demográfica entre as 2 amostras

Variável	Deprimidos (n=54)		Não-deprimidos (n=54)		Valor de p n = 108
	Média	d.p.	Média	d.p.	
Idade	35.67	10.53	35.02	11.44	t (53) = .860, p = .394
Sexo					
Masculino	27.8% (n=15)		27.8% (n=15)		X ² (1) = .000, p = 1.000
Feminino	72.2% (n=39)		72.2% (n=39)		
Escolaridade					
Até ensino preparatório (6° ano)	27.8% (n=15)		20.4% (n=11)		X ² (2) = 1.015, p = .602
Entre ensino preparatório e secundário (7° ao 12° ano)	38.9% (n=21)		38.9% (n=21)		
Ensino Superior	33.3% (n=18)		40.7% (n=22)		
Estado civil recodificado					
Com parceiro (casado e união de facto)	53.7% (n=29)		50% (n=27)		X ² (1) = .148, p = .700
Sem parceiro (solteiro, viúvo e divorciado)	46.3% (n=25)		50% (n=27)		
Fonte de rendimentos					
Sem rendimento, ou herdado ou de beneficência	31.5% (n=17)		24.1% (n=13)		X ² (1) = .738, p = .520
Com rendimento (vencimento fixo, liberal ou lucro de empresa)	68.5% (n=37)		75.9% (n=41)		
Local de Residência					
Rural	24.1% (n=13)		25.9% (n=14)		X ² (1) = .128, p = .938
Urbano	64.8% (n=35)		64.8% (n=35)		
Suburbano	11.1% (n=6)		9.3% (n=5)		
Tipo de Residência					
Casa/ andar luxuoso e espaçoso	9.3% (n=5)		14.8% (n=8)		X ² (2) = 3.061, p = .216
Casa/ andar sem luxo	61.1% (n=33)		44.4% (n=24)		
Casa/ andar modesto	29.6% (n=16)		40.7% (n=22)		
Zona Residencial					
Muito elegante	7.4% (n=4)		9.3% (n=5)		X ² (2) = 5.582, p = .134
Boa, com ruas largas e confortáveis	72.2% (n=39)		72.2% (n=39)		
Zona comercial e antiga, pouco confortável	20.4% (n=11)		18.5% (n=10)		
Número de filhos					
Nenhum	46.3% (n=25)		50% (n=27)		X ² (1) = .148, p = .700
Com um ou mais filhos	53.7% (n=29)		50% (n=27)		
Vive com quem?					
Sozinho	11.1% (n=6)		5.6% (n=3)		X ² (3) = 2.458, p = .483
Com companheiro ou cônjuge	59.3% (n=32)		53.7% (n=29)		
Com pais	24.1% (n=13)		29.6% (n=16)		
Com outro (colega de quarto, etc.)	5.6% (n=3)		11.1% (n=6)		
Pais ou figuras parentais ainda estão vivas?					
Sim, ambos	64.8% (n=35)		68.5% (n=37)		X ² (3) = 1.694, p = .638
Só pai vivo	9.3% (n=5)		3.7% (n=2)		
Só mãe viva	11.1% (n=6)		14.8% (n=8)		
Ambos faleceram	14.8% (n=8)		13% (n=7)		
Pais divorciaram-se antes dos 18 anos?					
Sim	13% (n=7)		9.3% (n=5)		X ² (1) = .375, p = .540
Não	87% (n=47)		90.7% (n=49)		
Número de irmãos					
Nenhum	14.8% (n=8)		13% (n=7)		X ² (1) = .077, p = .781
Com um ou mais irmãos	85.2% (n=46)		87% (n=47)		
Estatuto Sócio-Económico familiar (Graffar)					
Classe familiar II – estatuto médio-alto	0% (n=0)		7.4% (n=4)		X ² (2) = 4.235, p = .120
Classe familiar III – estatuto médio	66.7% (n=36)		59.3% (n=32)		
Classe familiar IV – estatuto médio-baixo	33.3% (n=18)		33.3% (n=18)		
História Anterior de episódios depressivos					
Sem história de episódios depressivos anteriores	16.7% (n=9)		59.3% (n=32)		X ² (1) = 20.798, p = .000**
Com história de episódios depressivos anteriores	83.3% (n=45)		40.7% (n=22)		
Problemas actuais - Teve algum problema nas últimas duas semanas?					
Sim	64.8% (n=35)		5.6% (n=3)		X ² (1) = 41.576, p = .000***
Não	35.2% (n=19)		94.4% (n=51)		
Depois dos 18 anos, sofreu algum tipo de perturbação ou trauma?					
Sim	68.5% (n=37)		50% (n=27)		X ² (1) = 3.835, p = .05*
Não	31.5% (n=17)		50% (n=27)		

*p<.05, ** p<.01, ***<.001

3.2. ÍNDICES CLÍNICOS

Para a caracterização do grau de humor depressivo, procedeu-se à administração do *Inventário da Depressão de Beck*, tendo obtido o grupo “deprimidos” uma média de 22.13 pontos ($DP = 9.55$) (o que corresponde a depressão moderada) e o grupo “não-deprimidos” 5.07 pontos ($DP = 5.70$) (sem depressão) neste inventário, sendo as diferenças estatisticamente significativas ($T, z = - 6.322, p < .01$), apresentando o grupo “deprimidos” humor depressivo significativo em relação ao grupo “não-deprimidos”.

No âmbito da sintomatologia clinicamente significativa, medida através do BSI, verifica-se que o grupo “deprimidos” tem significativamente mais sintomatologia do que o grupo “não-deprimidos” em todos os grupos de sintomas avaliados por este instrumento (somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade fóbica, hostilidade, ideação paranóide e psicoticismo), o que se traduz num *Índice Geral de Sintomas* significativamente maior para o grupo “deprimidos” ($M = 1.69, DP = .701$) comparativamente com o grupo “não-deprimidos” ($M = .69, DP = .503$), ($t(53) = 9.877, p < .01$), e também um *Total de Sintomas Positivos* significativamente maior para o grupo “deprimidos” ($M = 89.83, DP = 37.158$) em relação ao grupo “não-deprimidos” ($M = 36.59, DP = 26.660$), $t(53) = 9.877, p < .01$.

Uma síntese destas variáveis (grau de humor depressivo e sintomatologia clinicamente significativa) para as duas amostras é apresentada na tabela 29.

Tabela 29

Comparação do resultado dos dois grupos em relação ao grau de humor depressivo e sintomatologia clinicamente significativa

	Deprimidos (n = 54)		Não-deprimidos (n = 54)		
	Média	d.p.	Média	d.p.	
Inventário de Depressão de Beck					
Humor Depressivo	22.13	9.55	5.07	5.70	T, z = - 6.322, p = .000***
Sintomatologia clinicamente significativa (BSI)					
Somatização	1.48	.922	.50	.0532	T, z = - 5.426, p = .000***
Obsessões-Compulsões	2.21	.836	1.01	.729	t(53) = 9.043, p = .000***
Sensibilidade Interpessoal	1.60	.975	.80	.714	t(53) = 5.844, p = .000***
Depressão	2.09	.907	.63	.618	t(53) = 10.819, p = .000***
Ansiedade Fóbica	1.20	.965	.34	.407	T, z = - 4.785, p = .000***
Hostilidade	1.62	.831	.77	.678	T, z = - 5.152, p = .000***
Ideação Paranóide	1.71	.724	.83	.631	t(53) = 6.793, p = .000***
Psicoticismo	1.36	.915	.53	.544	t(53) = 6.498, p = .000***
Índice Geral dos Sintomas (IGS)	1.69	.701	.69	.503	t(53) = 9.877, p = .000***
Total Sintomas Positivos (TSP)	89.83	37.158	36.59	26.660	t(53) = 9.877, p = .000***

***p < .001

3.3. EXPERIÊNCIAS VIVIDAS NA FAMÍLIA-DE-ORIGEM

De um ponto de vista global, as experiências tidas na família-de-origem dos sujeitos das amostras analisadas são adequadas, já que a grande maioria dos resultados têm uma média de pontuação aproximadamente de três ou mais pontos, numa escala contínua de 1 a 5, em que quanto mais próximo de cinco, melhor é o resultado na variável analisada.

Considerando a hipótese H8 em análise (*“há diferenças nas experiências familiares ao longo do desenvolvimento relatadas por sujeitos “deprimidos” e “não-deprimidos”, sendo que as experiências mais adversas têm maior probabilidade de pertencer ao grupo “deprimidos”*), em termos gerais, os sujeitos “deprimidos” apresentam um *Índice de Cuidados Paternos* de 2.98 ($DP = .826$), cujo valor é inferior ao índice encontrado no grupo “deprimidos” ($M = 3.465$, $DP = .732$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t(50) = - 3.469$, $p < .01$).

O mesmo acontece em relação ao *Índice de Cuidados Maternos*, com os sujeitos “deprimidos” a apresentarem um valor inferior de cuidados ($M = 3.287$, $DP = .852$) comparativamente com os “não-deprimidos” ($M = 3.648$, $DP = .712$), cujas diferenças são estatisticamente significativas ($T, z = - 2.312$, $p < .05$).

Em relação ao *Índice de Ambiente Familiar*, constata-se também que os sujeitos “deprimidos” apresentam um valor mais baixo ($M = 3.50$, $DP = .45$) em relação aos sujeitos “não-deprimidos” ($M = 3.74$, $DP = .46$), cujas diferenças são também significativas ($t(53) = - 2.544$, $p < .05$). Quanto ao Índice Geral de Cuidados Familiares, constata-se que os “deprimidos” ($M = 3.28$, $DP = .55$) relatam valores significativamente inferiores ($t(53) = - 3.231$, $p < .01$), comparativamente com os “não-deprimidos” ($M = 3.64$, $DP = .57$). Assim, **confirma-se a hipótese H8**, ou seja, os sujeitos adultos “deprimidos” relatam, de facto, ter experiências familiares ao longo do desenvolvimento mais desadequadas do que sujeitos “não-deprimidos”.

Uma síntese da análise das variáveis relacionadas com as experiências tidas na família-de-origem desde a infância até aos 18 anos, organizados de acordo com os três questionários do *Instrumento do Historial Familiar* aplicados aos participantes, nomeadamente em relação ao pai, à mãe e ao ambiente familiar, estão expostos na tabela 30.

Tabela 30

Caracterização das variáveis relacionadas com as experiências na família-de-origem para amostras emparelhadas

Instrumento do Historial Familiar	Deprimidos (n = 54)		Não-deprimidos (n = 54)		
	Média	d.p.	Média	d.p.	
Questionário de Cuidados Paternos					
1 - Aceitação e Expressão de Afecto Paterno	2.94	1.03	3.51	1.03	$t(50) = -3.072, p = .003^{**}$
2 - Responsividade e diálogo paterno	2.30	1.03	2.90	1.01	$t(50) = -3.331, p = .002^{**}$
3 - Envolvimento Educacional Paterno	2.92	1.01	3.31	.82	$t(50) = -2.152, p = .036^*$
4 - Respeito Físico e Emocional Paterno	3.68	1.03	4.15	.89	$t(50) = -2.291, p = .026^*$
ÍNDICE DE CUIDADOS PATERNOS	2.98	.83	3.47	.09	$t(50) = -3.469, p = .001^{**}$
Questionário de Cuidados Maternos					
5 - Aceitação e Expressão de Afecto Materno	3.44	1.03	3.85	.97	$T, z = -2.059, p = .040^*$
6 - Responsividade e diálogo Materno	2.96	1.04	3.16	1.01	$t(53) = -1.043, p = .301$
7 - Envolvimento Educacional Materno	3.26	1.06	3.48	.80	$t(53) = -1.321, p = .192$
8 - Respeito Físico e Emocional Materno	3.49	1.12	4.10	.91	$t(53) = -2.844, p = .006^{**}$
ÍNDICE DE CUIDADOS MATERNOS	3.29	.85	3.65	.71	$T, z = -2.312, p = .021^*$
Questionário do Ambiente Familiar					
9 - Ausência de Abuso de Substâncias Parental	4.61	.78	4.83	.45	$T, z = -1.686, p = .092^\dagger$
10 - Coligação Parental e Ajustamento Psicológico Parental	3.30	.80	3.66	.75	$t(53) = -2.256, p = .028^*$
11 - Cuidado Físico e Relacionamento Parental Não-Violento	4.27	.70	4.54	.47	$T, z = -2.287, p = .022^*$
12 - Ausência de Tarefas Domésticas	2.93	1.41	3.07	1.20	$t(53) = -.568, p = .573$
13 - Apoio Social Infantil e Expressão Emocional Familiar	2.84	.91	2.99	.82	$t(53) = -.897, p = .374$
14 - Controlo Parental	3.04	.74	3.32	.68	$t(53) = -1.951, p = .056^\dagger$
ÍNDICE DE AMBIENTE FAMILIAR	3.50	.45	3.74	.46	$t(53) = -2.544, p = .014^*$
Índice Geral de Cuidados Familiares					
Valor médio das 14 subescalas	3.28	.55	3.64	.57	$t(53) = -3.231, p = .002^{**}$

* $p < .05$, ** $p < .01$ e $^\dagger .10 < p < .05$ (marginalmente significativo)

Numa análise mais específica, e em relação aos cuidados paternos, constata-se que o grupo “deprimidos” apresenta, de forma significativa ($t(50) = -3.072, p < .01$), uma menor aceitação e expressão de afecto do pai ($M = 2.94, DP = 1.03$), quando comparado com o grupo “não-deprimidos” ($M = 3.51, DP = 1.03$). A figura paterna do grupo “deprimidos” foi também significativamente menos responsiva e pouco dialogante, com o sujeito no seu desenvolvimento ($M = 2.30, DP = 1.03$) comparativamente com o grupo “não-deprimidos” ($M = 2.90, DP = 1.01$) ($t(50) = -3.331, p < .01$). Os pais dos sujeitos “deprimidos” estiveram significativamente ($t(50) = -2.152, p < .05$) menos envolvidos na sua educação ($M = 3.68, DP = 1.03$) do que os dos sujeitos “não-deprimidos” ($M = 4.15, DP = .89$). Os sujeitos “deprimidos” tiveram também menor ($t(50) = -2.291, p < .05$) respeito físico e emocional por parte do pai ($M = 3.68, DP = 1.03$) comparativamente com os sujeitos “não-deprimidos” ($M = 4.15, DP = .89$).

No que concerne aos cuidados maternos, o grupo “deprimidos” apresenta, de forma significativa ($T, z = -2.059, p < .05$), uma menor aceitação e expressão de afecto da mãe ($M = 3.44, DP = 1.03$), quando comparado com o grupo “não-deprimidos” ($M = 3.85, DP = .97$). Ao contrário dos cuidados paternos, não se encontraram diferenças em relação à responsividade e

diálogo materno ($t(53) = -1.1043, p > .05$), nem em relação ao envolvimento educacional materno ($t(53) = -1.321, p > .05$). O respeito físico e emocional materno foi significativamente menor ($t(53) = -2.844, p < .01$) nos sujeitos “deprimidos” ($M = 3.49, DP = 1.12$), em comparação com os sujeitos “não-deprimidos” ($M = 4.10, DP = .91$).

Relativamente à análise do ambiente familiar, constata-se que os sujeitos “deprimidos” tiveram menor ausência de abuso de substâncias parentais ($M = 4.61, DP = .78$) do que os “não-deprimidos” ($M = 4.83, DP = .45$), de forma significativa ($T, z = -1.686, p < .05$). A coligação parental e o ajustamento psicológico parental foi também menor no grupo “deprimidos” ($M = 3.30, DP = .80$) do que no grupo “não-deprimidos” ($M = 3.66, DP = .75$), cujas diferenças são estatisticamente significativas ($t(53) = -2.256, p < .05$). Constata-se também que os sujeitos “deprimidos” têm menor cuidado físico e relacionamento parental não-violento ($M = 4.27, DP = .70$) do que os sujeitos “não-deprimidos” ($M = 4.54, DP = .47$), de forma significativa ($T, z = -2.287, p < .05$). Em relação ao “controlo parental”, os “deprimidos” ($M = 3.04, DP = .73$) apresentam valores significativamente inferiores ($t(53) = -1.951, p < .10$) aos dos “não-deprimidos” ($M = 3.32, DP = .68$). Em relação aos restantes aspectos do ambiente familiar, não se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos em relação à ausência de tarefas domésticas ($t(53) = -.568, p > .05$), ao apoio social infantil e expressão emocional familiar ($t(53) = -.897, p > .05$).

De um ponto de vista global, juntando as 14 subescalas, o *Índice Geral de Cuidados Familiares* indica que o grupo “deprimidos” ($M = 3.29, DP = .55$) relata ter tido uma pior história de cuidados e relacionamentos interpessoais familiares, em comparação com o grupo “não-deprimidos” ($M = 3.64, DP = .57$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t(53) = -3.231, p < .01$). **Estes resultados mais detalhados corroboram a confirmação da hipótese H8.**

3.4. VINCULAÇÃO

Tendo em atenção a **H9** (“*sujeitos deprimidos têm valores mais elevados nas dimensões de vinculação no adulto inseguras do que os sujeitos não-deprimidos*”), a análise dos resultados na Escala de Vinculação do Adulto, permite verificar que a dimensão de vinculação com valor mais elevado em ambos os grupos é o *Conforto na Proximidade*, seguida da dimensão *Confiança nos Outros* e, por último, a dimensão *Ansiedade*. Numa análise específica em cada grupo, percebe-se que a dimensão de vinculação de valor mais elevado no grupo “deprimidos” é o *Conforto na Proximidade* ($M = 3.20, DP = .714$), seguida da *Confiança nos Outros* ($M = 2.91, DP$

= .645) e depois a *Ansiedade* ($M = 2.85$, $DP = .971$). No grupo “não-deprimidos” a dimensão de vinculação com valor mais elevado é também o *Conforto na Proximidade* ($M = 3.35$, $DP = .619$), seguida da *Confiança nos Outros* ($M = 3.15$, $DP = .503$) e posteriormente a *Ansiedade* ($M = 2.56$, $DP = .836$). Quando comparados entre si, os grupos não apresentam diferenças significativas na dimensão *Conforto na Proximidade* ($t(53) = -1.134$, $p > .05$), mas apresentam diferenças marginalmente significativas nas dimensões *Confiança nos Outros* ($t(53) = -1.902$, $p < .10$) e *Ansiedade* ($t(53) = -1.792$, $p < .10$), com os sujeitos “deprimidos” a apresentarem valores mais elevados na *ansiedade* e menores na *confiança nos outros* do que os “não-deprimidos”. **Assim, os resultados apoiam, de forma marginalmente significativa, a hipótese 9.**

Uma síntese destes resultados é disponibilizada na tabela 31.

Tabela 31

Caracterização das dimensões de vinculação do adulto para amostras emparelhadas

Dimensões da EVA	Deprimidos ($n=54$)		Não-deprimidos ($n=54$)		
	<i>Média</i>	<i>d.p.</i>	<i>Média</i>	<i>d.p.</i>	
Ansiedade	2.85	.971	2.56	.836	$t(53) = 1.792$, $p = .079$ †
Conforto com a Proximidade	3.20	.714	3.35	.619	$t(53) = -1.134$, $p = .262$
Confiança nos Outros	2.91	.645	3.15	.503	$t(53) = -1.902$, $p = .063$ †

† $.10 < p < .05$ (marginalmente significativo)

3.5. APOIO SOCIAL

Considerando a **H10** (“*sujeitos deprimidos apresentam menores valores de apoio social na idade adulta do que os sujeitos não-deprimidos*”), a análise do apoio social no adulto, medido através da Escala de Apoio Social de Matos e Ferreira (2000), que se organiza em três tipos de apoio (informativo, emocional e instrumental), evidencia que, no grupo “deprimidos”, o apoio social com valores mais elevados é o Instrumental ($M = 19.37$, $DP = 4.42$), seguido do Informativo ($M = 18.83$, $DP = 5.39$) e, por último, o Emocional ($M = 17.85$, $DP = 4.43$). No grupo “não-deprimidos” esta ordem mantém-se, sendo o apoio mais relatado o Instrumental ($M = 21.43$, $DP = 2.89$), seguido do Informativo ($M = 21.39$, $DP = 4.21$) e posteriormente o Emocional ($M = 20.52$, $DP = 2.99$). Ao averiguar se existem diferenças significativas entre os dois grupos, constata-se que o grupo “deprimidos” relata significativamente menor apoio Instrumental ($t(53) = -2.710$, $p < .01$), menor apoio Informativo ($t(53) = -2.685$, $p < .05$), e menor apoio Emocional ($t(53) = -3.292$, $p < .01$), do que o grupo “não-deprimidos”.

De uma forma global, o apoio social total no grupo “deprimidos” ($M = 56.06$, $DP = 12.36$) é menor que no grupo “não-deprimidos” ($M = 63.33$, $DP = 8.62$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t(53) = -3.375$, $p < .01$). **Estes resultados, que confirmam a hipótese H10**, estão disponíveis na tabela 32.

Tabela 32

Caracterização do apoio social para amostras emparelhadas

Dimensões da EAS	Deprimidos (n=54)		Não-deprimidos (n=54)		
	Média	d.p.	Média	d.p.	
Apoio informativo	18.83	5.39	21.39	4.21	$t(53) = -2.685$, $p = .010^*$
Apoio emocional	17.85	4.43	20.52	2.99	$t(53) = -3.292$, $p = .002^{**}$
Apoio instrumental	19.37	4.42	21.43	2.89	$t(53) = -2.710$, $p = .009^{**}$
Apoio Social Total	56.06	12.36	63.33	8.62	$t(53) = -3.375$, $p = .001^{**}$

* $p < .05$, ** $p < .01$

3.6. AVALIAÇÃO DO RISCO DE PERTENÇA AO GRUPO “DEPRIMIDOS” ENQUANTO ADULTOS

Para melhor analisar as evidências dos resultados até aqui encontrados que vão de encontro às **H8**, **H9** e **H10**, considerou-se importante avaliar o risco de pertença ao grupo “deprimidos” na idade adulta. Neste sentido, foram realizadas análises de regressão logística para avaliar se os cuidados recebidos na infância contribuíam para a pertença aos grupos “deprimidos” e “não-deprimidos” ($n = 108$).

As análises de regressão logística foram inicialmente feitas de forma separada para o Pai, Mãe e Ambiente Familiar. Esta estratégia visou testar a significância estatística mais específica e sem a influência das demais variáveis. Posteriormente, testou-se um modelo alternativo com variáveis gerais (cuidados paternos, cuidados maternos e ambiente familiar) para verificar qual teria o maior contributo para pertença ao grupo de “deprimidos” na idade adulta.

Foi feita uma regressão logística com as 4 subescalas dos cuidados paternos a predizer o risco de pertencer ao grupo “deprimidos” na idade adulta. Um total de 108 casos foram considerados e o modelo é adequado ($\chi^2(4, n = 105) = 10.157$, $p < .05$). Este modelo tem uma variância explicada entre 9.2% a 12.3% como preditor de pertença ao grupo “deprimidos”, com 65.4% dos sujeitos não-deprimidos e 62.3% dos sujeitos deprimidos correctamente preditos. Em termos globais, 63.8% das predições deste modelo estão correctas. Os resultados evidenciam

que nenhuma subescala dos cuidados recebidos do pai é um factor de risco para pertença ao grupo “deprimidos” ($p < .01$).

Em relação às 4 subescalas dos cuidados maternos, foi feita uma regressão logística com um total de 108 casos considerados. O modelo é adequado ($\chi^2(4, n = 108) = 12.165, p < .05$). A variância explicada deste modelo encontra-se entre 10.7% a 14.2% como preditor de pertença ao grupo “deprimidos”, com 75.9% dos sujeitos não-deprimidos e 63% dos sujeitos deprimidos correctamente preditos. Em termos globais, 69.4% das predições deste modelo estão correctas. Os resultados desta análise mostram que os sujeitos com menores valores de “respeito físico e emocional da mãe” durante o desenvolvimento têm um risco de 1.856 vezes maior de pertencer ao grupo “deprimidos” ($OR = 1.856, IC = 1.116 - 3.086, p < .05$).

No que respeita às 6 subescalas relacionadas com o Ambiente Familiar, foi feita uma regressão logística com um total de 108 casos. No entanto, o modelo com estes 6 factores não se revelou adequado ($\chi^2(6, n = 108) = 9.589, p > .05$). No entanto, o teste da hipótese nula de Hosmer e Lemeshow confirmou que o modelo é adequado aos dados ($p > .05$). Este modelo tem uma variância explicada entre 8.5% a 11.3% como preditor de pertença ao grupo “deprimidos”, com 68.5% dos sujeitos não-deprimidos e 51.9% dos sujeitos deprimidos correctamente preditos. Em termos globais, as predições deste modelo são acertadas em 60.2%. No entanto, os resultados evidenciam que nenhum dos factores do ambiente familiar está significativamente associado ao risco de pertencer ao grupo “deprimidos” ($p > .05$).

Uma síntese destes resultados para os cuidados paternos, maternos e ambiente familiar é apresentada na tabela 33.

Tabela 33

Coefficientes e teste de Wald para variáveis associadas à pertença ao grupo de “deprimidos” vs “não-deprimidos”, tendo como factores preditores as sub-escalas do IHF

Variáveis explicativas de pertença ao grupo “deprimidos”	B	SE	Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC (95%)
Regressão - Factores relacionados com os Cuidados Paternos							
1 - Aceitação e Expressão de Afecto Paterno	.009	.371	.001	1	.982	1.009	.487 - 2.089
2 - Responsividade e diálogo Paterno	.266	.343	.600	1	.439	1.304	.666 - 2.544
3 - Envolvimento Educacional Paterno	.273	.294	.860	1	.354	1.314	.738 - 2.339
4 - Respeito Físico e Emocional Paterno	.325	.264	1.513	1	.219	1.384	.825 - 2.323
Regressão - Factores relacionados com os Cuidados Maternos							
5 - Aceitação e Expressão de Afecto Materno	.352	.396	.791	1	.374	1.423	.654 - 3.094
6 - Responsividade e diálogo Materno	-.475	.352	1.826	1	.177	.622	.312 - 1.239
7 - Envolvimento Educacional Materno	.261	.264	.979	1	.323	1.298	.774 - 2.176
8 - Respeito Físico e Emocional Materno	.618	.260	5.672	1	.017*	1.856	1.116 - 3.086
Regressão - Factores relacionados com o Ambiente Familiar							
9 - Ausência de Abuso de Substâncias Parental	-.006	.469	.000	1	.989	.994	.396 - 2.439
10 - Coligação/ Ajustamento psicológico Parental	.434	.315	1.900	1	.168	1.543	.833 - 2.861
11 - Negligência física e violência doméstica	.459	.489	.880	1	.348	1.582	.607 - 4.125
12 - Tarefas Domésticas	.125	.158	.623	1	.430	1.133	.831 - 1.545
13 - Apoio Social e Expressão Emocional Familiar	-.081	.259	.098	1	.754	.922	.555 - 1.531
14 - Controlo Parental	.335	.328	1.043	1	.307	1.398	.735 - 2.658

* $p < .05$

Em termos globais, tendo como preditores os índices dos cuidados paternos, maternos e ambiente familiar, para avaliação do risco de pertencer ao grupo com depressão na idade adulta, constata-se que este modelo, com 108 casos, revelou-se adequado ($\chi^2(3, n = 108) = 10.214, p < .05$). Este modelo tem uma variância explicada entre 9.3% a 12.4% como preditor de depressão no adulto, com 65.4% dos sujeitos “não-deprimidos” e 64.2% dos sujeitos “deprimidos” correctamente preditos. As predições deste modelo estão correctas em 64.8%. Os resultados desta regressão evidenciam que os sujeitos com menores valores no Índice de Cuidados Paternos têm um risco 1.97 maior (marginalmente significativo) de pertencer ao grupo “deprimidos” ($OR = 1.974, IC = .901 - 4.327, p < .10$). Uma síntese dos resultados desta análise de regressão logística é exposta na tabela 34.

Tabela 34

Coefficientes e teste de Wald para variáveis associadas à pertença ao grupo de “deprimidos” vs “não-deprimidos”, tendo com factor predictor os índices de Cuidados Paternos, Maternos e de Ambiente Familiar

Variáveis explicativas de Depressão no adulto	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Wald</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	<i>IC (95%)</i>
Índice de Cuidados Paternos	.680	.400	2.884	1	.089†	1.974	.901-4.327
Índice de Cuidados Maternos	-.040	.371	.012	1	.914	.961	.464-1.988
Índice de Ambiente Familiar	.412	.624	.435	1	.509	1.510	.444-5.130

† .10 < p < .05 (marginalmente significativo)

A análise do risco de depressão em função das dimensões de vinculação, num modelo constituído por 108 casos, revelou-se não significativo ($\chi^2(3, n = 108) = 5.570, p > .05$), mas o teste da hipótese nula de Hosmer e Lemeshow confirmou que o modelo é adequado aos dados ($p > .05$). Assim, este modelo tem uma variância explicada entre 5% a 6.7% como preditor de pertença ao grupo “deprimidos”, com 61.1% dos sujeitos não-deprimidos e 57.4% dos sujeitos deprimidos correctamente preditos. Em termos globais, as predições deste modelo são acertadas em 59.3%. Os resultados desta regressão evidenciam que nenhuma das dimensões de vinculação estão associadas ao risco de pertencer ao grupo “deprimidos” ($p > .05$).

No que se refere ao apoio social, cujo modelo de regressão é constituído por 108 casos e se revelou adequado ($\chi^2(3, n = 108) = 13.348, p < .01$), tem uma variância explicada como preditora de depressão entre 11.6% a 15.5%. Estão acertadamente preditos 74.1% dos sujeitos não-deprimidos e 63% dos deprimidos. Em termos gerais, o modelo é acertado para 68.50% dos sujeitos. Os resultados da regressão mostram que sujeitos com menores valores de apoio emocional tem um risco de 1.17 maior de pertencer ao grupo “deprimidos” ($OR = 1.174, IC = .977 - 1.409, p < .10$). **Estes resultados contribuem para a confirmação da hipótese H10**

(“sujeitos deprimidos apresentam menores valores de apoio social na idade adulta do que sujeitos não-deprimidos”), na medida em que evidenciam que um menor apoio social emocional aumenta o risco de pertença ao grupo de deprimidos adulto.

Uma síntese dos resultados das análises de regressão logística para estas características actuais (vinculação e apoio social) é exposta na tabela 35.

Tabela 35

Coefficientes e teste de Wald para variáveis associadas à pertença ao grupo de “deprimidos” vs “não-deprimidos”, tendo com factor predictor características actuais (vinculação e apoio social)

Variáveis explicativas de Depressão no adulto	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Wald</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	<i>IC (95%)</i>
Regressão - Dimensões da Vinculação							
Ansiedade	-.215	.238	.816	1	.366	.806	.505-1.287
Conforto com a proximidade	.139	.317	.194	1	.660	1.150	.618-2.139
Confiança nos outros	.540	.374	2.078	1	.149	1.716	.824-3.574
Regressão - Tipos de apoio social							
Apoio informativo	-.004	.065	.004	1	.947	.996	.877-1.130
Apoio emocional	.160	.093	2.944	1	.086†	1.174	.977-1.409
Apoio instrumental	.053	.073	.529	1	.467	1.054	.914-1.215

† .10 < p < .05 (marginalmente significativo)

Para finalizar, quando é analisado o risco considerando as variáveis numa perspectiva de diátese (índice geral de cuidados familiares tidos durante o desenvolvimento) e stress (dimensões de vinculação e o apoio social global), o modelo de regressão logística, constituído por 108 casos, revelou-se adequado ($\chi^2(5, n = 108) = 16.723, p < .01$). A variância explicada deste modelo situa-se entre 14.3% e 19.1% como predictor de pertença ao grupo “deprimidos”, com 66.7% dos sujeitos não-deprimidos e 61.1% dos sujeitos deprimidos acertadamente preditos. Em termos globais, as predições deste modelo são acertadas em 63.9%. Os resultados deste modelo evidenciam que sujeitos com menores cuidados familiares em geral (que se traduz pelo índice geral de cuidados familiares) apresentam um risco de 2.19 maior (marginalmente significativo) de pertencer ao grupo “deprimidos” ($OR = 2.19, IC = .932 - 5.177, p < .10$). Constata-se também que sujeitos com menor apoio social apresentam um risco de 1.04 maior (marginalmente significativo) de pertencer ao grupo “deprimidos” ($OR = 1.04, IC = .999 - 1.097, p < .10$).

Uma síntese dos resultados desta análise de regressão logística é exposta na tabela 36.

Tabela 36

Coefficientes e teste de Wald para variáveis associadas à pertença ao grupo de “deprimidos” vs “não-deprimidos”, tendo com factor predictor cuidados familiares e características actuais

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Wald</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	<i>IC (95%)</i>
Índice Geral de Cuidados Familiares	.787	.437	3.238	1	.072†	2.19	.932-5.177
Apoio Social total	.046	.024	3.675	1	.055†	1.04	.999-1.097
Ansiedade	-.290	.254	1.312	1	.252	.74	.455-1.230
Conforto com a proximidade	-.200	.364	.302	1	.583	.81	.401-1.671
Confiança nos outros	-.013	.436	.001	1	.976	.455	.420-2.320

† .10 < p < .05 (marginalmente significativo)

DISCUSSÃO DE RESULTADOS (ESTUDO 4)

Neste estudo, os “deprimidos” apresentam mais eventos stressores/ perturbadores precipitantes para a depressão nas duas semanas prévias à participação no estudo, dadas as diferenças significativas encontradas com os “não-deprimidos” (64.8% e 5.6% respectivamente). Para além deste factor “precipitante”, os “deprimidos” relatam também uma história de vida anterior com mais experiências traumáticas e mais eventos perturbadores do que os “não-deprimidos” (68.5% e 50% respectivamente). Acresce ainda o facto de que os “deprimidos” relatam o dobro da história de um ou mais episódios depressivos prévios do que os “não-deprimidos” (83.3% e 40.7% respectivamente). Assim, estes resultados confirmam que os sujeitos “deprimidos” têm a probabilidade de terem eventos negativos precipitantes, combinada com uma história anterior mais perturbadora do que sujeitos “não-deprimidos”. O quadro clínico de depressão é corroborado nos “deprimidos” pelos valores elevados de humor depressivo, medido pelo BDI (correspondente a depressão moderada), e por todos os índices de sintomatologia clínica no BSI, os quais são significativamente mais elevados do que nos “não-deprimidos”. Estes resultados são congruentes com as evidências de Kraaij, Arensman e Spinhoven (2002) que constataram num estudo de revisão de 25 estudos desde 1980 até 1998, que o risco de depressão é tanto maior quanto o número de eventos negativos/ perturbadores actuais.

Relativamente às experiências familiares, os “deprimidos” relatam valores mais baixos em relação aos Cuidados Paternos, Cuidados Maternos e de Ambiente Familiar, o que se traduz

num Índice Geral de Cuidados Familiares mais baixo do que nos “não-deprimidos”. Esta evidência **confirma a hipótese H8**, ou seja, *há diferenças nas experiências familiares ao longo do desenvolvimento relatadas por sujeitos “deprimidos” e “não-deprimidos”, sendo que as experiências mais adversas têm maior probabilidade de pertencer ao grupo “deprimidos”*. Especificamente, os “deprimidos” relatam menor “aceitação e expressão de afecto” (quer do pai, quer da mãe), menor “responsividade e diálogo paterno”, menor “envolvimento educacional paterno”, menor “respeito físico e emocional” (quer do pai, quer da mãe), menor “coligação parental e ajustamento psicológico parental”, mais negligência física e relacionamento parental violento, maior abuso e consumo de substâncias parental e um controlo parental menos democrático, o que confirma que os sujeitos “deprimidos” tiveram cuidados familiares mais inadequados do que sujeitos “não-deprimidos”. Estes resultados confirmam as evidências encontradas na literatura (e.g., Bifulco & Moran, 1998; Sroufe et al., 2000; Infrasca, 2003; Chapman et al., 2004; Lindelow, 2007).

Quando se consideram as características actuais, constata-se que os “deprimidos” apresentam diferenças marginalmente significativas para as dimensões *Ansiedade* e *Confiança nos Outros*, comparativamente com os “não-deprimidos”, não havendo diferenças significativas na dimensão *Conforto com a Proximidade*. Estes resultados **apoiam, marginalmente, a hipótese H9** em estudo (pelo que mais estudos serem necessários), nomeadamente *“sujeitos deprimidos têm valores mais elevados nas dimensões de vinculação inseguras do que os sujeitos não-deprimidos”*. Os nossos resultados parecem, assim, apoiar, parcialmente a revisão da literatura efectuada, já que esta mostra que existe uma relação entre estilos de vinculação mais inseguros e depressão (e.g., Hazan & Shaver, 1990; Batgos & Leadbeater, 1993; Rankin, Saunders & Williams, 2000; Bifulco et al., 2002; Cozzarelli et al., 2003; Miljkovitch, 2004).

Ainda considerando as características actuais, a análise do apoio social evidencia que os “deprimidos” relatam sempre menor apoio social incluindo menor apoio informativo, instrumental e emocional. Estes resultados **confirmam a hipótese H10**, ou seja, sujeitos “deprimidos” apresentam menores valores de apoio social na idade adulta do que sujeitos “não-deprimidos”. No mesmo sentido que a literatura, Site, Ragan, e Randall (2004) verificaram também uma associação entre depressão e apoio social, sendo este um importante preditor da gravidade da depressão. Um outro estudo (Lee, 2008) evidenciou que quanto melhor o apoio social, menor a vulnerabilidade à depressão no adulto. Outros autores constaram os mesmos resultados (e.g., Wildes, Harness & Simons, 2002; Lin et al., 1999).

Considerando as hipóteses do estudo em análise, a avaliação do risco de pertença ao grupo “deprimidos” achou-se necessária para melhor testar os resultados encontrados. Em

relação ao contributo particular de cada uma das subescalas dos Cuidados Paternos ou do Ambiente Familiar, não se encontrou um risco aumentado para pertença ao grupo “deprimidos”. Contudo, em relação às subescalas dos Cuidados Maternos, verificou-se que um menor “respeito físico e emocional da mãe” está associado a um risco quase 2 vezes maior ($OR = 1.8$) de pertencer ao grupo “deprimidos”. Quanto se têm em consideração os três Índices de Cuidados Paternos, Cuidados Maternos e Ambiente Familiar, constata-se um risco (marginalmente significativo) também quase 2 vezes maior ($OR = 1.97$) dos sujeitos com piores Cuidados Paternos pertencerem ao grupo “deprimidos”. Estes resultados contribuem para a confirmação da hipótese H8 verificada quando se comparou as duas amostras emparelhadas (os deprimidos têm piores índices de cuidados paternos, maternos e de ambiente familiar), ou seja, piores cuidados maternos aumentam o risco de pertença ao grupo de deprimidos na idade adulta.

Quando se analisam as experiências familiares anteriores, enquanto índice total, em conjunto com as características actuais, os resultados evidenciam que há um risco (marginalmente significativo) para pertencer ao grupo “deprimidos” quando os sujeitos têm piores cuidados familiares e menor apoio social em geral.

Em termos de características actuais, nenhuma das dimensões de vinculação no adulto não se manifestou como factor de risco para pertença ao grupo “deprimidos”, o que não contribui para a hipótese H9 formulada. No entanto, o Apoio Social, e em particular, o apoio emocional, revelou-se marginalmente significativo para um risco aumentado ($OR = 1.17$) de pertença ao grupo “deprimidos”. Por outras palavras, quanto menor apoio emocional, maior o risco de pertencer ao grupo “deprimidos”, confirmando, assim, a previsão dos resultados colocada na hipótese H10. Assim, em termos de características actuais, conclui-se que o apoio social contribui mais para a depressão no adulto do que a vinculação, ou seja, as relações interpessoais existentes é um importante factor que favorece a vulnerabilidade à depressão, dado o aumentado risco de pertença ao grupo “deprimidos” quando o apoio social é reduzido.

PARTE III

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES GERAIS

PARTE III – CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES GERAIS

Este capítulo é iniciado com uma abordagem relativa ao objectivo geral deste trabalho de investigação, seguindo-se algumas considerações sobre o instrumento de avaliação do historial familiar utilizado, e posteriormente uma discussão das hipóteses em função dos resultados obtidos, em relação à revisão bibliográfica efectuada. De seguida, são apresentadas as limitações e considerações metodológicas dos estudos efectuados, terminando este trabalho com as evidências gerais e implicações para futuras investigações e prática clínica.

1. Objectivo geral

Considerando o primordial objectivo deste trabalho, nomeadamente o de melhor compreender o contributo das variáveis do desenvolvimento para a vulnerabilidade à depressão no adulto, recorrendo ao estudo dos factores antecedentes (experiências familiares anteriores) e características actuais (vinculação e apoio social), os resultados obtidos nos estudos efectuados confirmam que o humor depressivo está, de facto, relacionado com a história de vida (diátese), que se traduz pela qualidade das experiências familiares no desenvolvimento, mas o que melhor explica a manifestação do humor depressivo são as características actuais de vinculação e de apoio social. Numa perspectiva de diátese-stress, estes resultados apontam para a ideia de que a vulnerabilidade está assente num *continuum* desenvolvimental, desde as experiências ao longo do desenvolvimento até às características e contextos actuais na idade adulta.

A investigação tem demonstrado que a maior parte dos sujeitos, face a um evento perturbador não desenvolve depressão, ocorrendo a doença numa proporção de apenas 1 em cada 5 indivíduos (e.g., Monroe & Reid, 2009). No entanto, é também sabido que os deprimidos têm geralmente um maior número de eventos perturbadores (e.g., Nierenberg, Sussman, & Trivedi, 2003) e um menor apoio social (e.g., Lee, 2008), facto este que os nossos resultados suportam, pois encontramos, de forma significativa, uma maior percentagem de eventos perturbadores, assim como de menor apoio social, no grupo “deprimidos” comparativamente com o grupo “não-deprimidos”. Estas evidências vão de encontro à perspectiva de que a depressão surge da combinação entre a diátese e o tipo de qualidade do apoio social actual que o indivíduo tem perante acontecimentos precipitantes (Ingram & Luxton, 2005), sendo que os eventos de vida contextuais activam as vulnerabilidades individuais provenientes da experiência (e.g., Coyne & Whiffen, 1995). Por outras palavras, a natureza da toxicidade ambiental (e.g., lutos e perdas, stressores contextuais, etc.) pode interagir com a diátese, pelo que há um

momento “certo” para combinar a vulnerabilidade prévia com a realidade do contexto actual (Coyne & Whiffen, 1995; Gathercole, 2004; Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2007). Tendo os nossos resultados mostrado que os deprimidos têm mais acontecimentos perturbadores nas duas semanas prévias à participação nos estudos e relatam ter mais acontecimentos de vida perturbadores depois dos 18 anos, acreditamos, portanto, que são as características actuais, nomeadamente os estilos de vinculação inseguros e um menor apoio social, que facilitam a expressão da diátese, face à experiência.

Considerando que os indivíduos deprimidos sofrem de enviesamentos cognitivos devido ao seu estado de humor (e.g., Monteiro, 2007; Schacter, 1995), o facto dos “deprimidos” no nosso estudo terem relatado piores experiências ao longo do desenvolvimento, poderíamos hipotizar que esse relato seria produto da influência dos problemas actuais (os quais não foram caracterizados e constituem uma limitação desta investigação), ou seja, por existência de viés do relato. Assim, foi também objectivo deste trabalho verificar se o relato que os sujeitos deprimidos fazem das suas experiências ao longo do desenvolvimento, avaliado através de um instrumento de auto-relato (Instrumento do Historial Familiar), seria estável ao fim de um ano, o que se confirmou. Caso existisse viés do relato por influência de humor, o relato das experiências teria sido diferente no segundo momento da avaliação no Estudo 3 comparativamente com o primeiro momento da avaliação. Esta constatação da estabilidade do relato confirma também a fiabilidade do instrumento utilizado, o qual é discutido de seguida.

2. Sobre o Instrumento do Historial Familiar

O *Instrumento do Historial Familiar* (IHF), constituído por três questionários – *Questionário dos Cuidados Paternos*, *Questionário dos Cuidados Maternos* e *Questionário do Ambiente Familiar* – foi trabalhado para esta investigação com o objectivo de avaliar as características de um instrumento que analisasse as experiências tidas na família-de-origem, de forma separada, com o pai, com a mãe e em relação ao ambiente familiar. Recorremos a este instrumento, baseado nos trabalhos do *Family Background Questionnaire* desenvolvido por Melchert (1991, 1996), pois organiza as experiências familiares de forma separada e detalhada, com foco em factores que a literatura e as investigações têm demonstrado como de risco claros e objectivos de disfunções familiares, assim como de outras variáveis que consistentemente se têm evidenciado capazes de afectar o funcionamento familiar (Melchert, 1998). Este instrumento diferencia-se de outros materiais do género, porque engloba questões relativas à avaliação clínica da família-de-origem, assim como está baseado em questões e itens comportamentais e não-comportamentais, o que facilita a contextualização das respostas e reduz os julgamentos

sobre a realidade familiar, resultando num instrumento mais compreensivo e específico de avaliação do funcionamento familiar (Melchert, 1991). É sabido que questionários de auto-resposta que se baseiam em questões específicas e objectivas têm menor risco de serem enviesados (Hardt & Rutter, 2004). Os itens constituintes do IHF tendem a não envolver apreciações subjectivas baseando-se essencialmente no relato de experiências concretas e, por isso, menos susceptíveis de serem influenciadas pelo estado de saúde mental. No estudo realizado com estudantes universitários (Estudo 1), os resultados obtidos demonstram uma validade factorial e consistência interna adequadas, com valores de alfa de Chronbach elevados e correlações de magnitude elevada e significativa entre as várias subescalas de cada questionário. O estudo longitudinal efectuado neste trabalho de investigação (Estudo 3) evidenciou a estabilidade temporal do relato das experiências de infância tidas no desenvolvimento ao fim de um ano, o que dá indícios claros de uma boa confiabilidade teste-reteste. Estes resultados são importantes, pois validam as conclusões que são retiradas nos restantes estudos efectuados com o IHF.

Importa, no entanto, acrescentar que em futuras investigações será necessário dar continuidade à validação do IHF, nomeadamente através do aumento do número de sujeitos, em amostra mais alargadas à população geral ou estratificadas, procurando reavaliar a sua consistência e melhorar os itens onde a estabilidade do relato se manifestou mais frágil, através do aperfeiçoamento das questões (tornando-as ainda mais objectivas e específicas) e testar também a confiabilidade teste-reteste. Há também alguns aspectos que importa considerar com possíveis efeitos sobre o auto-relato, nomeadamente o facto de que a análise factorial da versão portuguesa levou a que alguns itens de constructos diferentes fossem agrupados na mesma escala (e.g., “coligação e ajustamento psicológico parental”; “cuidado físico e relacionamento parental não-violento”). Este agrupamento de alguns itens para a formação das subescalas pode ter mascarado efeitos mais diferenciadores entre as diferentes experiências familiares ao longo do desenvolvimento. Uma outra limitação do IHF é a de avaliar um longo período do desenvolvimento (infância e adolescência), podendo tornar-se difícil determinar se o sujeito está a reportar-se ao mesmo período de vida que é esperado pelo instrumento. Desta forma, estudos comparativos com outros instrumentos ou estudos mais restritos em relação ao período de desenvolvimento que se pretende avaliar podem favorecer a fiabilidade do IHF.

3. Discussão Geral das Hipóteses

Os sujeitos deprimidos que participaram neste trabalho foram convidados para os estudos à medida que iam chegando por iniciativa própria a consultas de Psicologia, os quais são, na sua grande maioria, mulheres. Este facto pode ser justificado pela prevalência da doença (Kessler, 2000; Piccinelli & Wilkinson, 2000) ou devido à maior facilidade e aceitação social com que as mulheres têm em procurar ajuda em relação aos homens, ficando, por isso, mais expostas à observação e diagnóstico. Outra das razões para esta diferença é a de que os homens podem ter uma história de adversidade ao longo do desenvolvimento menos consciente do que as mulheres. Estas razões foram também consideradas por Nierenberg e seus colaboradores (2007) e por Wise e seus colaboradores (2001, cit. Talbott, 2003). Podemos ainda evocar a maior vulnerabilidade psicobiológica da mulher, ou a maior frequência e severidade de acontecimentos traumáticos, esquemas e estilos de *coping* mal-adaptativos, ou ainda a maior predominância de doenças somáticas e tendência para dependências, assim como a maior instabilidade e insegurança social e cultural (Schotte et al., 2006).

A maioria dos participantes deprimidos nos estudos efectuados relatam ter tido algum tipo de experiência perturbadora depois dos 18 anos, assim como também alegam ter sofrido de algum tipo de evento perturbador ou stressor nas duas semanas prévias à participação nesta investigação. Estas evidências marcam uma relação da sintomatologia depressiva e quadro clínico com a situação presente, mas também com uma história de vida que pode estar a dificultar a resposta adequada do sujeito ao evento perturbador. Esta conclusão é previsível na medida em que são vários os estudos que mostram que as experiências anteriores e os contextos de vida facilitam a vulnerabilidade à depressão (Hammen & Mazure, 2003; Ingram & Luxton, 2005). A severidade dos acontecimentos traumáticos ao longo da vida contribuem para o aumento do risco de depressão (Schotte et al., 2006) e o acumular de situações stressantes de forma contínua é o que torna o indivíduo menos resistente, ou seja, torna-se mais vulnerável por ter estado exposto a adversidades (e.g., Ace Reporter, 2006). Assim, como as características do indivíduo não são independentes dos acontecimentos e experiências (que são organizados em narrativas de experiências acumuladas), faz com que o indivíduo se torne mais vulnerável à psicopatologia depressiva, principalmente nos primeiros episódios depressivos devido ao confronto com os eventos perturbadores/ stressores (e.g., Dube, Felitti & Anda, 2002; Zavashi, 2003; Nierenberg, Sussman, & Trivedi, 2003). As experiências acumuladas ao longo da trajectória de vida são essenciais para se compreender a psicopatologia depressiva actual (e.g., Soares, 2000), assim como a conceptualização da relação entre essas experiências anteriores

(enquanto diátese) com as características e contextos actuais de vida (e.g., Ingram & Luxon, 2005).

De um ponto de vista global, os estudos efectuados mostram que os valores mais inadequados de cuidados paternos e maternos estão associados a menor responsividade e diálogo com cada um dos pais, os quais estão associados ao humor depressivo em estudantes universitários e, quando se comparam “deprimidos” com “não-deprimidos”, são os primeiros os que apresentam valores significativamente menores nestas variáveis. Este facto revela a importância da capacidade de responder no momento certo às necessidades dos filhos ao longo do desenvolvimento, e que esta disponibilidade por parte dos pais assim como grau de apoio percebido pelos filhos são factores significativos que contribuem para a vulnerabilidade à depressão na idade adulta (Conselleria de Benestar Social, 2007; Infrasca, 2003; Sroufe et al., 2000).

Ainda em termos globais, mas agora relativamente ao Ambiente Familiar, todos os participantes das amostras dos estudos realizados (“deprimidos” e “não-deprimidos”), relatam valores baixos de apoio social na infância e de expressão emocional familiar. Se tivermos em consideração que as amostras são na sua maioria do sexo feminino, poderá existir um efeito de sobreprotecção parental, associado a estilos educativos menos democráticos, o que faz com que os pais tenham mais atitudes de controlo de horas, convívios, festas, entre outras, porventura, exageradas. Esta justificação é apoiada pelos resultados da subescala de controlo parental cujos valores são apenas médios em termos da qualidade de funcionamento familiar (rondando os 3 pontos médios em 5 disponíveis, no sentido em que quanto mais próximo de 5 mais democrático é o controlo). A literatura tem demonstrado que o apoio social na infância e ao longo do crescimento dá um importante contributo às necessidades básicas de afiliação, afecto, pertença, etc. e para o desenvolvimento de competências sociais (e.g., Matos & Ferreira, 2000), que permite à criança e/ou jovem recursos psicológicos e materiais face a certas dificuldades ou adversidades no desenvolvimento. A ausência de apoio social infantil ou a sua limitação ao longo do desenvolvimento favorece o risco de sintomatologia depressiva na idade adulta (e.g., Bifulco et al., 2006; Wildes, Harkness & Simons, 2002).

Uma outra conclusão que podemos retirar dos resultados com as amostras emparelhadas (Estudo 4), é o facto de que os cuidados familiares inadequados ou adversos durante a infância, em particular a falta de respeito físico e emocional da mãe, duplica o risco do sujeito pertencer ao grupo dos deprimidos na idade adulta, assim como os cuidados paternos em geral inadequados também duplicam este risco. Estes resultados vão no mesmo sentido dos

de Hammen, Henry e Daley (2000) que mostraram que há maior probabilidade de mulheres deprimirem quanto mais expostas a experiências adversas durante a infância. Também num estudo epidemiológico de Korkeila e seus colaboradores (2005) este risco foi confirmado. Outros estudos realizados pelo grupo de investigação ACE *Study (Adverse Childhood Experiences Study)* têm também demonstrado, em análises retrospectivas e prospectivas, estas relações entre as experiências familiares no desenvolvimento e o risco de depressão na idade adulta (e.g., Anda et al., 2002; Anda et al., 2004; Felitti, 2002; Dube, Felitti & Anda, 2002).

No estudo com sujeitos deprimidos (Estudo 2), as hipóteses H1 (“quanto piores os cuidados paternos e cuidados maternos ao longo do desenvolvimento, maior o índice de humor depressivo na idade adulta”) e H2 (“quanto pior o ambiente familiar ao longo do desenvolvimento, maior o índice de humor depressivo na idade adulta”) não foram confirmadas uma vez que não se encontraram correlações significativas entre os índices de cuidados paternos, cuidados maternos e de ambiente familiar com o humor depressivo no adulto, nem se encontraram valores preditores significativos destas variáveis do desenvolvimento para o humor depressivo. Assim, estes resultados não corroboram o que a literatura tem demonstrado, nomeadamente investigações epidemiológicas e longitudinais, que as experiências familiares vividas durante a infância estão associadas à depressão no adulto (e.g., Anda et al., 2002; Felitti, 2002), e que quanto maior o número de adversidades durante a infância, maior o risco de sofrer desta psicopatologia na idade adulta (Ace Reporter, 2006; Dube, Felitti & Anda, 2002; Korkeila et al., 2005).

Contudo, quando as mesmas análises foram realizadas no estudo com os estudantes universitários (Estudo 1), foram encontradas associações significativas entre os índices de cuidados paternos e maternos e o humor depressivo, não se verificando qualquer correlação significativa entre o Índice de Ambiente Familiar e o humor depressivo. Em termos correlacionais, os resultados do Estudo 1 confirmam a hipótese H1 mas não suportam a hipótese H2. No entanto, neste mesmo estudo constatou-se que piores as subescalas dos cuidados paternos, dos cuidados maternos e do ambiente familiar são preditores de humor depressivo em jovens universitários, pelo que, em termos de valor preditivo, os resultados confirmaram, neste estudo preliminar, as hipóteses H1 e H2. Resumindo, **a hipótese H1 é confirmada no Estudo 1 mas rejeitada no Estudo 2, e a hipótese H2 é rejeitada em termos de correlação em ambos os estudos.** Assim, estes resultados não são conclusivos quanto à relação entre piores cuidados familiares e o humor depressivo na idade adulta, pelo que mais estudos são necessários para analisar as tendências verificadas. Perante estes resultados e evidências encontradas na literatura que não conseguimos confirmar, pensamos que o que justifica a

ausência da relação entre estas variáveis na nossa investigação é o facto da amostra utilizada no Estudo 2 ser exclusivamente constituída por sujeitos deprimidos com diagnóstico de episódio depressivo major confirmado, pois este facto reduz a variabilidade do grau de humor depressivo (cuja classificação média de depressão foi moderada com 22 pontos), e consequentemente diminui ou elimina o potencial de correlação e de predição entre as variáveis. Poderá também contribuir para explicar a ausência de resultados o tamanho da amostra, pois um maior número de sujeitos poderia aumentar a probabilidade de serem encontradas diferenças entre as variáveis.

No estudo com sujeitos deprimidos – Estudo 2 - foi feita ainda uma comparação de sujeitos adultos deprimidos com a amostra de estudantes universitários, cujos resultados permitem concluir que os deprimidos relatam sempre valores inferiores em todas as subescalas de cuidados paternos, cuidados maternos e de ambiente familiar, excepto na “ausência de tarefas domésticas”, ou seja, os estudantes para além de relatarem ter tido melhores cuidados paternos, maternos e de ambiente familiar, relataram ter colaborado mais em tarefas domésticas do que os deprimidos durante o desenvolvimento. Pensamos que o que justifica esta diferença em relação às tarefas domésticas deve-se às diferentes médias de idades das duas amostras e ao modelo cultural, onde os jovens estão hoje mais conscientes da colaboração em tarefas domésticas e daí relatarem maior colaboração do que os deprimidos. Também no estudo emparelhado efectuado - Estudo 4 - os resultados apontam no mesmo sentido, quando são comparados sujeitos “deprimidos” com “não-deprimidos”. Nesta investigação, os resultados mostram que os “deprimidos” relatam sempre piores cuidados paternos, cuidados maternos e de ambiente familiar do que os não-deprimidos. Estes resultados nos estudos com as amostras de deprimidos (Estudo 2) e amostras emparelhadas (Estudo 4) permitem concluir que os adultos deprimidos apresentam experiências familiares ao longo do desenvolvimento mais inadequadas do que adultos não-deprimidos. Estes resultados confirmam as evidências encontradas na literatura onde se tem demonstrado que o risco de depressão é tanto maior quanto maiores os acontecimentos de vida negativos anteriores e problemas diários (e.g., Bifulco & Moran, 1998; Chapman et al., 2004; Infrasca, 2003; Kraaj, Arensman, & Spinhoven, 2002; Lindelow, 2007; Sroufe et al., 2000) e contribuem para a confirmação da Hipótese 8 (“*existem diferenças nas experiências familiares ao longo do desenvolvimento relatadas por sujeitos “deprimidos” e “não-deprimidos”, sendo que as experiências mais adversas têm maior probabilidade de pertencer ao grupo deprimidos*”), discutida mais adiante.

Os nossos resultados permitiram também concluir que as características actuais contribuem de forma mais significativa para o grau de humor depressivo em sujeitos com diagnóstico clínico de depressão do que as experiências familiares durante o desenvolvimento. Esta conclusão é apoiada nos resultados empíricos do estudo com deprimidos (Estudo 2), que mostra que, apesar dos cuidados familiares não estarem associados nem explicarem a gravidade de humor depressivo, a vinculação e o apoio social estão correlacionados e são preditores de humor depressivo no adulto da seguinte forma: em relação à vinculação, que explica 18% da variância do humor depressivo, este é tanto maior quanto mais baixa é a dimensão de *Confiança nos Outros* e é tanto mais alto quanto maior for a dimensão de *Ansiedade*; em relação ao apoio social, que explica a variância em 8% do humor depressivo, este é tanto mais alto quanto mais baixo é o apoio social total. Estes resultados são corroborados pelos que foram encontrados no estudo preliminar com estudantes universitários (Estudo 1), que tendo a história familiar e as características actuais como preditores de humor depressivo, a vinculação e o apoio social explicam 17% e 9.7% da variância do humor depressivo (respectivamente), enquanto que os cuidados familiares explicam apenas 8% da variância do humor depressivo. Assim, os Estudos 1 e 2 permitem concluir que as características actuais de vinculação e apoio social são variáveis correlacionadas com o humor depressivo e que melhor o explicam, o que **confirma as hipóteses H3** (“A vinculação no adulto tem uma relação significativa com o humor depressivo na idade adulta”) e **H4** (“O apoio social tem uma relação significativa com o humor depressivo na idade adulta”). Esta conclusão vai de encontro ao que a literatura evidencia, nomeadamente que a falta de suporte contínuo nas relações próximas, em termos de vinculação e apoio social, aumenta a vulnerabilidade à depressão (Hammen, Henry, & Daley, 2000) e que os sujeitos com vinculação ansiosa ou evitante são os que têm maior risco de sofrer de depressão (Batgos & Leadbeater, 1993; Diamond & Blatt, 1994).

No que concerne aos efeitos mediadores da Vinculação ou do Apoio Social entre os cuidados familiares ao longo do desenvolvimento e o humor depressivo no adulto, testados no estudo com deprimidos (Estudo 2), não foi possível confirmar que esta relação (cuidados tidos e humor depressivo) é mediada pelas características actuais, pois não se pode testar o efeito mediador entre variáveis que não se se revelam preditoras de humor depressivo (das experiências ao longo do desenvolvimento para o humor depressivo), pelo que **não se confirmam as hipóteses H5** (“A vinculação tem um efeito mediador entre as experiências familiares ao longo do desenvolvimento e o humor depressivo na idade adulta”) e **H6** (“o apoio social tem um efeito mediador entre as experiências familiares ao longo do desenvolvimento e o humor depressivo na idade adulta”) **na amostra de deprimidos**. Estas duas hipóteses foram também testadas no

estudo preliminar com a amostra de estudantes universitários (Estudo 1), no qual (tendo-se confirmado que a vinculação e apoio social são preditores de humor depressivo) se concluiu que as três dimensões de vinculação em estudo (*conforto com a proximidade, confiança nos outros e ansiedade*) e o apoio social existente não são factores mediadores entre as experiências de cuidados familiares anteriores e o humor depressivo. Assim, **as hipóteses H5 e H6 não são confirmadas no Estudo 1 com estudantes universitários**, ou seja, não há efeito mediador, quer da vinculação, quer do apoio social, entre as experiências ao longo do desenvolvimento e o humor depressivo na idade adulta. Pensamos que o recurso a um maior número de sujeitos deprimidos poderá contribuir para analisar o potencial efeito mediador que postulamos como existente entre as experiências familiares tidas no desenvolvimento (diátese) e o humor depressivo em adultos, como é sugerido também na literatura (e.g., Ingram & Luxton, 2005).

A inclusão de um estudo em dois momentos de avaliação aos mesmos participantes (Estudo 3), relativo ao teste de estabilidade temporal do relato em deprimidos, evidenciou que o *Instrumento do Historial Familiar* (IHF) é um material sujeito a pouca variabilidade nas respostas aos itens das várias subescalas, mesmo com sujeitos deprimidos (que conceptualmente aumentariam o risco de enviesamento mnésico), o que é um bom indicador de confiabilidade teste-reteste. Os Índices de Cuidados Paternos, Cuidados Maternos e de Ambiente Familiar e as respectivas subescalas constituintes não revelaram diferenças significativas ao fim de 1 ano, pelo que se **confirma a H7**, ou seja, *o relato em dois momentos diferentes de avaliação das mesmas experiências familiares no desenvolvimento não é influenciado pelo estado de humor depressivo*. Esta componente de carácter longitudinal incluída neste estudo, ao investigar e comparar as respostas de sujeitos deprimidos numa segunda fase, particularmente no que se refere à estabilidade do relato mesmo com alterações significativas do estado de humor, indica a validade dos relatos e exclui a possibilidade de distorção dos mesmos por influência do humor depressivo.

A comparação de sujeitos “deprimidos” com “não-deprimidos” no último estudo desta investigação (Estudo 4) permitiu constatar que os “deprimidos” relatam sempre piores cuidados paternos, cuidados maternos e de ambiente familiar do que os “não-deprimidos”, o que confirmou a hipótese H8 (*“existem diferenças nas experiências familiares relatadas por sujeitos “deprimidos” e “não-deprimidos”, sendo que as experiências mais adversas têm maior probabilidade de pertencer ao grupo “deprimidos”*). Esta mesma constatação foi também encontrada quando se comparou as amostras de deprimidos com estudantes universitários (cf. Estudo 2). Considerando a avaliação do risco de pertença ao grupo “deprimido”, efectuada no

Estudo 4, conclui-se também que o risco de pertencer aos sujeitos com depressão adulta é tanto maior quanto mais inadequados foram os cuidados maternos no desenvolvimento. Por outras palavras, a vulnerabilidade em estar deprimido na idade adulta é aumentada quando existiram piores cuidados maternos (em particular de “respeito físico e emocional da mãe”) ao longo do desenvolvimento. Estes resultados, na sua globalidade, **confirmam a hipótese H8**.

Relativamente às características actuais e em particular à vinculação, os resultados obtidos nas amostras emparelhadas (Estudo 4) mostram diferenças marginalmente significativas entre os “deprimidos” e “não-deprimidos” para as dimensões *Ansiedade* e *Confiança nos Outros*. Estes **resultados apoiam, de forma marginal, a hipótese H9** (“*sujeitos deprimidos têm valores mais elevados nas dimensões de vinculação no adulto inseguras do que sujeitos não-deprimidos*”), mas não são conclusivos para uma confirmação segura da mesma, pelo que mais estudos são necessários, recorrendo, eventualmente a um maior número de sujeitos, ou então através de estudos longitudinais.

Ainda sobre as características actuais, mas agora em relação ao apoio social, o estudo com as amostras emparelhadas (Estudo 4) **confirmou a hipótese H10**, ou seja, *sujeitos “deprimidos” apresentam menores valores de apoio social na idade adulta do que sujeitos “não-deprimidos”*. Daqui se conclui que o apoio social é um importante factor que afecta o humor e vulnerabiliza à depressão (e.g., Bifulco et al., 2006; Gathercole, 2004; Lee, 2008). Um apoio social no adulto diminuído face aos contextos de vida e adversidades actuais podem tornar-se um factor que favorece o risco de depressão (Horton & Wallander, 2001). Assim, a qualidade das relações interpessoais pode influenciar positivamente a capacidade para enfrentar ou ultrapassar as adversidades (Zavashi, 2003).

No seu conjunto, os resultados obtidos relativos aos sujeitos deprimidos são consistentes com as evidências de outros autores (e.g., Heim & Nemeroff, 2001) quando apontam a cronicidade das experiências adversas e stressoras (principalmente quando vividas na infância), como importantes factores que contribuem para a depressão no adulto, pelo que outros e mais estudos que avaliem a duração e frequência de cada uma das EAI são recomendados.

4. Limitações e Considerações Metodológicas

As amostras universitária, clínica e não-deprimida como as que foram apresentadas neste trabalho, apesar de terem dado um importante contributo para a compreensão da depressão no adulto, não são representativas da população portuguesa. Recomenda-se, em futuros estudos, o recurso a amostras maiores, que se considera indispensáveis para verificar os resultados em relação às experiências mais marcantes para a vulnerabilidade na idade adulta à depressão.

Todos os estudos neste trabalho avaliaram o relato que os participantes fazem das suas experiências familiares, cujo método utilizado foi o do auto-relato. Este aspecto é uma limitação desta investigação, pois não foi possível determinar se as experiências relatadas correspondem ou não à efectiva realidade. Como não foram usadas outras fontes de informação para confirmar o relato dos sujeitos, não é possível determinar se os dados relatados reflectem experiências reais ou apenas uma apreciação que os sujeitos actualmente fazem das suas experiências anteriores. Esta limitação é frequente nos estudos retrospectivos (Brewin, Andrews & Gotlib, 1993; McCutcheon, Heath, Nelson, Bucholz, Madden & Martin, 2008). Segundo estes autores, a validade dos estudos retrospectivos sobre experiências adversas no desenvolvimento é ainda controversa e ambígua devido à disparidade de resultados. A literatura tem apontado para o facto de que os estudos retrospectivos sobre o abuso podem ser influenciados por erros de reminiscência e enviesamento mnésico, o que pode afectar a prevalência resultante (e.g., Fergusson, Horwood, & Woodward, 2000; Widom, Raphael & Dumont, 2004). Para melhor perceber a importância das experiências adversas anteriores para a saúde mental e funcionamento do adulto, são necessários outros *designs* de investigação, nomeadamente os prospectivos, para ultrapassar estas limitações e compreender as consequências destas experiências. Em futuras investigações, o recurso ao contacto com familiares directos ou o acréscimo de entrevista estruturada relativa às experiências no desenvolvimento pode oferecer uma oportunidade acrescida de inquirir os sujeitos acerca do seu passado, já que beneficiará a eliciação de memórias autobiográficas específicas, em vez de uma quantificação global baseada num julgamento particular. A exploração de pistas contextuais e sensoriais que envolve o relato numa entrevista oferece um valor significativo para a fiabilidade do relato (Henry et al., 1994). Note-se, no entanto, que os nossos resultados apontam para uma boa fiabilidade na avaliação dos relatos das experiências familiares (cf. Estudo 3), já que o instrumento foi baseado em perguntas objectivas e específicas relativas às memórias autobiográficas tidas na família-de-origem.

Uma outra limitação deste trabalho de investigação é o facto de que as situações e contextos de vida actual não terem sido descritos e analisados em cada uma das amostras utilizadas, pelo que a relação entre os contextos actuais específicos e o humor, assim como a relação destes com os relatos daí resultantes não foram caracterizados. Em futuros estudos, analisar e determinar as relações entre as situações de vida actuais, as experiências ao longo do desenvolvimento e as características actuais darão um importante contributo para a clarificação dos resultados e evidências encontradas nos estudos efectuados nesta investigação.

5. Implicações para Futuras Investigações e Prática Clínica

Este trabalho, ao analisar particularmente cada uma das experiências ao longo do desenvolvimento tidas com o pai, mãe e considerando o ambiente familiar em diferentes amostras, dá um contributo para futuras investigações que pretendam desenvolver planos de prevenção na infância e de formação educacional de pais como formas de prevenção de depressão na idade adulta. Pensamos também que este trabalho contribui para um visão prioritária relativa à prevenção e promoção da saúde mental, com programas concebidos e englobados em estratégias de saúde pública que ajudam a evitar perturbações na vida adulta, reduzir o estigma associado à depressão e melhorar o ambiente social e económico da sociedade, e, conseqüentemente, do país (WHO, 2003, 2007). A formação de pais, as oportunidades de partilhar tempo e experiências com os seus filhos, os serviços de apoio e mediação familiar, a formação integral de crianças, adolescentes e jovens, assim como a atenção às características das relações interpessoais e de apoio social expostos ao longo deste trabalho são áreas de actuação com enorme potencial para a criação de políticas de saúde pública (para crianças, famílias e adultos). A acção preventiva em termos de saúde pública é uma parte também integrante da prática em saúde, pois o Técnico Superior de Saúde, para além de tratar a doença, tem o papel também de manter a saúde (Gordis, 2000). Enfatiza-se a relevância do tema desta investigação, considerando que a OMS (e.g., WHO, 2003) tem vindo a dispensar uma atenção cada vez maior às questões que são abordadas neste trabalho de investigação.

Dada a significativa relação entre as experiências adversas ao longo do desenvolvimento e depressão na idade adulta, não só evidenciada pelos resultados do nosso trabalho, mas também pelos múltiplos estudos realizados internacionalmente (e.g., Dube, Felliti, & Anda, 2002; Felliti, 2002; Zavashi, 2003; Holmes & Sammel, 2005; Schotte et al., 2006; Moskvina et al., 2007), as conclusões que retiramos apoiam os argumentos de que a visão interpessoal assente numa perspectiva de diátese-stress (e.g., Ingram & Luxton, 2005), é a mais adequada para compreender a depressão, contribuindo para a identificação de factores de prevenção e intervenção no adulto deprimido. Esta constatação sugere que o alvo de diagnóstico, avaliação e intervenção face a uma perturbação depressiva deve ser mais uma concepção desenvolvimental e interpessoal de diátese-stress do que centrada apenas na sintomatologia clínica. Neste sentido, actuando apenas sobre os sintomas, não se lida com a causa da doença, enquanto que uma abordagem interpessoal de diátese-stress, considerando os contextos de desenvolvimento e actuais (e.g., estilo de vinculação e apoio social), permite uma actuação mais válida e eficaz sobre as relações causais desses mesmos sintomas. Esta análise interpessoal e desenvolvimental, com foco no presente (pois é onde o indivíduo pode actuar para provocar mudanças) beneficia a pessoa nos contextos onde ela se desenvolve, contribuindo de forma mais eficaz para a compreensão da psicopatologia depressiva e sua resolução. A vulnerabilidade não pode, pois, ser compreendida sem ter em consideração as experiências anteriores, nem a mudança acontece sem ter em atenção as características e actuação actual, pelo que só uma visão interpessoal da forma como a psicopatologia depressiva se desenvolve favorece o diagnóstico, plano de intervenção e tratamento. Esta perspectiva vai ao encontro das evidências dos resultados encontrados pelo *ACE Study* (Ace Reporter, 2006), do modelo biopsicossocial apresentado por George Engel (Ace Reporter, 2006) e do modelo de diátese-stress de Gathercole (2004). Para além desta constatação, e considerando a importância do apoio social actual, importa salientar, a título de exemplo, que a eficácia da psicoterapia interpessoal, desenvolvida para tratamento da depressão com estudos clínicos randomizados por Klerman, Chevron e Weissman (1984, cit. Crowe & Luty, 2005), e já bem demonstrada (cf. Ravitz, 2003), coloca o foco da intervenção nas características actuais, cuja formulação clínica centra-se nas relações interpessoais do presente (Mello, Mari, Bacaltchuck, Verdelli & Neugebauer, 2004).

Lavoisier defendeu que, na natureza, nada se perde e tudo se transforma, pelo que o Ser Humano, sendo parte integrante dessa natureza, está sujeito a alterações e transformações como um todo devido à experiência. Assim, à guisa de conclusão, e por tudo o que ficou dito, considerando a conceptualização transversal de diátese-stress que este trabalho se afilia, a etiologia da depressão é de natureza multifactorial, sendo que é a combinação entre a história das experiências acumuladas na interacção com o mundo com os contextos actuais de vida que tornam o indivíduo resiliente ou vulnerável à depressão. São, no entanto, as características e os contextos actuais (e.g., estilo de vinculação e tipo e qualidade de apoio social) que tornam o conceito de vulnerabilidade à depressão um conceito relativo, o que explica as diferenças entre os indivíduos quando, perante um mesmo facto, uns deprimem e a maioria não.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abercrombie, E.D., & Zigmond, M.J. (1995). Modification of central catecholaminergic systems by stress and injury. In F. Bloom, & D. Kupfer (eds.), *Psychopharmacology. The Fourth Generation of Progress* (pp. 355-361). New York: Raven Press.
- Abuná, L.J.S., & Carvalho, A.M.P. (2005). Maltrato infantil por agresores bajo efecto del alcohol. *Revista Latino-americana de Enfermagem, Set-Out* (13), pp. 827-835.
- ACE Reporter (2006). Depression and Suicide. *Findings of the Adverse Childhood Experiences Study*, 3 (I), Winter, pp. 1-9.
- Agid, O., Shapira, B., Zislin, J., Risner, M., Hanin, B., Murad, H., Troudart, T., Bloch, M., Heresco-Levy, U., & Lerer, B. (1999). Environment and Vulnerability to Major Psychiatric Illness: a case-control study of early parental loss in major depression, bipolar disorder and schizophrenia. *Molecular Psychiatry*, 4, 163-172.
- Ainsworth, M.D.S. (1963). The development of infant-mother interaction among Uganda. In B. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior* (pp. 67-104). New York: Wiley.
- Ainsworth, M.D.S. (1964). Patterns of attachment behavior shown by the infant in interaction with his mother. *Merrill Palmer Quarterly*, 10, 51-58.
- Ainsworth, M.D.S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- 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.
- Alexander, P.C. (1993). The differential effects of abuse characteristics and attachment in the prediction of long-term effects of sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 346-362.
- Allgöwer, A., Wardle, J., & Steptoe, A. (2001). Depressive Symptoms, Social Support, and Personal Health Behaviours in Young Men and Women. *Health Psychology*, 20 (3), 223-227.
- Allman, J., & Brothers, L. (1994). Faces, Fear and the Amygdala. *Nature*, 64, 613-614.
- Almeida, A. V., & Falcão, J.T.R. (2008). Piaget e as Teorias da Evolução Orgânica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21 (3), 525-532.
- Almeida, T., & Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (2ª ed). Braga: Psiquilíbrios.
- Amato, P.R. (1991). Parental Absence during childhood and depression in later life. *The Sociological Quarterly*, 32, 4, 543-556.

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anaut, M. (2005). *A resiliência: ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Anda, R.F., Fleisher, V., Felitti, V.J., Edwards, V.J., Whitfield, C.L., Dube, S.R., & Williamson, D.F. (2004). Childhood abuse, household dysfunction, and indicators of impaired adult worker performance. *The Permanente Journal*, 8 (1), 30-38.
- Anda, R.F., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., Chapman, D., Edwards, V.J., Dube, S.R., & Williamson, D.F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services*, 53 (8), 1001-1009.
- Andrade, S.A., Santos, D.N., Bastos, A.C., Pedromônico, M.R.M., Almeida-Filho, N., & Barreto, M.L. (2005). Ambiente Familiar e Desenvolvimento Cognitivo Infantil: Uma Abordagem Epidemiológica. *Revista de Saúde Pública*, 39 (4), 606-611.
- Antunes, C., & Fontaine, A.M. (1994/95). Diferenças na Percepção de Apoio Social na Adolescência: Adaptação da escala Social Support Appraisals - SSA. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 10/11, 115-127.
- Atkinson, L., & Zucker, K. (1997). *Attachment and Psychopathology*. Nova Iorque: Guilford Press.
- Azevedo, M.C., & Maia, A.C. (2006). *Maus-Tratos à Criança*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Baddeley, A. (1990). *Human Memory*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bahs, S. (1999). Depressão: Uma Breve Revisão dos Fundamentos Biológicos e Cognitivos. *Interação*, 3, 49-60.
- Baron, R.M., & Kenny, D.A. (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.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Bartlett, F.C. (1932). *Remembering: a study in experimental and social psychology*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Bastos, A. C., Urpia, A.C., Pinho, L., & Filho, N.M. (1999). O Impacto do Ambiente Familiar nos Primeiros Anos de Vida: Um Estudo com Adolescentes de uma invasão de Salvador, Bahia. *Estudos de Psicologia*, 4 (2), 239-271.
- Batgos, J., & Leadbeater, B.J. (1994). Parental attachment, peer relations, and dysphoria in adolescence. In M.B. Sperling, & W.H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: clinical and developmental perspectives* (pp. 155-178). New York: The Guilford Press.

- Baumrind, D. (1989). Rearing competent children, In W. Damon (ed.). *Child Development Today and Tomorrow* (pp. 349-378). San Francisco: Jossey-Bass.
- Baumrind, D. (1991). Effective Parenting During the Early Adolescent Transition, In P.A. Cowan, & M. Hetherington (eds.). *Family Transitions* (pp. 111-163). Hillsdale: NY Erlbaum.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T. (1979). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Plume Books.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Trad. Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, A.T., Ward, C.M., Mendelsohn, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-271.
- Bellis, M.D., Keschavan, M.S., Clark, D.B., Casey, B.J., Giedd, J.N., Boring, A.M., Frustaci, K., & Ryan, N.D. (1999). Developmental traumatology II: brain development. *Biological Psychiatry*, 45, 1271-1284.
- 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. Retirado de [www.min-saúde.pt] em 02/12/2002.
- Bhugra, D., & McKenzie, K. (2003). Expressed emotion across cultures. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9, 342-348.
- Bifulco, A. (2002). Attachment Style Measurement: A Clinical and Epidemiological Perspective. *Attachment & Human Development*, 4 (2), 180-188.
- Bifulco, A., & Moran, P. (1998). *Wednesday's Child*. London: Routledge.
- Bifulco, A., Brown, G.W., & Adler, Z. (1991). Early Sexual Abuse and Clinical Depression in Adult Life. *British Journal of Psychiatry*, 159, 115-122.
- Bifulco, A., Brown, G.W., Moran, P., Ball, C., & Campbell, C. (1998). Predicting Depression in Women: the Role of Past and Present Vulnerability. *Psychological Medicine*, 28, 39-50.
- Bifulco, A., Harris, T., & Brown, G.W. (1992). Mourning or early inadequate care? Reexamining the relationship of maternal loss in childhood with adult depression and anxiety. *Development and Psychopathology*, 4, 433-449.
- 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., & Lillie, A. (2002a). Adult Attachment Style. II: its relationship to psychosocial depressive-vulnerability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 60-67.
- Bifulco, A., Moran, P.M., Ball, C., Jacobs, C., Baines, R., Bunn, A., & Cavagin, J. (2002b). Childhood Adversity, Parental Vulnerability and Disorder: examining inter-generational transmission of risk. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 43 (8), 1075-1086.
- Birtchnell, J. (1993). Does recollection of exposure to poor maternal care in childhood affect later ability to relate? *British Journal of Psychiatry*, 162, 335-344.
- Bolte, G., & Kohlhuber, M. (2005). *Policy Interpretation Network on Children's Health and Environment – Final report socio-economic factors workpackage 5*. Directorate General Research of the European Commission.
- Bower, G.H., 1981. Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss (Vol. 1) Attachment*. London: Hogarth.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss (Vol. 2) Separation*. London: Hogarth.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss (Vol. 3) Loss, Sadness and Depression*. London: Hogarth.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. London: Routledge.
- Brewin, C.R., Andrews, B. & Gotlib, I.H. (1993). Psychopathology and Early Experience: a Reappraisal of Retrospective Reports. *Psychological Bulletin*, 113 (1), 82-98.
- Brewin, C.R., Firth-Cozens, J., Furnham, A., & McManus, C. (1992). Self-criticism in adulthood and recalled childhood experiences. *Journal of abnormal Psychology*, 101 (3), 561-566.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- Bronfenbrenner, U., & Evans, G. W. (2000). Developmental science in the 21st century: Emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. *Social Development*, 9 (1), 115-125.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon, & Richard M. Lerner (Eds.), *Handbook of Child Psychology, Vol. 1* (pp. 993-1027). New York: John Wiley.
- Bronisch, T. (2003). Depression and Suicidal Behaviour. *Crisis*, 24 (4), 179-180.

- Brown, G.W. (1988). Early Loss of Parent and Depression in Adult Life. In S. Fisher, & J. Reason (Eds.). *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Brown, G.W., & Bifulco, A. (1990). Motherhood Employment and the Development of Depression: a Replication of a finding? *British Journal of Psychiatry*, *156*, 169-179.
- Brown, G.W., & Harris, T.O. (1978). *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*. London: Tavistock Publications.
- Brown, G.W., & Harris, T.O. (1978). *Social Origins of Depression: A study of Psychiatric Disorder in Women*. London: Tavistock Publications.
- Brown, G.W., Bifulco, A., Veiel, H.O.F., & Andrews, B. (1990). Self-Esteem and Depression II: social correlates of self-esteem. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *25*, 225-234.
- Brueckner, E., Peter, H., Rufer, M., Bandelow, B., Dahme, B., Hand, I., & Mueller-Pfeiffer, C. (2008). Expressed emotion in the partners of a non-clinical adult sample: a comparison with relatives of patients with schizophrenia and depression. *German Journal of Psychiatry*, *11*, 84-90.
- Butzlaff, R.L., & Hooley, J.L. (1998). Expressed Emotion and Psychiatric Relapse. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 547-552.
- Canavarro, M.C.S. (1999a). Inventário de Sintomas Psicopatológicos - B.S.I. In M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol. 2). Braga: APPORT.
- Canavarro, M.C.S. (1999b). *Relações Afectivas e Saúde Mental*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M.C.S. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado e M. Gonçalves (Eds.). *Avaliação Psicológica. Instrumentos Validados Para a População Portuguesa, vol III*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M.C.S., 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), 155-187.
- Cankaya, B. (2002). *Psychosocial Factors, Maladaptive Cognitive Schemas, and Depression in Young Adults: an integration*. Tese de Mestrado não publicada: Faculty of Virginia Polytechnic Institute and State University.
- Capitanini, M. E. (2000). *Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em idosas vivendo sós*. Tese de Mestrado em Educação não publicada, Faculdade de Educação da UNICAMP, Campinas, São Paulo.

- Cardoso, R. M. (2000). Auto-regulação dos Sistemas Naturais. *Texto pormenorizado da lição síntese, para candidatura ao título de Agregado*. Porto: Material não publicado.
- Carneiro, R.S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z., & Prette, A. (2007). Qualidade de vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 20* (2), 229-237.
- Carnelley, K. B., Pietromonaco, P.R., & Jaffe, K. (1994). Depression, Working Models of Others and Relationship Functioning. *Journal of Personality and Social Psychology, 66* (1), 127-140.
- Carvalho, G., Lavouras, H., André, I., & Silva, L.S. (2004). *EU Masters in Health Promotion: Suporte Social*. Programa de ensino à distância e de e-learning em promoção da saúde na União Europeia ENSP- EUMAHP. Retirado em 11/02/2009 de <http://www.ensp.unl.pt/saboga/prosaude/eumahp>
- Cassidy, J. (1999). The nature of the child's tie. In J. Cassidy, & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 3-20). New York: Guildford.
- Castro, R. (1997). La investigacion sobre apoyo social en salud: situación actual e nuevos desafios. *Revista Saúde Pública, 31* (4): 425-35.
- Chapman, D.P., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., Dube, S.R., Edwards, V.J., & Anda, R.F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal Affective Disorder, 82*, 217-225.
- Cherlin, A., & Horiuchi, S. (1980). Retrospective reports of family structure. *Sociological Methods and Research, 8*, 454-469.
- Chevalier, A., & Feinstein, L. (2004). *The causal effect of education on depression*. Pre-liminary draft, non-published material.
- Cicchetti, D., & Toth, S.L. (1995). Development psychopathology and disorders of affect. In D. Cicchetti, & D.J. Cohen (Eds.). *Development psychopathology: risk, disorder and adaptation*, vol. 2 (pp.369-420). New York: University of Rochester Press.
- Cicchetti, M.J., Toth, S.L. (2001). The development of dissociation on maltreated preschool-aged children. *Developmental Psychology, 13* (2), 233-254.
- 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, 1711* (1), 142-154.
- Cohen, S. (2004). Social Relationships and health. *American Psychologist, 59*, 676-684.

- Collins, N.L., & Read, S.J. (1994). Cognitive Representations of Attachment: The Structure and Function of Working Models. In K. Bartholomew, & D. Perlman (Eds.), *Advances in Personal Relationships* (vol. 5, pp.53-90). London: Jessica Kingsley.
- Conselleria de Benestar Social (2007). La Familia: Su Importancia En La Crianza y en el desarrollo personal y social de los hijos. In *II Plan Integral de La Familia e Infancia de la Comunitat Valenciana 2007-2010*. Generalitat Valenciana.
- Cordeiro, J. Claudino, M., & Arriaga, M. (2006). Depressão e Suporte Social em Adolescentes e Jovens Adultos. *Revista Iberoamericana de Educación*, 39, 1-9.
- Coyne, J.C., & Downey, G. (1991). Social factors and psychopathology: stress, social support and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 42, 401-425.
- 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.
- Cozzarelli, C., Karafa, J. A., Collins, N. L., & Tagler, M. J. (2003). Stability and change in adult attachment styles: Associations with personal vulnerabilities, life events, and global construals of self and others. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22, 315-346.
- Cronkite, R.C., & Moos, R.H. (1995). Life Context, Coping Processes and Depression. In E.E. Beckham, & W.R. Leber (Ed.), *Handbook of Depression (2nd ed)*. New York: The Guilford Press.
- Crowe, M., & Luty, S. (2005). The Process of Change in Interpersonal Psychotherapy (IPT) for Depression: A Case Study for the New IPT Therapist. *Psychiatry*, 68 (1), 43-77.
- Cummings, E.M. (1995). Security, Emotionality, and Parental Depression: A Commentary. *Development Psychology*, 31 (3), 425-427.
- Cyrułnik, B. (2003). *Resiliência: essa inaudita capacidade de construção humana*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Czéh, B., Michaelis, T., Watanabe, T., Frahm, J., de-Biurrun, G., & Van-Kampen, M. (2001). Stress-induced changes in cerebral metabolites, hippocampal volume, and cell proliferation are prevented by antidepressant treatment with tianeptine. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 98, 12796-12801.
- Damáso, A. (2003). *Ao Encontro de Espinosa*. Lisboa: Publicações Europa-América.
- Danese, A., Moffitt, T.E., Harrington, H., Milne, B.J., Polanczyk, G., Pariante, C.M., Poulton, R., & Caspi, A. (2009). Adverse childhood experiences predict adult risk factors for age-related disease: Depression, inflammation, and clustering of metabolic risk markers. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163, 1135-1143.

- Darling, N. (1999). *Parenting Styles and its correlates*. Eric Digest EDO EDO-PS-99-3.
- Davidson, R.J., Pizzagalli, D., Nitschke, J.B., & Putnam, K. (2002). Depression: Perspectives from affective Neuroscience. *Annual Review Psychology, 53*, 545-574.
- Davila, J., Burge, D., & Hammen, C. (1997). Why does Attachment Style Change?. *Journal of Personality and Social Psychology, 73* (4), 826-838.
- Dawson, G., & Ashman, S.B. (2000). On the Origins of a Vulnerability to Depression: The Influence of the Early Social Environment on the Development of Psychobiological Systems Related to Risk for Affective Disorder. In C.A. Nelson (Ed.). *The Effect of Early Adversity in Neurobehavioral Development. The Minnesota Symposia on Child Psychology (vol. 31)*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Deitz, J. (1989). The Evolution of the Self-Psychological Approach to Depression. *American Journal of Psychotherapy, XLIII* (4), 494-505.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90: Administration, Scoring and Procedures Manual-I for the revised version*. John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit, Baltimore.
- Derogatis, L.R. (1982). *BSI: Brief Symptom Checklist*. Minneapolis: National Computers Systems.
- Derogatis, L.R., & Cleary, P.A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validity. *Journal of Clinical Psychology, 33*, 981-989.
- Diamond, D., & Blatt, S.J. (1994). Internal working models of attachment and psychoanalytic theories of the representational world: A comparison and critique. In M. Sperling, & W. Berman (Eds.), *Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives* (pp. 72-97). New York: Guilford Press.
- Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Chapman, D., Williamson, D.F., & Giles, W.H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from Adverse Childhood Experiences Study. *Journal of the American Medical Association, 286*, 3089–3096.
- Dube, S.R., Felitti, V.J., & Anda, R.F. (2002). The health and social impact of adverse childhood experiences: findings from the ACE Studies. *The Newsletter of the BC Institute Against Family Violence, 9* (11), 8-10.
- Edwards, V.J., Holden, G.W., Felitti, V.J., & Anda, R.F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the Adverse Childhood Experiences Study. *American Journal of Psychiatry, 160* (8), 1453-1460.

- EFPA – European Federation of Psychological Associations (2005). *Efpa Review Model for the description and evaluation of psychological tests (updated and revised)*. Version 3.4r de 8/11/2005.
- Englund, M.M., Luckner, A.E., Whaley, G., & Egeland, B. (2004). Children's Achievement in Early Elementary School: Longitudinal Effects of Parental Involvement, Expectations, and Quality of Assistance. *Journal of Educational Psychology, 96*(4), 723-730.
- Enns, M.W., Cox, B.J. & Larsen, D.K. (2000). Discrepancies between self and observer ratings of depression: The relationship with demographic, clinical and personality variables. *Journal of Affective Disorders, 60*, 33-41.
- Erbolato, R. M. P. L. (2001). *Contatos sociais: relação de amizade em três momentos da vida adulta*. Tese de Doutorado em Psicologia não publicada, Centro de Ciências da Vida da PUCCAMP, Campinas, SP.
- Essex, M.J., Klein, M.H., Cho, E., & Kalin, N.H. (2002). Maternal stress beginning in infancy may sensitize children to later stress exposure: Effects on cortisol and behavior. *Biological Psychiatry, 52*, 776–784.
- Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (1998). *Tratado de Psiquiatria* (8ªed). Barcelona: Masson.
- Ezquiaga E, García A., Pallarés T., & Bravo M.F. (1999). Psychosocial predictors of outcome in major depression: a prospective 12-month study. *Journal of Affective Disorders, 52* (1-3), 209-16.
- Fabiani, M., Stadler, M.A., & Wessels, P.M. (2000). True but not false memories produce a sensory signature in human lateralized brain potentials. *Journal of Cognitive Neuroscience, 12* (6), 941-949
- Feldman, R.D., Papalia, D.E., & Olds, S.W. (2001). *O Mundo da Criança*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Felitti, V.J. (2002). The relationship of adverse childhood experiences to adult health: turning gold into lead. *The Permanente Journal, 6* (1), 44-47.
- Fendrich, M., Warner, V., & Weissman, M.M. (1990). Family Risk Factors, Parental Depression, and Psychopathology in Offspring. *Development Psychology, 26* (1), 40-50.
- Fendrich, M., Warner, V., & Weisman, M.M. (1990). Family risk factors, parental depression, and psychopathology in offspring. *Developmental Psychology, 26*, 40-50.
- Ferguson, S., Blakely, T., Allan, B., & Collings, S. (2003). *Suicide Rates in New Zealand. Exploring Associations with Social and Economic Factors*. Wellington, New Zealand: Public Health Consultancy, Department of Public Health, Wellington School of Medicine and Health Sciences, University of Otago.

- Fernández, A., & Díez, E. (2001). Memoria y distorsión. In A. Sanchez Cabaco, & M.S. Beato (Eds.), *Psicología de la memoria: ámbitos aplicados* (pp.159-170). Madrid: Alianza.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS*. London, UK: SAGE Publications, Ltd.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B.W. (2003a). *Entrevista Clínica Estructurada para as Perturbações do DSM-IV Eixo I*. Trad. A. Maia. Material não publicado. Braga: Universidade do Minho.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B.W. (2003b). *Entrevista Clínica Estructurada para as Perturbações do DSM-IV Eixo II*. Trad. A. Maia. Material não publicado. Braga: Universidade do Minho.
- Fisher, P., Gunnar, M., Chamberlain, P., & Reid, J. (2000). Preventive intervention for maltreated preschool children: Impact on children's behavior, neuroendocrine activity, and foster parent functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 1356-1364.
- Fleming, J., Mullen, P.E., Sibthorpe, B., & Bammer, G. (1999). The Long-Term Impact of Childhood Sexual Abuse in Australian Women. *Child Abuse & Neglect, 23* (2), 145-159.
- Gallo, J.J., Armenian, H.K., Ford, D.E., Eaton, W.W., & Khachaturian, A.S. (2000). Major depression and cancer: the 13 year follow-up of the Baltimore epidemiologic catchment area sample (United States). *Cancer Causes Control, 11*, 751-758.
- Gathercole, M. (2004). Development and Exploration of a New Model for Understanding Depression. *The Australian Journal of Counselling Psychology, 4* (5), 7-17.
- Gauquelin, M., & Gauquelin, F. (Eds.) (1987). *Dicionário de Psicologia: as ideias, as obras, os homens*. Lisboa: Edições Verbo.
- Gauthier, L., Stollak, G., Messé, L., & Aronoff, J. (1996). Recall of Childhood Neglect and Physical Abuse as Differential Predictors of Current Psychological Functioning. *Child Abuse & Neglect, 20* (7), 549-559.
- George, L.K., Blazer, D.G., Hughes, D.C., & Fowler, N. (1989). Social support and the outcome of major depression *The British Journal of Psychiatry, 154*, 478-485.
- Glaser, D. (2000). Child Abuse and Neglect and the Brain – A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41* (1), 97-116.
- Gleitman, H., Fridlund, A.J., & Reisberg, D. (2007). *Psicologia* (7ªed). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Goes, A. (2004). *Projecto de Promoção da Saúde Mental e Prevenção das Toxicodependências na Gravidez e Primeira Infância: Diagnóstico de situação*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Gomide, P., Salro, C., Pinheiro, D., & Sabbag, G. (2005). Correlação entre práticas educativas, depressão e habilidades sociais. *Psico-USF*, 10 (2), 169-178.
- Goodyer, I.M. (1995). The epidemiology of depression in childhood and adolescence. In F.C. Verhulst, & H.M. Koot (ed.). *The Epidemiology of Child and Adolescent Psychopathology*. Oxford Medical Publications.
- Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale déchantillons de la population. *Courier*, 6, 455.
- Griep, R.H., Chor, D., Faerstein, E. (2003). Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no estudo pró-saúde. *Cadernos de Saúde Publica*, mar./abr, 19 (2), 625-634.
- Grinberg, L. (2000). *Culpa e Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Guidano, V., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- Guidano, V.F. (1987). *Complexity of the Self: a development approach to psychopathology and therapy*. New York: Guilford Press.
- Guidano, V.F. (1991). *The self in process: toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Gunnar, M., & Quevedo, K. (2007). The Neurobiology of Stress and Development. *Annual Review of Psychology*, 58, 145-173.
- Haefel, G.J., & Grigorenko, E. (2007). Cognitive Vulnerability to Depression: exploring risk and resilience. *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16, 435-448.
- Hale III, W., Raaijmakers, Q., Gerlsma, C., & Meeus, W. (2007). Does the level of expressed emotion (LEE) questionnaire have the same factor structure for adolescents as it has for adults?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 215-220.
- Hammen, C., & Mazure, C.M. (2003). Symposium: Understanding the interaction of stress and gender in the prediction of major depression - Introduction. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 3-4.
- Hammen, C., Henry, R., & Daley, S.E. (2000). Depression and Sensitization to Stressors Among Young Women as a Function of Childhood Adversity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 782-787.
- Hane, A.A., & Fox, N.A. (2006). Ordinary Variations in Maternal Caregiving of Human Infants Influence Stress Reactivity. *Psychological Science*, 17, 550-556.

- Hankin, B.L., & Abela, J.R.Z. (2005). Depression from childhood through Adolescence and Adulthood: a developmental vulnerability and stress perspective. In Benjamin L. Hankin & J. R.Z. Abela (eds.), *Development of Psychopathology: A Vulnerability-Stress Perspective*. USA: Sage Publications.
- Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of Adult Retrospective Reports of Adverse Childhood Experiences: review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45* (2), 260-273.
- Harter, S.L., & Taylor, T.L. (2000). Parental Alcoholism, child abuse and adult adjustment. *Journal of Substance Abuse*, *11* (1), 31-44.
- Harvey, D.M., & Bray, J.H. (1991). Evaluation of an intergenerational theory of personal development: family process determinants of psychological and health distress. *Journal of Family Psychology*, *4*, 298-325.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1990). Love and work: An attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*, 270-280.
- Heene, E., Raedt, R.D., Buysse, A., & Oost, P.V. (2008). Does Negative Mood Influence Self-Report Assessment of Individual and Relational Measures? An Experimental Analysis. *Assessment*, *14* (1), 86-93.
- Heim, C., & Nemeroff, C.B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, *49*, 1023-1039.
- Henry, B., Moffitt, T.E., Caspi, A., Langley, J., & Silva, P.A. (1994). On the "Remembrance of Things Past": A Longitudinal Evaluation of the Retrospective Method. *Psychological Assessment*, *6* (2), 92-101.
- Hill, J., Pickles, A., Burnside, E., Byatt, M., Rollinson, L., & Davis, R. (2001). Child Sexual Abuse, Poor Parental Care and Adult Depression: evidence for different mechanisms. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *179*, 104-109.
- Hinrichsen, G.A., & Pollack, S. (1997). Expressed emotion and the course of late-life depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *106* (2), 336-340.
- Hojat, M. (1998). Satisfaction with early relationships with parents and psychosocial attributes in adulthood: which parent contributes more?. *The Journal of Genetic Psychology*, *159* (2), 203-220.
- Holmes, D. (1990). The evidence for repression: an examination of sixty years of research. In J. Singer (ed.), *Repression and Dissociation: Implications for Personality, Theory, Psychopathology and Health* (pp. 85-102). University of Chicago Press: Chicago.

- Holmes, W., & Sammel, M.D. (2005). Brief communication: physical abuse of boys and possible associations with poor adult outcomes. *Annals of Internal Medicine*, *143* (8), 581-586.
- Horowitz, L.M. (2004). *Interpersonal Foundations of Psychopathology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Horton, T.V., & Wallander, J.L. (2001). Hope and Social Support as Resilience Factors Against Psychological Distress of Mothers Who Care for Children With Chronic Physical Conditions. *Rehabilitation Psychology*, *46* (4), 382-399.
- Huurte, T., Eorola, M., Rahkonen, O., & Aro, H. (2006). Does Social Support Affect the Relationship Between Socioeconomic Status and Depression? A Longitudinal Study from Adolescence to Adulthood. *Journal of Affective Disorders*, *100* (1-3), 55-64.
- Infrasca, R. (2003). Childhood adversities and adult depression: an experimental study on childhood depressogenic markers. *Journal of Affective Disorders*, *76*, 103-111.
- Ingram, R.E., & Luxton, D.D. (2005). Vulnerability-Stress Models. In Benjamin L. Hankin, & J. R.Z. Abela (eds.), *Development of Psychopathology: A Vulnerability-Stress Perspective*. USA: Sage Publications.
- Jacobvitz, D., & Bush, N.F. (1996). Reconstructions of Family Relationships: Parent-Child Alliances, Personal Distress, and Self-Esteem. *Developmental Psychology*, *32* (4), 732-743.
- Jarmas, A.L., & Kazak, A.E. (1992). Young adult children of alcoholic fathers: depression experiences, coping styles and family systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60* (2), 244-251.
- Johnson, J., McGeoch, P.G., Caskey, V.P., Abhary, S.G., Sneed, J.R., & Bornstein, R.F. (2005). The developmental psychopathology of personality disorders. In Benjamin L. Hankin, & J. R.Z. Abela (eds.), *Development of Psychopathology: A Vulnerability-Stress Perspective*. USA: Sage Publications.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E.M., & Berstein, D.P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, *56* (7), 600-606.
- Joiner Jr., T.E., Pettit, J.W., & Rudd, M.D. (2004). Is there a Window of Heightened Suicide Risk If Patients Gain Energy in the Context of Continued Depressive Symptoms?. *Professional Psychology: Research and Practice*, *35* (1), 84-89.
- Kaelber, C.T., Moul, D.E., & Farmer, M.E. (1995). Epidemiology of depression. *American Journal of Psychiatry*, *159*, 1427-1429.

- Kendler, K.S., Myers, J., & Prescott, C.A. (2005). Sex Differences in the Relationship Between Social Support and Risk for Major Depression: A Longitudinal Study of Opposite-Sex Twin Pairs. *American Journal of Psychiatry*, *172*, 250-256.
- Kendler, K.S., Sheth, K., Gardner, C.O., & Prescott, C.A. (2002). Childhood parental loss and risk for first-onset of major depression and alcohol dependence: the time-decay of risk and sex differences. *Psychological Medicine*, *32*, 1187-1194.
- Kessler, R.C. (2000). Epidemiología psiquiátrica: algunos avances recientes y futuras orientaciones. *Bulletin of the World Health Organization*, *78* (4): 464-474.
- Klein, D.N., Lewinsohn, P.M., Rohde, P., Selley, J.R., & Olino, T.M. (2005). Psychopathology in the adolescent and young adult offspring of a community sample of mothers and fathers with major depression. *Psychological Medicine*, *35*, 353-365.
- Knisely, J.E., & Northouse, L. (1994). The Relationship Between Social Support, Help-Seeking Behaviour and Psychological Distress in Psychiatric Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, *8* (6), 357-365.
- Kobak, R.R., & Hazan, C. (1991). Attachment in marriage: effects of security and accuracy in working models. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*, 861-869.
- Korkeila, K., Korkeila, J., Varhtera, J., Kivimäki, M., Kivela, S.L., Sillanmäki, L., & Koskenvuo, M. (2005). Childhood adversities, adult risk factors and depressiveness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *40*, 700-706.
- Kraaij, V., Arensman, E., & Spinhoven, P. (2002). Negative life events and depression in elderly persons: A Meta-Analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, *57B* (1), 87-94.
- Kubiak, S.P. (2005). Trauma and cumulative adversity in women of a disadvantage social location. *American Journal of Orthopsychiatry*, *75* (4), 451-465.
- Ladd, C. O., Huot, R. L., Thirivikraman, K. V., Nemeroff, C. B., Meaney, M. J., & Plotsky, P. M. (2000). Long-term behavioral and neuroendocrine adaptations to adverse early experience. *Progress in Brain Research*, *122*, 81-103.
- Lara, M. E., Klein, D.N.K., & Karen, L. (2000). Psychosocial Predictors of the Short-term Course and Outcome of Major Depression: A longitudinal Study of a Non-clinical Sample with Recent-Onset Episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, *109* (4), 644-650.

- Lee, E.J. (2003). *The Attachment System throughout the Life Course: Review and Criticism of Attachment Theory*. *Online repository on Personality Research*, Rochester Institute of Technology, retirado em 4 de Junho, 2009 de: <http://www.personalityresearch.org/papers/lee.html>
- Lee, J. (2008). *Social Support Structure, Quality of Support and Depression*. ASA Meeting. The University of Texas at Austin.
- Lemperière, T. (1996). *Aspects évolutifs de la dépression*. Paris: Masson.
- Leskelä U., Rytsälä H., Komulainen E., Melartin T., Sokero P., Lestelä-Mielonen P., & Isometsä E. (2006). The influence of adversity and perceived social support on the outcome of major depressive disorder in subjects with different levels of depressive symptoms. *Psychology Medicine*, *36* (6), 779-788.
- Liem, J.H., & Boudewyn, A.C. (2000). Contextualizing the effects of childhood Sexual Abuse on Adult self and social functioning: an attachment theory perspective. *Child Abuse & Neglect*, *23* (11), 1141-1157.
- Lin, Nan, Ye, & Ensel, W.M. (1999). Social Support and Depressed Mood. *Journal of Health and Social Behaviour*, *40* (4), 344-359.
- Lindelov, M. (1999). Parent-child interaction and adult depression: A prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *100*, 270-278.
- Lindsay, D. S., & Read, J. D. (1994). Psychotherapy and memories of childhood sexual abuse: A cognitive perspective. *Applied Cognitive Psychology*, *8*, 281-338.
- 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.
- Loftus, E. F., Garry, M., & Feldman, J. (1994). Forgetting sexual trauma: What does it mean when 38% forget? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*, 1177-1181.
- Loftus, E.F., Feldman, J., & Dashiell, R. (1997). The reality of illusory memories. In D. Schacter (Ed.) *Memory Distortion: how minds, brains and societies reconstruct the past* (pp. 47-68). Cambridge, USA: Harvard University Press.
- Lorant, V., Croux, C., Weich, S., Deliege, D., Mackenbach, J., & Anseau, M. (2007). Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *British journal of psychiatry*, *190*, 293-298.

- Lowenthal, B. (2002). Child maltreatment: effects on development and learning. In D. Rothenberg (Ed.), *Issues in Early Childhood Education: Proceedings of Lilian Katz Symposium*, retirado em 4/2/2009 de <http://ceep.crc.uiuc.edu/pubs/katzsympro.html>
- Lynskey, M.T., & Fergusson, D.M. (1997). Factors Protecting Against the Development of Adjustment Difficulties in Young Adults Exposed to Childhood Sexual Abuse. *Child Abuse and Neglect*, 21, 1177-1190.
- Maccoby, E.E., & Martin, J.A. (1983). Socialization in the context of family: Parent-Child Interaction. In E.M. Hetherington (ed.). *Handbook of Child Psychology (vol.4): Socialization, personality and social development* (pp. 1-102). New York: Wiley.
- Maia, A.C. (1995). A psicologia e o estado da emoção: enquadramento teórico. *Revista Sonhar*. APPACDM Distrital de Braga, Vol II, 151-164.
- Maia, A.C. (2000). Das Observações Clínicas aos Resultados da Investigação: Coincidências e Discrepâncias no Estudo da Depressão. *Psiquiatria Clínica*, 21 (1), 39-48.
- Maia, J.M.D., & Williams, L.C.A. (2005). Factores de risco e factores de protecção no desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em Psicologia*, 13(2), 91-103.
- Maia, A.C. (2001). *Narrativas Protótipo e Organização do Conhecimento na Depressão*. Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia.
- Maier, E.H., & Lachman, M.E. (2000). Consequences of Early Parental Loss and Separation for Health and Well-being in Midlife. *International Journal of Behavioural Development*, 24 (2), 183-189.
- Main, M. (1995). Recent Studies in Attachment: overview with selected implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives* (pp. 407-475). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. Overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 237-243.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for classifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation? In M. Greenberg, D. Cicchetti, & E. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121-160). Chicago: Chicago University Press.
- Malinosky-Rummell, R., & Hansen, D.J. (1993). Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin*, 114, 68-79.

- Martins, G.A. (2002). *Sobre teorias e modelos na contabilidade de custos*. Material não publicado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Marujo, H. (2000). Psicopatologia do Desenvolvimento e Depressão. In I. Soares (Coord.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (In)Adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto.
- Matos, A.P., & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento da escala de apoio social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 21 (3), 243-253.
- McCutcheon, V.V., Heath, A.C., Nelson, E.C., Bucholz, K.K., Madden, P.A., & Martin, N.G. (2008). Accumulation of trauma over time and risk for depression in twin sample. *Psychological Medicine*, 1-11.
- Melchert, T.P. (1991). *The Development of the Family Background Questionnaire*. Tese de Doutoramento não-publicada. Memphis, TN: University of Memphis.
- Melchert, T.P. (1996). Childhood Memory and a History of Different Forms of Abuse. *Professional Psychological: Research and Practice*, 27 (5), 438-446.
- Melchert, T.P. (1998). Testing the Validity of an Instrument for Assessing Family of Origin History. *Journal of Clinical Psychology*, 54 (7), 863-875.
- Melchert, T.P., & Sayer, T.V. (1998). The Development of an Instrument for Measuring Memories of Family of Origin Characteristics. *Educational and Psychological Measurement*, 58 (1), 99-118.
- Menegatti, C.L. (2002). *Interações pais-filhos e depressão infantil: uma abordagem comportamental*. Dissertação não publicada. Curitiba: Universidade Federal do Paraná (UFPR).
- Menezes, A.M.B., & Santos, I.S. (1999). Curso de Epidemiologia básica para pneumologistas. *Jornal de Pneumologia*, 25 (3), mai-jun, 163-166.
- Mestre, M.V., Samper, P., Tur, A., & Nácher, M.J. (2002-2004). *Estilos de criança e variables escolares relacionadas com la conducta prosocial y la conducta agresiva: Un estudio longitudinal*. Estudio subvencionado en un Proyecto de Investigación I+D+I (Ref. BSO20013042). Ministerio de Educación y Ciencia.
- Michalak, E.E., Wilkinson, C., Hood, K., Srinivasan, J., Dowrick, C., & Dunn, G. (2002). Prevalence and risk factors for depression in a rural setting. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37 (12), 567-571.
- Mickelson, K.D., Kessler, R.C., & Shaver, P.R. (1997). Adult Attachment in a Nationally Representative Sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (5), 1092-1106.

- Miljkovitch, R. (2004). Vinculação e psicopatologia durante a infância. In N. Guedeney, & A. Guedeney (Coord.). *Vinculação: Conceitos e Aplicações*. Trad. E. Pestana. Lisboa: Climepsi.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade (1998). *Guia de Caracterização Profissional (vol. I e II)*. Lisboa: Direcção-Geral do Emprego e Formação Profissional.
- Monroe, S. M., & Hadiyannakis, H. (2002). The social environment and depression: focusing on severe life stress. In I.H. Gotlib, & C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression* (pp. 314-340). 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.
- Monroe, S.M., & Simons, A.D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110, 406-425.
- Monteiro, I.S. (2007). *Ilusões de Memórias na Depressão*. Maia: Edições Ismai.
- Monteiro, I.S., & Maia, A.C. (*in press*). Avaliação Psicométrica de Três Questionários Sobre o Historial Familiar: Cuidados Paternos, Cuidados Maternos e Ambiente Familiar. *Revista de Psiquiatria Clínica da Universidade de São Paulo*.
- Moran, P.M., Bifulco, A., Ball, C., & Campbell, C. (2001). Predicting Onset of Depression: the Vulnerability to Depression Questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 411-427.
- Moskvina, V., Farmer, A., Swainson, V., O'Leary, J., Gunasinghe, C., Owen, M., Craddock, N., McGuffin, P., & Korszun, A. (2007). Interrelationship of Childhood Trauma, Neuroticism and Depressive Phenotype. *Depression and Anxiety*, 24, 163-168.
- National Scientific Council on the Developing Child (2007). *The Science of Early Childhood Development*. Center on the Developing Child: Harvard University.
- Negy, C., & Snyder, D.K. (2006). Assessing Family-of-Origin Functioning in Mexican American Adults: Retrospective Application of the Family Environment Scale. *Assessment*, 13(4), 396-405.
- Neisser, U. (1994). Self-narratives: True and false. In U. Neisser and R. Fivush (eds.), *The remembering self: Construction and accuracy in the self-narrative* (pp. 78-104). Cambridge: Cambridge University Press.

- Nemeroff, C., Bremner, J.D., Foa, E., Mayberg, H., North, C., & Stein, M. (2006). Posttraumatic Stress Disorder: a state-of-the-science review. *Journal of Psychiatric Research, 40*, 1-21.
- Neumann, D.A., Houskamp, B.M., Pollock, V.E., & Briere (1996). The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: a meta-analytic review. *Child Maltreatment, 1*, 6-16.
- Nicholas, K.B., & Rasmussen, E.H. (2006). Childhood abuse and supportive experiences, interparental violence and parental alcohol use: prediction of young adult depressive symptoms and aggression. *Journal of Family Violence, 21* (1), 43-51.
- Nierenberg, A.A., Sussman, N., & Trivedi, M. (2003). *Managing Relapse in Depression*. London: Science Press, Ltd.
- Nierenberg, A.A., Trivedi, M.H., Fava, M., Biggs, M.M., Shores-Wilson, K., Wisniewski, S.R., Balasubramani, G.K., & Rush, A.J. (2007). Family history of mood disorder and characteristics of major depressive disorder: a STAR*D (sequenced treatment alternatives to relieve depression) study. *Journal of Psychiatry Research, 41* (3-4), 214-221.
- Nogueira, E. J. (2001). *Rede de relações sociais: um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três grupos etários*. Tese de Doutorado em Educação não publicada, Faculdade de Educação da UNICAMP, Campinas, SP.
- Noller, P., & Fitzpatrick, M.A. (1993). *Communication in Family Relationships*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- O'Connor, T.G., Thorpe, K., Dunn, J., Golding, J., & ALSPAC Study Team (1999). Parental Divorce and Adjustment in Adulthood: Findings from a Community Sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40* (5), 777-789.
- Ogawa, J.R., Sroufe, L.A., Weinfield, N.S., Carlson, E.A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology, 9*, 855-879.
- Oliveira, J. (2002). *Psicologia da Família*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Orden, K., Wingate, L. R., Gordon, K., & Joiner, T. E. (2005). Interpersonal factors as vulnerability for psychopathology over the life course. In B.L. Hankin, & J. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective* (pp. 136-160). San Diego: Sage Publications.
- Organização Pan-Americana de Saúde (2006). *Detecção e Prevenção de maus-tratos na infância no marco da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)*. Brasil: OPAS/OMS.

- Otto, K. (2006). Living in Shades of Gray. *Findings of the Adverse Childhood Experiences Study*, 3(1), Winter, 3-4.
- 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: Brasil.
- Palosaari, U., & Aro, K. (1994). H. Effects of Timing of Parental Divorce on the Vulnerability of Children to Depression in Young Adulthood. *Adolescence*, 29 (115), 681-690.
- Parker G., & Ritch J. (2001). The influence of an uncaring partner on the type and outcome of depression. *Journal of Affective Disorders*, 66 (2-3), 207-14.
- Patten, S.B. (1991). The Loss of a Parent During Childhood as a Risk Factor for Depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 706-711.
- Paykel, E.S. (2007). Life events, Social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (377), 50-58.
- Pereira, A. (1999). *SPSS Guia prático de utilização*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, J.C., Paes, A.T., & Okano, V. (2000). Espaço aberto: questões comuns sobre epidemiologia, estatística e informática. *Revista do IDPC (Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia)*, 7, 12-17.
- Perris, C. (1994). Linking the experience of Dysfunctional Parental Rearing with Manifest Psychopathology: A Theoretical Framework. In C. Perris, W.A. Arrndell, & M. Eisemann (Eds.), *Parenting and Psychopathology* (pp. 3-32). New York: John Wiley & Sons.
- Perrotti, A.C., & Manoel, E.J. (2001). Uma Visão Epigenética do Desenvolvimento Motor. *Revista Brasileira de Ciência*, 9 (4), 77-82.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.M. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS* (4ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pett, M.A., Lackey, N.R., & Sullivan, J.J. (2003). *Making Sense of Factor Analysis: the Use of Factor Analysis for Instrument Development in Health Care Research*. Sage Publications, Inc.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. Critical review. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.
- Pielage, S. (2006). *Adult Attachment and Psychosocial Functioning*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Pietromonaco, P.R., & Barrett, L.F. (Dezenbro,1997). Working models of attachment and daily social interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (6): 1409–23.

- Pihl, R.O., & Nantel-Vivier, A. (2005). Biological Vulnerabilities to the Development of Psychopathology. In Benjamin L. Hankin, & J. R.Z. Abela (eds.), *Development of Psychopathology: A Vulnerability-Stress Perspective*. USA: Sage Publications.
- Pinheiro, M., & Ferreira, J. (2002). O Questionário de Suporte Social: Adaptação e validação da versão portuguesa do Social Support Questionnaire (SSQ6). *Psychologica*, *30*, 315-333.
- Pires, T. (2003). *Perturbação de Stress Pós-Traumático em Vítimas de Acidentes Rodoviários*. Tese de Mestrado. Braga: Universidade do Minho. Retirado em 27-06-2009 de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4907/1/TESE%20MESTRADO%20Tânia%20Pires.pdf>
- Pouanen, O., Mattila, A.K., Salokangas, R.K.R., & Joukamaa, M. (2009). Stability of affect associated with autobiographical memories. *Nordic Journal of Psychiatry*, *63* (3), 223-230.
- Rammey, C. T., & Rammey, S. L (1998). Early intervention and early experience. *American Psychologist*, *53*, 109-120.
- Ramos, M. P. (2002). Apoio Social e Saúde entre idosos. *Sociologias*, *7*, Jan-Jul.
- Rankin, L.B., Saunders, D.G., & Williams, R.A. (2000). Mediators of Attachment Style, Social Support, and Sense of Belonging in Predicting Woman Abuse by African American Men. *Journal of Interpersonal Violence*, *15* (10), 1060-1080.
- Ravitz, P. (2003). The Interpersonal Fulcrum – Interpersonal Therapy for Treatment of Depression. *CPA Bulletin de L'APC*, *36* (1), 15-19.
- Reinherz, H.Z., Giaconia, R.M., Hauf, A.M.C., Wasserman, M.S., & Silverman, A.B. (1999). Major Depression in the Transition to Adulthood: Risk and Impairments. *Journal of Abnormal Psychology*, *108* (3), 500-510.
- Resende, M.C., Bones, V.M., Souza, I.S., & Guimarães, N.K. (2006). Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Revista Electrónica Internacional de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología*, *5*, retirado em 11/02/2009 de <http://www.psicolatina.org/Cinco/rede.html>
- Richter, J., & Eisemann, M. (2001). Stability of memories of parental rearing among psychiatric inpatients: A replication based on EMBU subscales. *Psychopathology*, *34* (6), 318-325.
- Richter, J., Richter, G., & Eisemann, M. (1991). Perceived parental rearing and family atmosphere of adult depressives. *Depression Briefing*, *4*, 234-237.

- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A., & Matin, J. C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, *16*, 203-210.
- Rogers, C. (1961). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Moraes Editores.
- Rose, A.J., Carlson, W., & Waller, E.M. (2007). Prospective Associations of Co-Rumination With Friendship and Emotional Adjustment: Considering the Socioemotional Trade-offs of Co-Rumination. *Development Psychology*, *43* (4), 1019-1031.
- Rosenfarb, I.S., Becker, J., & Khan, A. (1994). Perceptions of Parental and Peer Attachment by Women with Mood Disorders. *Journal of abnormal Psychology*, *103* (4), 627-644.
- Rosenfield, S. (2000). Gender and dimensions of the self: Implications for internalizing and externalizing behavior. In E. Frank (Ed.) (pp.23-36), *Gender and its effects on psychopathology*. NewYork, USA: American Psychiatric Press.
- Rousseau, G. (2000). Depression's forgotten genealogy: notes towards a history of depression. *History of Psychiatry*, *11*, 71-106.
- Rutter, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescence Health*, *14* (8), 626-631.
- Rutter, M. (1997). Clinical Implications of Attachment Concepts: Retrospect and Prospect. In L. Atkinson, & K. Zucker (Eds.), *Attachment and Psychopathology* (pp. 17-46). New York: Guilford Press.
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books, Inc., Publishers.
- Saklofske, D.H., Kelly, I.W., & Janzen, B.L. (1995). Neuroticism, Depression, and Depression proneness. *Personality and Individual Differences*, *18* (1), 27-31.
- Salgado, J. (2003). *Psicologia Narrativa e Identidade: um estudo sobre auto-engano e organização pessoal*. Maia: Publismai.
- Salvador, A. (2007). *Análise da relação entre práticas educativas parentais, envolvimento com tarefas escolares, depressão e desempenho académico de adolescentes*. Dissertação de Mestrado. Brasil: Sector de Educação da Universidade do Paraná.
- Sampieri, R.H., Collado, C.F., & Lucio, P.B. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. São Paulo (BR): McGraw-Hill.
- Sapolsky, R.M. (2001). Depression, anti-depressants, and the shrinking hippocampus. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *98* (22), 12320-12322.

- Sapolsky, R.M. (2003). Stress and Plasticity in the limbic system. *Neurochemical Research*, 28 (11), 1735-1742.
- Schacter, D. (Ed.) (1995). *Memory Distortion: How Minds, Brains, and Societies Reconstruct the Past*. Harvard University Press.
- Schoon, I. (2006). *Risk and Resilience: Adaptations to changing times*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum.
- 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, 312-324.
- Selye, H. (1963). A Syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature*, 138, 32-36.
- Sher, K.L. (1997). Psychological characteristics of children of alcoholics. *Alcohol Health & Research Word*, 21 (3), 247-254.
- Sias, P.M., & Bartoo, H. (2007). Friendship, Social Support, and Health. In L. L'Abate (ed.), *Low-Cost Approaches to Promote Physical and Mental Health: Theory, Research, and Practice*. New York: Springer.
- Siegel, D. (1999). *Towards neurobiology: an interpersonal experience*. New York: Guilford.
- 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, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., Ramos, H., Carvalhosa, S.F., Dias, S., & Gonçalves, A. (2003). Efeitos do Apoio Social na Qualidade de Vida, Controlo Metabólico e Desenvolvimento de Complicações Crónicas em Individuos com Diabetes, *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 21-32.
- Silva, M., & Magalhães, R. (1996). *Estatística*. Material não publicado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.
- Silva, S., & Maia, A. (2008). Versão portuguesa do Family ACE Questionnaire (Questionário da História de Adversidade na Infância). In A. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, & V. Ramalho (Coord). *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Soares, I. (2000). Psicopatologia do Desenvolvimento e contexto familiar: Teoria e investigação das relações de vinculação. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 381-434). Coimbra: Quarteto.

- Speisman, B. (2006). The association between early parental loss and adulthood depression. *Mind Matters: The Wesleyan Journal of Psychology*, 1, 19-27.
- Spielberger, C., & Sharma, S. (1976). Cross-cultural measurement of anxiety. In C. Spielberger, & R. Diaz-Guerrero (Eds.), *Cross-cultural anxiety* (pp. 13-25). New York: John Wiley & Sons.
- Springer, K.W., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2003). The long-term health outcomes of childhood abuse: an overview and a call to action. *Journal of Internal Medicine*, 18, 864-870.
- Sroufe, L.A. (1989). Pathways to Adaptation and Maladaptation: Psychopathology as Developmental Deviation. In D. Cicchetti (Ed.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology. Vol. 1: the Emergence of a Discipline* (pp. 13-40). NY: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sroufe, L.A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology*, 9, 251-268.
- Sroufe, L.A., Duggal, S., Weinfield, N., & Carlson, E. (2000). Relationships, Development, and Psychopathology. In Arnold J. Sameroff, Michael Lewis and Suzanne M. Miller (eds.), *Handbook of Development Psychopathology* (2nd Ed). Kluwer academic/Plenum Publishers, New York.
- Sroufe, L.A., Egeland, B. & Kreutzer, T. (1990). The Fate of Early Experience Following Developmental Change: Longitudinal Approaches to Individual Adaptation in Childhood. *Child Development*, 55, 17-29.
- Stablon (1999/2000). Conhecer melhor...a depressão. *Stablon Brochura Farmacológica*, 1.
- Stice, E., Ragan, J., & Randall, P. (2004). Prospective Relations Between Social Support and Depression: Differential Direction of Effects for Parent and Peer Support?. *Journal of Abnormal Psychology*, 113 (1), 155-159.
- 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.
- Talbott, J.A. (Ed.). *The Year Book of Psychiatry and Applied Mental Health*. Philadelphia: Mosby, Inc.
- Teasdale, J.D., & Barnard, P.J. (1995). *Affect, cognition and change: remodelling depressive thought*. East Sussex: Lawrence Erlbaum Associates Ltd., Publishers.
- Texto Editora (1995). *Dicionário de Língua Portuguesa*. Lisboa: Texto Editora.

- Thase, M.E., Frank, E., Kornstein, S.G., & Yonkers, K.A. (2000). Gender differences in response to treatments of depression. In E. Frank (ed.), *Gender and its effects on psychopathology* (pp. 103–130). New York, USA: American Psychiatric Press.
- Thoits, P.A. (1985). Social support processes and psychological well-being: Theoretical possibilities. In I.G. Sarason, & B. Sarason (Eds.), *Social support: Theory, research and applications* (pp. 51-72). The Hague, the Netherlands: Martinus Nijhoff.
- Tucker, C. (1992). Developing emotions and cortical networks. In M.R. Gunnar, & C. Tucker (Eds.), *Minnesota Symposium on Child Psychology, vol. 24, Developmental Behavioural Neuroscience*. Hillsdale: Erlbaum, pp. 115-128.
- Van de Vijver, F., & Hambleton, R. (1996). Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologist, 1* (2), 89-99.
- Vaz-Serra, A., & Pio Abreu, J.L. (1973a). Aferição dos quadros clínicos depressivos I. – ensaio da aplicação do “Inventário da Depressão de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica, 20*, 623-644.
- Vaz-Serra, A., & Pio Abreu, J.L. (1973b). Aferição dos quadros clínicos depressivos II. – Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do “Inventário da Depressão de Beck”. *Coimbra Médica, 20*, 623-644.
- Vieira, V.A. (2009). Moderação, mediação, moderadora-mediadora e efeitos indiretos em moldagem de equações estruturais: uma aplicação no modelo de desconfirmação de expectativas. *R.Adm. São Paulo, 44* (1), 17-33.
- Wauterickx, N., Gouwy, A., & Bracke, P. (2006). Parental Divorce and Depression: Long-Term Effects on Adult Children. *Journal of Divorce and Marriage, 35* (3/4), 43-68.
- Weber, L. (2002). *Estilos e práticas parentais e determinantes para o desenvolvimento e socialização de crianças e adolescentes*. Núcleo de Análise do Comportamento: Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Paraná.
- 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*, 29-36.
- Welling, H. (2003). An evolutionary function of the depressive reaction: the cognitive map hypothesis. *New Ideas in Psychology, 21* (2), 147-157.
- Wells, A., & Mathews, G. (2001). *Atenção e Emoção: uma visão clínica*. (trad. port. F. Andersen). Lisboa: Climepsi Editores.

- Wildes J.E., Harkness K.L., & Simons A.D. (2002). Life events, number of social relationships, and twelve-month naturalistic course of major depression in a community sample of women. *Depression & Anxiety*, 16 (3), 104-113.
- Williams, B., Williams, J., & Ullman, A. (2002). Parental Involvement in Education. *BMRB Social Research Report*, 332.
- Williams, J.M.G., Watts, F.N., Macleod, C., & Mathews, A. (2000). *Psicologia cognitiva e perturbações emocionais*. (Trad. F. Andersen). Lisboa: Climepsi Editores.
- Wolpert, L. (2000). *A Psicologia da Depressão*. Trad. Maria Carvalho. Lisboa: Editorial Presença.
- World Health Organization [WHO/OMS] (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra: Organización Mundial de Saúde.
- World Health Organization [WHO/OMS] (2003). *Investing in Mental Health*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health, World Health Organization.
- World Health Organization [WHO/OMS] (2007). *Depression*. Retirado em 25 de Julho, 2007, de http://www.who.int/mental_health/management/depression/en
- Zavaschi, M.L.S. (2003). *Associação entre Depressão na Vida Adulta e Trauma Psicológico na Infância*. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Zilberman, M.L., & Blume, S.B. (2005). Domestic Violence, Alcohol and Substance Abuse. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (Suppl. 11), S51-55.
- Zuckerman, M. (1999). Mood Disorders. In M. Zuckerman. *Vulnerability to Psychopathology: a Biosocial Model*. Washington, DC: American Psychological Association.

ANEXOS

Anexo 1
Questionário de Cuidados Paternos

QUESTIONÁRIO DE CUIDADOS PATERNOS

(Ivandro Soares Monteiro, & Angela Maia, 2008)

Se foi criado com uma ou mais figuras parentais que não era o seu pai biológico, use "PAI" para esse efeito. Por exemplo, se cresceu com um tio, use a opção "pai" para tio.

Quando me aproximava do meu pai com uma preocupação, ele ouvia cuidadosamente aquilo que eu tinha para dizer...

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
1	Pai	A	B	C	D	E

O meu pai dava-me apoio e conforto quando eu precisava...

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
2	Pai	A	B	C	D	E

Se eu me metesse em algum tipo de problema, eu sabia que podia contar com o meu pai para me ajudar...

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
3	Pai	A	B	C	D	E

O meu pai sempre teve respeito por mim como pessoa, pelos meus próprios pensamentos e sentimentos.

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
4	Pai	A	B	C	D	E

No que se referia às expectativas que o meu pai tinha de mim, eu sentia que ele estava satisfeito comigo.

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
5	Pai	A	B	C	D	E

Quando eu estava visivelmente doente ou magoado, o meu pai era carinhoso e confortante comigo.

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
6	Pai	A	B	C	D	E

O meu pai tem tendência a ser emocionalmente...

		Frio e distante	Frio e um pouco distante	Médio/ neutro	Caloroso mas um pouco distante	Caloroso e carinhoso
7	Pai	A	B	C	D	E

Eu sentia que o meu pai me amava...

		Nunca	Por vezes	Usualmente	Quase sempre	Sempre
8	Pai	A	B	C	D	E

Quando estava na escola primária (entre os 6 e 10 anos), o meu pai abraçava-me, beijava-me e/ou mostrava-me afectos,...

		Quase nunca	Cerca de uma vez por ano	Cerca de uma vez por mês	Cerca de uma vez por semana	Várias vezes por semana
9	Pai	A	B	C	D	E

Quando eu tinha entre 11 e 15 anos (ou no ciclo preparatório ou no ensino secundário), o meu pai abraçava-me, beijava-me e mostrava-me afectos...

		Nunca	Cerca de uma vez por ano	Cerca de uma vez por mês	Cerca de uma vez por semana	Várias vezes por semana
10	Pai	A	B	C	D	E

O meu pai dava-me elogios ou dizia-me coisas boas sobre mim...

		Quase nunca	Cerca de uma vez por ano	Cerca de uma vez por mês	Cerca de uma vez por semana	Várias vezes por semana
11	Pai	A	B	C	D	E

Acho que o meu pai me compreendia...

		Muito pouco	Um pouco	Algumas vezes	Bem	Muito bem
12	Pai	A	B	C	D	E

O meu pai dava-me afectos, sem que fosse preciso eu começar a dá-los. Ele simplesmente vinha ter comigo e mostrava-se carinhoso...

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
13	Pai	A	B	C	D	E

Eu sentia que o meu pai aprovava-me, tal como eu era...

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
14	Pai	A	B	C	D	E

Eu podia falar confortável e abertamente com o meu pai...

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
15	Pai	A	B	C	D	E

Eu sentia-me perto do meu pai...

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
16	Pai	A	B	C	D	E

Quantas vezes se sentiu estúpido por causa de alguma coisa que o seu pai lhe disse ou fez?

		Nunca	Uma vez	2 a 4 vezes	5 a 9 vezes	10 ou mais vezes
17	Pai	A	B	C	D	E

Quantas vezes é que o seu pai o(a) ridicularizou ou gozou consigo?

		Nunca	Uma vez	2 a 4 vezes	5 a 9 vezes	10 ou mais vezes
18	Pai	A	B	C	D	E

Quantas vezes é que o seu pai o(a) ridicularizou ou gozou consigo em frente de outras pessoas?

		Nunca	Uma vez	2 a 4 vezes	5 a 9 vezes	10 ou mais vezes
19	Pai	A	B	C	D	E

Com que regularidade o seu pai se certificava que fazia os seus trabalhos de casa?

		Quase nunca	Cerca de uma vez por ano	Várias vezes por ano	Uma a duas vezes por mês	Uma ou mais vezes por semana
20	Pai	A	B	C	D	E

Quando precisava, com que regularidade o seu pai o(a) ajudava nos seus trabalhos de casa?

		Quase nunca	Cerca de uma vez por ano	Várias vezes por ano	Uma a duas vezes por mês	Uma ou mais vezes por semana
21	Pai	A	B	C	D	E

Qual a importância que tinha para o seu pai que você desse o seu melhor na escola?

		Nada importante	Um pouco importante	Importante	Muito importante	Extremamente importante
22	Pai	A	B	C	D	E

Quando tirava uma BOA nota na escola, como é que o seu pai reagia habitualmente?

		Louvava-me e ganhava mais respeito depois	Louvava-me mas tratava-me da mesma maneira	Achava bom, mas não ligava muito	Não dizia quase nada	Não comentava
23	Pai	A	B	C	D	E

Quando tirava uma nota FRACA na escola, como é que o seu pai reagia habitualmente?

		Ficava preocupado e procurava encontrar formas para que eu melhorasse	Ficava preocupado mas não tentava ajudar-me	Ficava ligeiramente preocupado	Não dizia quase nada	Não comentava
24	Pai	A	B	C	D	E

O meu pai encorajava-me a exprimir os meus sentimentos...

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
25	Pai	A	B	C	D	E

O meu pai ouvia a minha opinião numa discussão...

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
26	Pai	A	B	C	D	E

Quando estava metido em algum tipo de sarilhos ou tinha alguma decisão a tomar, eu falava com o meu pai sobre qual a melhor coisa a fazer.

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
27	Pai	A	B	C	D	E

Quando era jovem, com que regularidade o seu pai falava acerca de dos trabalhos e notas da escola?

		Nunca	Uma vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Uma ou mais vezes por mês
28	Pai	A	B	C	D	E

Quando era jovem, com que regularidade o seu pai falava acerca dos planos para o seu futuro?

		Nunca	Uma vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Uma ou mais vezes por mês
29	Pai	A	B	C	D	E

Quando estava emocionalmente abalado(a), falava com o meu pai sobre isso...

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
30	Pai	A	B	C	D	E

Quando o meu pai não queria que eu fizesse alguma coisa, ele explicava-me porque é que não o devia fazer.

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
31	Pai	A	B	C	D	E

Quando eu não concordava com o meu pai sobre alguma coisa que eu queria fazer, nós conversávamos, com calma e racionalmente, sobre qual a melhor forma de o fazer.

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
32	Pai	A	B	C	D	E

Quando eu tinha discussões com o meu pai, sentia que chegávamos a uma solução justa da discussão.

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
33	Pai	A	B	C	D	E

O meu pai permitia que houvesse opiniões diferentes das dele.

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
34	Pai	A	B	C	D	E

O meu pai era flexível sobre a alteração de regras, à medida que eu lhe mostrava que era responsável.

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
35	Pai	A	B	C	D	E

Com que frequência o seu pai o castigava fisicamente quando estava furioso consigo?

		Nunca	Uma vez	2 a 5 vezes	6 a 19 vezes	20 ou mais vezes
36	Pai	A	B	C	D	E

Com que frequência o seu pai foi fisicamente violento consigo?

		Nunca	Uma vez	2 a 5 vezes	6 a 19 vezes	20 ou mais vezes
37	Pai	A	B	C	D	E

FIM. OBRIGADO POR RESPONDER A ESTE QUESTIONÁRIO.

Anexo 2
Questionário de Cuidados Maternos

QUESTIONÁRIO DE CUIDADOS MATERNOS

(Ivandro Soares Monteiro, & Angela Maia, 2008)

Se foi criado com uma ou mais figuras parentais que não era a sua mãe biológica, use "MÃE" para esse efeito. Por exemplo, se cresceu com uma tia, use a opção "mãe" para tia.

Quando me aproximava da minha mãe com uma preocupação, ela ouvia cuidadosamente aquilo que eu tinha para dizer.

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
1	Mãe	A	B	C	D	E

A minha mãe dava-me apoio e conforto quando eu precisava.

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
2	Mãe	A	B	C	D	E

Se eu me metesse em algum tipo de problema, eu sabia que podia contar com a minha mãe para me ajudar.

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
3	Mãe	A	B	C	D	E

A minha mãe teve respeito por mim como pessoa, pelos meus próprios pensamentos e sentimentos.

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
4	Mãe	A	B	C	D	E

No que se referia às expectativas que a minha mãe tinha de mim, eu sentia que ela estava satisfeita comigo.

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
5	Mãe	A	B	C	D	E

Quando eu estava visivelmente doente ou magoado, a minha mãe era carinhosa e confortante comigo.

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
6	Mãe	A	B	C	D	E

A minha mãe sempre teve tendência a ser emocionalmente...

		Fria e distante	Fria e um pouco distante	Média/ neutra	Calorosa mas um pouco distante	Calorosa e carinhosa
7	Mãe	A	B	C	D	E

Eu sentia que a minha mãe me amava.

		Nunca	Por vezes	Usualmente	Quase sempre	Sempre
8	Mãe	A	B	C	D	E

Quando estava na escola primária (entre os 6 e 10 anos), a minha mãe abraça-me, beijava-me e/ou mostrava-me afectos.

		Quase nunca	Cerca de uma vez por ano	Cerca de uma vez por mês	Cerca de uma vez por semana	Várias vezes por semana
9	Mãe	A	B	C	D	E

Quando eu tinha entre 11 e 15 anos (ou no ciclo preparatório ou no ensino secundário), a minha mãe abraçava-me, beijava-me e mostrava-me afectos.

		Nunca	Cerca de uma vez por ano	Cerca de uma vez por mês	Cerca de uma vez por semana	Várias vezes por semana
10	Mãe	A	B	C	D	E

A minha mãe dava-me elogios ou dizia-me coisas boas sobre mim...

		Quase nunca	Cerca de uma vez por ano	Cerca de uma vez por mês	Cerca de uma vez por semana	Várias vezes por semana
11	Mãe	A	B	C	D	E

Acho que a minha mãe me compreendia...

		Muito pouco	Um pouco	Algumas vezes	Bem	Muito bem
12	Mãe	A	B	C	D	E

A minha mãe dava-me afectos, sem que fosse preciso eu começar a dá-los. Ela simplesmente vinha ter comigo e mostrava-se carinhosa.

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
13	Mãe	A	B	C	D	E

Eu sentia que a minha mãe aprovava-me, tal como eu era.

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
14	Mãe	A	B	C	D	E

Eu podia falar confortável e abertamente com a minha mãe.

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
15	Mãe	A	B	C	D	E

Eu sentia-me perto da minha mãe.

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
16	Mãe	A	B	C	D	E

Quantas vezes se sentiu estúpido por causa de alguma coisa que a sua mãe lhe disse ou fez?

		Nunca	Uma vez	2 a 4 vezes	5 a 9 vezes	10 ou mais vezes
17	Mãe	A	B	C	D	E

Quantas vezes é que a sua mãe o(a) ridicularizou ou gozou consigo?

		Nunca	Uma vez	2 a 4 vezes	5 a 9 vezes	10 ou mais vezes
18	Mãe	A	B	C	D	E

Quantas vezes é que a sua mãe ridicularizou ou gozou consigo em frente de outras pessoas?

		Nunca	Uma vez	2 a 4 vezes	5 a 9 vezes	10 ou mais vezes
19	Mãe	A	B	C	D	E

Com que regularidade a sua mãe se certificava que fazia os seus trabalhos de casa?

		Quase nunca	Cerca de uma vez por ano	Várias vezes por ano	Uma a duas vezes por mês	Uma ou mais vezes por semana
20	Mãe	A	B	C	D	E

Quando precisava, com que regularidade a sua mãe o(a) ajudava nos seus trabalhos de casa?

		Quase nunca	Cerca de uma vez por ano	Várias vezes por ano	Uma a duas vezes por mês	Uma ou mais vezes por semana
21	Mãe	A	B	C	D	E

Qual a importância que tinha para a sua mãe que você desse o seu melhor na escola?

		Nada importante	Um pouco importante	Importante	Muito importante	Extremamente importante
22	Mãe	A	B	C	D	E

Quando tirava uma BOA nota na escola, como é que a sua mãe reagia habitualmente?

		Louvava-me e ganhava mais respeito depois	Louvava-me mas tratava-me da mesma maneira	Achava bom, mas não ligava muito	Não dizia quase nada	Não comentava
23	Mãe	A	B	C	D	E

Quando tirava uma nota FRACA na escola, como é que a sua mãe reagia habitualmente?

		Ficava preocupada e procurava encontrar formas para que eu melhorasse	Ficava preocupada mas não tentava ajudar-me	Ficava ligeiramente preocupada	Não dizia quase nada	Não comentava
24	Mãe	A	B	C	D	E

A minha mãe encorajava-me a exprimir os meus sentimentos.

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
25	Mãe	A	B	C	D	E

A minha mãe ouvia a minha opinião numa discussão.

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
26	Mãe	A	B	C	D	E

Quando estava metido em algum tipo de sarilhos ou tinha alguma decisão a tomar, eu falava com a minha mãe sobre qual a melhor coisa a fazer.

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
27	Mãe	A	B	C	D	E

Quando era jovem, com que regularidade a sua mãe falava acerca dos trabalhos e notas da escola?

		Nunca	Uma vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Uma ou mais vezes por mês
28	Mãe	A	B	C	D	E

Quando era jovem, com que regularidade a sua mãe falava acerca dos planos para o seu futuro?

		Nunca	Uma vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Uma ou mais vezes por mês
29	Mãe	A	B	C	D	E

Quando estava emocionalmente abalado(a), falava com a minha mãe sobre isso.

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
30	Mãe	A	B	C	D	E

Quando a minha mãe não queria que eu fizesse alguma coisa, ela explicava-me porque é que não o devia fazer.

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
31	Mãe	A	B	C	D	E

Quando eu não concordava com a minha mãe sobre alguma coisa que eu queria fazer, nós conversávamos, com calma e racionalmente, sobre qual a melhor forma de o fazer.

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
32	Mãe	A	B	C	D	E

Quando eu tinha discussões com a minha mãe, sentia que chegávamos a uma solução justa da discussão.

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
33	Mãe	A	B	C	D	E

A minha mãe permitia que houvesse opiniões diferentes das dela.

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
34	Mãe	A	B	C	D	E

A minha mãe era flexível sobre a alteração de regras, à medida que eu lhe mostrava que era responsável.

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
35	Mãe	A	B	C	D	E

Com que frequência a sua mãe o(a) castigava fisicamente quando estava furiosa consigo?

		Nunca	Uma vez	2 a 5 vezes	6 a 19 vezes	20 ou mais vezes
36	Mãe	A	B	C	D	E

Com que frequência a sua mãe foi fisicamente violenta consigo?

		Nunca	Uma vez	2 a 5 vezes	6 a 19 vezes	20 ou mais vezes
37	Mãe	A	B	C	D	E

FIM. OBRIGADO POR RESPONDER A ESTE QUESTIONÁRIO.

Anexo 3
Questionário do Ambiente Familiar

QUESTIONÁRIO DO AMBIENTE FAMILIAR

(Ivandro Soares Monteiro, & Angela Maia, 2008)

Os meus pais certificavam-se...		A maior parte das vezes não	Algumas vezes	Com regularidade	Quase sempre	Sempre
1	... que eu tinha o melhor tipo de comida para comer	A	B	C	D	E
2	... que eu tinha roupa decente para usar.	A	B	C	D	E
3	... que havia quem tratasse de mim (ex. ama) quando era pequenino(a).	A	B	C	D	E

Com que regularidade é que fez cada uma das seguintes coisas até aos 18 anos?

		Nunca ou quase nunca	Algumas vezes por ano	Uma ou duas vezes por mês	Uma ou duas vezes por semana	Várias vezes por semana
4	Fui ao cinema, festivais, jogos, etc., com os amigos.	A	B	C	D	E
5	Saí com os amigos sem ser para ir para as aulas.	A	B	C	D	E
6	Fui a casa de um(a) amigo(a).	A	B	C	D	E
7	Tinha amigos em minha casa.	A	B	C	D	E

Quando você era jovem, quem é que decidia as seguintes coisas em sua casa?

		Isto era decidido pelos meus pais sem conversar comigo	A decisão final era dos meus pais depois de conversar comigo	Tomávamos a decisão em conjunto	Eu tomava a decisão final e depois conversava com os meus pais	Isto era decidido por mim sozinho, sem conversar com os meus pais/ <u>ou</u> não se aplica esta opção
8	As roupas que usava, ou como cortava ou penteava o cabelo.	A	B	C	D	E
9	Quais os programas que eu podia ver na televisão.	A	B	C	D	E
10	Quando eu podia começar a namorar.	A	B	C	D	E
11	Se eu podia sair para fazer desporto ou outra actividade extracurricular.	A	B	C	D	E
12	Se eu tinha que trabalhar quando estava na escola.	A	B	C	D	E
13	Se eu tinha que arranjar um trabalho de verão.	A	B	C	D	E

Quando andava no ciclo ou no ensino secundário, ou quando tinha entre 11 e os 17 anos, com que regularidade é que...

		Uma vez por ano ou menos	Algumas vezes por ano	Cerca de uma vez por mês	Cerca de 2 vezes por mês	Cerca de uma vez por semana
14	Lavava a roupa?	A	B	C	D	E
15	Limpava a casa de banho?	A	B	C	D	E
16	Lavava o chão?	A	B	C	D	E
17	Limpava o pó das mobílias?	A	B	C	D	E
18	Ia às compras de mercearia?	A	B	C	D	E

Quando andava no ciclo ou no ensino secundário, ou quando tinha entre 11 e os 17 anos, com que regularidade é que ...

		Quase nunca	Cerca de uma vez por ano	Cerca de uma vez por mês	Cerca de uma vez por semana	Quase que diariamente
19	Lavava a loiça?	A	B	C	D	E
20	Cozinhava as refeições?	A	B	C	D	E

Depois dos seus pais lhe dizerem que não devia fazer alguma coisa, com que regularidade é que o fazia na mesma?

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
21	Pai	A	B	C	D	E
22	Mãe	A	B	C	D	E

23. Com que regularidade é que os seus pais tinham grandes discussões entre eles?

Quase nunca	Cerca de uma vez por ano	Algumas vezes por ano	Cerca de 1 a 2 vezes por mês	Mais de 1 vez por semana
A	B	C	D	E

Qual o grau com que a sua mãe e pai pareciam ser felizes na relação entre eles?

		Usualmente muito feliz	Usualmente feliz	Usualmente satisfeito	Usualmente insatisfeito	Usualmente muito infeliz
24	Pai	A	B	C	D	E
25	Mãe	A	B	C	D	E

Na minha família, nós falávamos dos nossos sentimentos...

		Nunca	Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente
26	... de tristeza.	A	B	C	D	E
27	... de felicidade.	A	B	C	D	E
28	... de medo.	A	B	C	D	E

29. Na minha família havia sérios conflitos que nós, realmente, nunca resolvemos.

Quase nenhum	Um pouco	Alguns	Vários	Muitos
A	B	C	D	E

30. Na sua família, será que havia problemas (ex. abuso de álcool ou violência física) que eram secretos, e que nunca ou quase nunca foram falados?

Nenhum	Um	Alguns	Vários	Muitos
A	B	C	D	E

Com que frequência a sua mãe ou pai atiravam ou partiam coisas quando estavam zangados?

		Nunca	Uma vez	2 a 5 vezes	6 a 19 vezes	20 ou mais vezes
31	Pai	A	B	C	D	E
32	Mãe	A	B	C	D	E

33. Quantas vezes é que o seu pai ameaçou bater na sua mãe quando ele estava zangado?

Nunca	Uma vez	2 a 5 vezes	6 a 19 vezes	20 ou mais vezes
A	B	C	D	E

34. Quantas vezes é que a sua mãe ameaçou bater no seu pai quando ela estava zangada?

Nunca	Uma vez	2 a 5 vezes	6 a 19 vezes	20 ou mais vezes
A	B	C	D	E

35. Quantas vezes é que o seu pai bateu na sua mãe quando estava zangado?

Nunca	Uma vez	2 a 5 vezes	6 a 19 vezes	20 ou mais vezes
A	B	C	D	E

36. Quantas vezes é que a sua mãe bateu no seu pai quando estava zangada?

	Nunca	Uma vez	2 a 5 vezes	6 a 19 vezes	20 ou mais vezes
	A	B	C	D	E

Em média, com que frequência o seu pai ou a sua mãe ficava intoxicado com álcool ou drogas?

		Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase semanalmente	3 ou mais vezes por semana
37	Pai	A	B	C	D	E
38	Mãe	A	B	C	D	E

Quando o seu pai ou a sua mãe consumia álcool ou outras drogas, com que frequência o seu comportamento causava problemas (em casa, no trabalho, a conduzir, etc.)?

		Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase semanalmente	3 ou mais vezes por semana
39	Pai	A	B	C	D	E
40	Mãe	A	B	C	D	E

Acha que o seu pai ou a sua mãe consumia álcool ou outras drogas exageradamente?

		De certeza que não	Provavelmente não	Talvez	Acho que sim	De certeza que sim
41	Pai	A	B	C	D	E
42	Mãe	A	B	C	D	E

Qual dos seus pais é (ou foi) alcoólico ou viciado em drogas?

		De certeza que não	Provavelmente não	Talvez	Acho que sim	De certeza que sim
43	Pai	A	B	C	D	E
44	Mãe	A	B	C	D	E

À medida que você crescia, quão felizes os seus pais pareciam ser?

		Usualmente, muito feliz	Usualmente feliz	Médio/ neutro	Usualmente infeliz	Usualmente muito infeliz
45	Pai	A	B	C	D	E
46	Mãe	A	B	C	D	E

À medida que você crescia, quão ansiosos ou tensos os seus pais pareciam estar?

		Usualmente, muito relaxado	Usualmente relaxado	Médio/ neutro	Usualmente tenso	Usualmente muito tenso
47	Pai	A	B	C	D	E
48	Mãe	A	B	C	D	E

Algum dos seus pais tinha problemas mentais ou emocionais?

		Nenhum problema	Um ou outro problema	Alguns problemas	Problemas com gravidade moderada	Problemas muito graves
49	Pai	A	B	C	D	E
50	Mãe	A	B	C	D	E

FIM. OBRIGADO POR RESPONDER A ESTE QUESTIONÁRIO.

Anexo 4
Checklist de Abuso Sexual

CHECKLIST DE ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA

(Ivandro Soares Monteiro & Angela Maia, 2008)

Alguma vez a sua mãe ou o seu pai tiveram alguma forma de contacto sexual consigo?

		Sim	Não		(RESPONDA À SUA RESPOSTA AQUI)
1	Pai	A	B	Se " <i>Sim</i> ", quantas vezes?	
2	Mãe	A	B	Se " <i>Sim</i> ", quantas vezes?	

3. Algum familiar mais velho que o(a) Sr.(a) (como por exemplo um irmão, irmã, avós, primos, tios,...) teve alguma forma de contacto sexual consigo?

Sim	Não		(RESPONDA À SUA RESPOSTA AQUI)
A	B	Se " <i>Sim</i> ", quantas vezes?	

4. Houve alguma pessoa (como por exemplo vizinhos, amas, professores, desconhecidos,...) que usaram força física para ter relações sexuais consigo?

Sim	Não		(RESPONDA À SUA RESPOSTA AQUI)
A	B	Se " <i>Sim</i> ", quantas vezes?	

5. Houve alguma outra pessoa com quem o(a) sr.(a) teve contacto sexual sem o desejar, mas sem uso de força física?

Sim	Não		(RESPONDA À SUA RESPOSTA AQUI)
A	B	Se " <i>Sim</i> ", quantas vezes?	

Se respondeu "Sim" a alguma das questões destas cinco questões, qual era a sua idade quando aconteceu o primeiro contacto sexual? ____ Qual era a sua idade quando aconteceu o último contacto sexual? ____

FIM. OBRIGADO POR RESPONDER A ESTE QUESTIONÁRIO.

Anexo 5

Autorização da Comissão de Ética das entidades onde os estudos foram efectuados



Exmo. Senhor
Dr. Ivandro Doares Monteiro

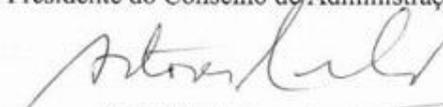
2709 02.AGO.2006

ASSUNTO: Pedido de autorização para investigação com o tema "Vulnerabilidade à Psicopatologia Depressiva; Contributos da história de desenvolvimento, sentimentos de pertença e apoio social"

Informa-se V. Exa., que o pedido para a realização da investigação em assunto, foi autorizado por deliberação do Conselho de Administração de 29 de Julho, após parecer favorável da Comissão de Ética deste Hospital.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração,



Dr. António Leuschner

IA

Anexo 6

Declaração de Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Os dados da presente investigação são absolutamente confidenciais. O propósito deste questionário é estudar a história familiar de pessoas para desenvolver e adaptar um instrumento português de avaliação destas características. A sua participação é completamente voluntária e anónima. Apesar de ser um questionário longo, pedimos que responda a cada pergunta com a maior dedicação e sinceridade possível. Ciente que terá em consideração este nosso pedido, agradecemos a sua colaboração desde já. Ao completar este questionário, está a contribuir voluntariamente para o avanço da investigação em Portugal. Caso tenha dúvidas ou questões, contacte o responsável da investigação (Ivandro Soares Monteiro).

Idade _____ Escolaridade _____ Profissão _____

Contacto telefónico _____ Telemóvel _____

Morada _____

Anexo 7

Texto Escrito para o Segundo Momento do Estudo 3

“Bom dia/boa tarde. Estou a falar com...? Há cerca de um ano atrás o Sr(a). participou num estudo com pessoas que na altura não estavam a sentir-se muito bem, no qual foi entrevistado e respondeu a uns questionários, recorda-se? Tal como lhe foi dito na última vez, o estudo tem duas fases. É por isso que lhe ligamos agora: gostaríamos que colaborasse connosco de novo. E, para não ter que se deslocar à clínica ou combinarmos uma reunião, perguntamos-lhe se podemos enviar para sua casa o questionário, com um envelope com a morada da clínica e com selos para depois devolver numa caixa do correio perto de si. Pode ser? Depois de receber, agradecia que enviasse o questionário respondido, até ao máximo de uma semana. Antes de desligar, precisava apenas de confirmar a sua morada. Muito obrigado.”

