



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

*Stresse Parental, Psicopatologia e Funcionamento Familiar:
associações com a psicopatologia dos filhos*

Abigail Barreto Lima de Araújo

Dissertação

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Prof.^a Doutora Ida Timóteo Lemos

2013



*Stresse Parental, Psicopatologia e Funcionamento Familiar:
associações com a psicopatologia dos filhos*

Abigail Barreto Lima de Araújo

Dissertação

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Prof.^a Doutora Ida Timóteo Lemos

2013

Stresse Parental, Psicopatologia e Funcionamento Familiar: associações com a psicopatologia dos filhos

Declaração de Autoria do trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Assinatura

Copyright

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor

Abigail Barreto Lima de Araújo - n.º 33729

Agradecimentos

Obrigada meu querido Deus, porque até aqui me tens sustentado nos teus braços de amor! Sei que és fiel, a tua palavra não falha. Conheço e reconheço que todas as coisas contribuem juntamente para o bem daqueles que te amam! Obrigada porque sem ti nada do que está aqui teria sido. Sem ti nunca poderia tecer os agradecimentos que se seguem. Obrigada, meu amor!

Em primeiro lugar quero agradecer ao meu marido, Bruno Araújo, pelo seu amor, cuidado, dedicação, suporte, alento e incentivo!

Agradeço à minha família querida:

Aos meus pais, António e Etelvina Araújo, pelo amor, cuidado, esforço e investimento em mim.

Às minhas irmãs Débora e Daniela Araújo, pela cumplicidade, paciência e disponibilidade na leitura e correção deste trabalho.

Agradeço à Adriana Bernardino pela disponibilidade e apoio prestado no que diz respeito à revisão do texto.

Muito Obrigada às psicólogas Dr.^a Clara Freitas, Dr.^a Marta Inácio e Dr.^a Elsa pela disponibilidade na recolha de dados.

Agradeço a todos os pais e filhos que livremente participaram no preenchimento dos instrumentos de recolha de dados.

Por fim, mas não menos importante, quero mostrar o meu agradecimento à Professora Doutora Ida Timóteo Lemos, a minha querida orientadora que pacientemente me conduziu até ao final.

Deus vos recompense com todas as bênçãos celestiais!

Resumo

A presente investigação teve como objetivos caracterizar os níveis de stresse parental, as características do funcionamento familiar e eventuais problemas psicopatológicos, numa amostra de pais de adolescentes que frequentam a consulta de psicologia clínica, e perceber se existiam ou não associações significativas entre estas variáveis e os problemas de expressão exteriorizada e interiorizada manifestada pelos adolescentes.

Participaram no estudo 21 adolescentes e os seus respetivos pai/mãe. Como instrumentos de recolha de dados foram utilizados o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), Inventário de Problemas de Comportamento (YSR), Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiares III (FACES III), Índice de Stresse Parental (PSI) e Questionário de Dados Sociodemográficos.

Os resultados obtidos sugerem que mais de metade dos pais apresenta níveis elevados de stresse parental, níveis clínicos de sintomatologia psicopatológica, e situam-se, no que diz respeito ao funcionamento familiar, no tipo familiar médio. Os dados indicam ainda que a maior parte dos adolescentes no estudo tendem a manifestar níveis significativos de sintomatologia psicopatológica. Relativamente às associações, obtivemos relações significativas entre a sintomatologia psicopatológica parental, os níveis de stresse parental e o funcionamento familiar (coesão e adaptabilidades familiares). Da mesma forma observámos associações significativas entre o stresse parental e os problemas de expressão interiorizada e total de problemas nos adolescentes; e entre a adaptabilidade familiar e os problemas de expressão interiorizada. Ao contrário do que se esperava, não encontramos relações significativas entre a psicopatologia parental e os problemas de expressão exteriorizada e interiorizada e total de problemas; entre o stresse parental e o funcionamento familiar; e entre o funcionamento familiar e os problemas de expressão exteriorizada.

No presente estudo são discutidos os resultados obtidos, consideradas algumas limitações e efetuadas propostas de investigações futuras.

Palavras-chave: psicopatologia parental; problemas de expressão interiorizada e exteriorizada; funcionamento familiar; stresse parental.

Abstract

This investigation aimed to characterize the levels of parental stress, family cohesion and adaptability functioning characteristics and possible psychopathological problems in a sample of parents of adolescents who attended a public clinical psychology service. Also, our aim was to analyze whether there were significant relationships between these variables and internalizing and externalizing problems manifested by the adolescents.

A sample of 21 Portuguese adolescents and their parents participated in the study. As instruments of data collection were used the Brief Symptom Inventory (BSI), the Youth Self Report (YSR), the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III (FACES III) Parental Stress Index (PSI) and Questionnaire of Demographic Data.

The results suggested that more than half of the parents had high levels of parental stress, clinical levels of psychopathological symptoms, and presented a mid-range type of family cohesion and adaptability. Results also indicated that most of the adolescents in the study tended to show significant levels of psychopathological symptoms. Regarding associations, we obtained significant relationships between parental psychopathological symptoms, levels of parental stress and family functioning (family cohesion and family adaptability). Likewise significant associations were observed between parental stress, internalizing problems and the total psychopathological problems in adolescents; and between family adaptability and the internalizing problems. Contrary to what was expected, we did not found significant relationships between parental psychopathology and internalizing and externalizing problems and the overall problems; between parental stress and family functioning; and between family functioning and externalizing problems.

Results are discussed, limitations of the study are considered and proposals for future research are made.

Keywords: parental psychopathology; internalizing and externalizing problems; family functioning, parental stress.

Índice

1. Introdução	9
2. Materiais e Métodos	18
3. Resultados.....	24
4. Discussão	31
5. Referências Bibliográficas.....	38
6. Anexos	43

Índice de Figuras

Figura 2.1 Habilitações literárias e situação profissional dos pais	19
Figura 2.2 Cotação Linear da FACES III (adaptado de Farate, 2000)	22
Figura 3.1 Percentagem de casos distribuídos segundo o Ponto de Corte	25
Figura 3.2 Percentagem de casos distribuídos segundo o ponto de corte do BSI	26
Figura 3.3 Percentagens de casos distribuídos segundo os níveis de adaptabilidade.....	26
Figura 3.4 Percentagens de casos distribuídos segundo os níveis de coesão	27
Figura 3.5 Percentagem de casos distribuídos segundo o ponto de corte do YSR.....	28

Índice de Tabelas

Tabela 3.1 Média, Desvio-Padrão e Amplitude do stresse parental	24
Tabela 3.2 Distribuição dos participantes consoante o tipo familiar (N = 21)	27
Tabela 3.3 Relação entre Stresse Parental e o funcionamento familiar (N=21).....	28
Tabela 3.4 Relação entre Stresse Parental e sintomatologia psicopatológica parental (N=21)	29
Tabela 3.5 Relação entre Stresse Parental e sintomatologia psicopatológica infantil (N=21)	29
Tabela 3.6 Relação entre funcionamento familiar e sintomatologia psicopatológica infantil (N=21).....	30

1. Introdução

A família é a unidade básica do sistema social de um indivíduo, constituindo um pequeno e diferenciado subsistema da sociedade (Uruk, Sayger, & Cogdal, 2007). É composta por um conjunto de elementos unidos emocionalmente entre si através de uma complexa rede de relações, em contínua interação com o meio circundante (Alarcão, 2000). Segundo Alarcão (2000) a família constitui um espaço único que proporciona aprendizagens e vivências afetivas profundas, afigurando-se como um contexto de desenvolvimento primordial, na qual as crianças crescem, socializam e adquirem as competências necessárias para se converterem em membros ativos da sociedade.

Tendo em conta que o contexto familiar é um espaço único para o indivíduo (Alarcão, 2000), torna-se relevante analisar o funcionamento da família, de forma a perceber como se estruturam os processos familiares. De entre os diferentes modelos de funcionamento familiar, o modelo Circumplexo dos Sistemas Conjugal e Familiar de Olson, Russell, e Sprenkle (1989) é um dos mais utilizados para a análise e diagnóstico relacional familiar, uma vez que se foca no sistema e integra três dimensões – coesão, adaptabilidade e comunicação – que são repetidamente consideradas relevantes nos modelos teóricos familiares e nas abordagens de terapia familiar (Olson, 1999; Olson & Gorall, 2003).

A coesão indica os laços emocionais que cada elemento da família estabelece com os restantes. Esta dimensão centra-se na forma como os membros do sistema familiar equilibram a individuação *versus* a união, podendo variar entre os níveis “desmembrada” (nível muito baixo), “desligada” (nível baixo/moderado), “enredada” (nível moderado/alto) e “muito enredada” (nível muito alto) (Olson, 2000). Olson (2000) refere que as famílias que se encontram nos níveis centrais de coesão (“separada” e “ligada”) possuem um bom funcionamento familiar. Os níveis extremos (desmembrada e emaranhada) são, geralmente, tidos como problemáticos para relações a longo prazo, ainda que não exista um nível ótimo absoluto para qualquer relação, sendo que muitas terão problemas se funcionarem a níveis extremamente altos durante muito tempo. Deste modo, são esperadas mudanças nos níveis de coesão, ao longo do tempo, nos sistemas familiares (Olson, 2000; Olson & Gorall, 2003).

A adaptabilidade avalia a capacidade do sistema familiar para mudar a sua estrutura de poder, regras e o papel das relações face a uma situação de stresse situacional e de desenvolvimento (Olson, 2000). O seu foco está em avaliar a forma do sistema se equilibrar entre a mudança e a estabilidade, podendo oscilar entre o nível “rígida” (nível baixo),

“estruturada” (nível baixo/moderado), “flexível” (nível moderado/alto) e “muito flexível” (nível muito alto). Os níveis “estruturada” e “flexível” produzem um melhor funcionamento familiar, ao contrário dos níveis mais extremos “rígida” e “caótica”, que são os mais problemáticos (Olson, 2000).

A terceira dimensão – a comunicação – “é entendida como elemento fundamental no desenvolvimento de relações interpessoais, enquanto ingrediente básico da negociação inerente ao crescimento dos membros de uma família” (Alarcão & Relvas, 2002, p.85). Nesse sentido, é considerada uma dimensão facilitadora da coesão e da adaptabilidade, auxiliando ou dificultando as mudanças no sistema familiar.

A principal hipótese do modelo Circumplexo é de que, níveis de coesão e de adaptação equilibrados são promotores de um funcionamento familiar saudável, por outro lado, níveis de coesão e adaptabilidade desequilibrados estão associados a famílias com problemas funcionais (Olson, 2011).

Diversas investigações (Cumsille & Epstein, 1994; Henderson, Sayger, & Horne, 2003; Pedras & Pereira, 2010; Peleg-Popko & Dar, 2001; Uruk, Sayger, & Cogdal, 2007) recorrendo à *Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale*, instrumento que permite a operacionalização da adaptabilidade e coesão familiares, fundamentam a importância de um adequado funcionamento familiar para o bem-estar psicológico do sistema familiar, em particular das crianças/adolescentes.

Cumsille e Epstein (1994) examinaram a relação entre variáveis familiares (coesão e adaptabilidade familiares, satisfação com o funcionamento familiar, estrutura familiar e suporte social) e depressão numa amostra clínica de 93 adolescentes, com idades compreendidas entre 13 e 19 anos, cujas famílias se encontravam em atendimento ambulatorio numa clínica de terapia familiar e de casal. Tal como observado noutros estudos com amostras não clínicas (Feldman, Rubenstein, & Rubin, 1988; Garrison, Jackson, Marsteller, McKeown, & Addy, 1990), os autores encontraram uma relação negativa entre a depressão nos adolescentes e a coesão familiar. Contudo a satisfação com a coesão e a adaptabilidade familiares revelou ser o preditor mais forte dos sintomas depressivos, sugerindo a importância da avaliação cognitiva subjetiva na ligação entre o funcionamento familiar e a depressão.

Por sua vez, Peleg-Popko e Dar (2001) estudaram a relação entre a qualidade marital, padrões familiares, fobias e ansiedade social numa amostra de 108 crianças judias (5 e 6 anos) e as suas mães (28 e 45 anos). Os resultados apontaram para uma relação positiva entre a

coesão familiar e a ansiedade social e o aumento dos medos de uma forma geral e, ainda, uma associação negativa entre a adaptabilidade familiar e medo de estranhos.

Tafà e Baiocco (2009) examinaram como as percepções parentais e filiais acerca das características do sistema familiar predizem comportamentos aditivos em estudantes adolescentes, numa amostra de 252 famílias italianas. Os resultados mostraram que tanto a coesão como a adaptabilidade são relevantes na predição de adição, constatando-se, contudo, que a adaptabilidade familiar é um melhor preditor do que a coesão para identificar um comportamento de risco para abuso de substâncias.

Da mesma forma, Arpawong, Sun, Chang, Gallaher, Pang, Guo, Johnson e Unger (2010) estudaram os preditores da teoria de resiliência em 602 famílias chinesas com gémeos de idades compreendidas entre os 11 e 20 anos, tendo observado que: a) os adolescentes que reportaram maiores níveis de adaptabilidade e coesão familiar eram menos propensos a fumar, independentemente de terem relatado níveis mais elevados de acontecimentos negativos que ocorrem dentro da família, ou de ter problemas interpessoais, ansiedade, depressão, ou hostilidade; b) a coesão familiar modera a relação entre a predisposição para fumar e o tabagismo.

Também Uruk, Sayger e Cogdal (2007) investigaram a influência da coesão e adaptabilidade familiares numa amostra de 189 estudantes universitários, que apresentavam sintomatologia traumática e sintomas de bem-estar. Os autores observaram uma relação negativa entre a percepção de Coesão e de Adaptabilidade familiares e a presença de sintomatologia traumática e uma relação positiva e significativa entre a Coesão e a Adaptabilidade familiares e o bem-estar-psicológico.

No mesmo sentido, Pedras e Pereira (2010) utilizando a FACES - III (versão portuguesa de Curral, Dourado, Roma Torres, Barros, Palha, & Almeida, 1999) verificaram, numa amostra de 53 filhos adultos de pais Veteranos da Guerra Colonial, uma relação negativa entre a adaptabilidade na família e sintomatologia traumática, e, por outro lado, uma relação positiva entre a adaptabilidade e comportamentos de saúde, constituindo-se a adaptabilidade uma variável mediadora entre a sintomatologia traumática e comportamentos de saúde. Os autores concluíram que, apesar da exposição a acontecimentos traumáticos ou experiências negativas na infância poderem levar ao desenvolvimento e/ou manutenção de comportamentos de risco para a saúde, o ambiente familiar que rodeia o indivíduo é preponderante nesta relação, na medida em que sistemas familiares mais adaptáveis e

flexíveis lidam melhor com a sintomatologia traumática e favorecem o bem-estar psicológico (Uruk, Sayger, & Cogdal, 2007).

De acordo com o modelo Circumplexo a relação significativa entre o bem-estar psicológico e o funcionamento familiar pode estar relacionado com três funções importantes da família que não podem ser totalmente substituídas por outra estrutura social (Uruk, Sayger, & Cogdal, 2007). Primeiramente, a família fornece ao indivíduo um sentido de coesão, que permite que este se identifique com o grupo primário básico e potencia a proximidade emocional, intelectual e física; em segundo lugar, a família proporciona um modelo de adaptabilidade, ilustrando, através do seu funcionamento básico, como a estrutura de poder pode ser alterada e como os papéis e as regras podem ser desenvolvidos nas relações familiares; finalmente, a família provê uma rede de experiências de comunicação, através da qual o indivíduo aprende a arte da oratória, interação, escuta e negociação.

A vida familiar é pautada por desafios constantes. O grau de sucesso das respostas e ajustes diários exigidos pela vida familiar dependerá das competências de cada elemento da família e deste grupo como um todo. Porém, é aos pais que cabe as funções executivas, isto é, as tarefas de educação, proteção e prestação de cuidados. Estas experiências podem ser vividas como experiências positivas, proporcionando aos pais um sentido de competência (Crnic & Low, 2002). Todavia, as exigências da parentalidade podem constituir um risco para o aumento do stresse (Deater-Deckard, 1998).

Ao mencionarmos o stresse decorrente das exigências da parentalidade referimo-nos ao stresse parental. Este consiste numa “reação psicológica desfavorável, que desencadeia sentimentos negativos em relação à criança e/ou a si próprio(a), no exercício da parentalidade” (Deater-Deckard, 1998, p.315). Quando se encontra dentro de níveis normativos, o stresse parental funciona como um fator motivador, encorajando os pais para utilizar os recursos e estratégias de *coping* disponíveis (Abidin, 1992). No entanto, quando se torna crónico, pode acarretar consequências negativas tanto para os pais como para a criança, já que interfere com a capacidade parental para responder de forma construtiva às exigências e competências da criança (Deater-Deckard, 2005). Similarmente, níveis baixos desta variável podem denotar disfuncionalidade, indiciando desinvestimento na relação com a criança (Abidin, 1992).

O stresse parental tem sido conceptualizado de diferentes formas (ver Abidin, 1992; Belsky, 1984, Crnic & Low, 2002; Deater-Deckard, 1998, Mash & Johnston, 1990; Webster-Stratton, 1990), contudo, a característica fundamental das teorias de stresse parental assenta no

equilíbrio entre a percepção dos pais acerca das exigências da parentalidade e dos recursos disponíveis para atendê-las (Deater-Deckard, 2005). Este equilíbrio depende das tarefas exigidas pela parentalidade, do bem-estar psicológico dos pais, da qualidade da interação pais-filho e do ajustamento psicossocial da criança (Deater-Deckard, 1998).

Abidin (1976, citado por Abidin & Santos, 2003) elaborou um modelo multidimensional do stresse parental, defendendo que o stresse resulta da interação complexa de características dos pais, das crianças e de variáveis situacionais que se relacionam diretamente com o papel parental. Relativamente às características da criança, o autor distinguiu quatro áreas relacionadas com o temperamento (maleabilidade de adaptação, exigência, humor e distração/hiperatividade), e outras duas áreas que remetem para as expectativas dos pais (aceitação da criança) e para o sentimento de se sentirem reforçados (reforço aos pais). A componente relacionada com as características dos pais compreende três áreas: a depressão, o sentido de competência no papel parental e a vinculação parental. Por último, as variáveis situacionais perspectivadas como principais contributos para o nível de stresse experimentado pelos pais são: a relação com marido/mulher, o isolamento social, a saúde parental e a restrição do papel.

O papel das cognições e crenças dos pais relativas ao desempenho do papel parental tem sido salientada por Abidin (1992), uma vez que estas moderam a relação entre os estímulos e situações que se constituem como potenciais fontes de stresse e o stresse parental. Assim, o nível de stresse parental advém de um conjunto de avaliações feitas pelos pais, tendo em conta o seu grau de envolvimento com o papel parental e das situações com que são confrontados (Abidin, 1992). Harmon e Perry (2011) consideram que o modelo de Richard Abidin tem a seu favor o facto de ir mais além do que os outros modelos de stresse parental, uma vez que destaca os seus determinantes comportamentais e considera a influência do sistema motivacional e de crenças.

O stresse parental elevado está associado ao desenvolvimento perturbado e ao diagnóstico de psicopatologia na criança (Abidin & Santos, 2003). No sentido de esclarecer de que forma o stresse parental tem impacto no desenvolvimento da criança, Deater-Deckard (1998) desenvolveu três hipóteses, estabelecendo associações entre o stresse e o comportamento parental, e o desenvolvimento da criança. A primeira hipótese propõe uma relação causal entre o stresse e o comportamento parental. Isto é, pais que reportam níveis elevados de stresse manifestam uma parentalidade pobre. A segunda hipótese sugere que uma parentalidade pobre traz consequências nefastas para as crianças, tais como pobre ajustamento

e comprometimento nas capacidades cognitivas e socio-emocionais. Alguns estudos realizados permitem suportar estas hipóteses.

Por exemplo, Webster-Stratton (1990) referem que a vivência de elevados níveis de stresse parental aumenta a probabilidade dos pais se tornarem mais irritáveis, críticos e punitivos, o que, por sua vez, potencia o desenvolvimento de problemas de comportamento nas crianças, colocando em movimento um ciclo de interações pai-filhos negativas e stresse adicional sobre os pais. Pianta e Egeland (1990) corroboram esta ideia, apontando para uma relação positiva entre os níveis de stresse parental experienciado e estilos parentais menos cooperativos, mais insensíveis e intrusivos. Igualmente, Guajardo, Snyder e Petersen (2009) mencionam que os pais que experimentam níveis mais elevados de stresse tendem a ser menos responsivos, afetuosos e mais propensos a usar técnicas disciplinares negativas, de poder-afirmação. O uso excessivo dessas técnicas pode prejudicar o desenvolvimento sócio emocional e cognitivo da criança. Outros autores encontraram uma relação positiva entre os níveis de stresse experienciado pelos pais e os maus tratos nas crianças que, posteriormente, tendem a mostrar dificuldades de adaptação social, sendo muitas vezes rejeitadas pelos pares, e manifestando comportamentos agressivos e poucas competências sociais (Crouch & Behl, 2001; Rodriguez & Green, 1997).

Relativamente à terceira hipótese, Deater-Deckard (1998) propôs que o comportamento parental medeia a relação entre o stresse parental e o desempenho da criança. No entanto, pesquisas nesta área têm revelado resultados pouco claros. Enquanto alguns estudos infirmam esta hipótese (ver Anthony, Anthony, Glanville, Naiman, Waanders e Shaffer, 2005; Crnic, Gaze, & Hoffman, 2005) outros confirmam-na (ver Bayer, Sanson, & Hemphill, 2006).

Anthony e colaboradores (2005), explorando a relação entre o stresse parental e o comportamento de crianças a frequentar o ensino pré-escolar, encontraram uma relação significativa entre o stresse parental e os comportamentos de internalização e de externalização. Igualmente, Neece, Green e Baker (2012) investigaram a relação entre o stresse parental e problemas de comportamento numa amostra de 237 crianças com idades compreendidas entre os três e os nove anos. Os resultados deste estudo sugeriram que o stresse parental é quer um fator etiológico, quer um resultado dos problemas de comportamento dos filhos.

Segundo Deater-Deckard (1998), pais de crianças que apresentam sintomas de psicopatologia revelam níveis mais elevados de stresse parental. Tan e Rey (2005)

confirmaram esta ideia. Estes investigadores realizaram um estudo com objetivo de examinar a relação entre depressão infantil, depressão e stresse parentais numa amostra de 53 crianças deprimidas (idades compreendidas entre nove e dezasseis anos), comparando os resultados com uma amostra equivalente de 53 crianças não deprimidas. Os autores observaram que os pais de crianças e adolescentes diagnosticados com depressão *major* relataram níveis mais elevados de stresse parental do que os não deprimidos. Adicionalmente, mães de crianças deprimidas perceberam os seus filhos como mais difíceis. Este acréscimo no stresse parental também foi observado em pais de crianças com problemas de expressão exteriorizada (Johnston & Mash, 2001; Solem, Christophersen, & Martinussen, 2011; Tahmassian, Fathabadi, & Anari, 2011) e com problemas de expressão interiorizada (Bayer, Sanson, & Hemphill, 2006).

Com efeito, o stresse parental tem consequências diretas na qualidade do funcionamento familiar, podendo o seu impacto abranger o desenvolvimento da criança, de tal forma que, como consequência de disfuncionalidade parental, a criança pode desenvolver problemas comportamentais e/ou emocionais (Abidin & Santos, 2003; Deater-Deckard, 2005). Para além disso, a parentalidade disfuncional e o seu efeito na criança são suscetíveis de gerar um ciclo de interações negativas que, sendo bidirecional, agrava ainda mais o stresse experienciado pelos pais (Abidin & Santos, 2003).

Outros fatores têm sido apontados como tendo consequências nefastas ao nível emocional e comportamental da criança, nomeadamente, a vinculação (Jakobsen, Horwood, & Fergusson, 2012; Roelofs, Meesters, Huurne, Bamelis, & Muris, 2006), as interações pais-filhos (Mäntymaa, Puura, Luoma, Samelin, & Tammien, 2004), as práticas parentais (Kane & Garber, 2004) ou, ainda, a psicopatologia parental (Barker, Copeland, Maughan, Jaffee, & Uher, 2012; Hirshfeld-Becker e colaboradores, 2008; Kane & Garber, 2004), à qual se dará destaque neste tópico.

As investigações nesta área debruçam-se, essencialmente, nos efeitos da depressão parental nas crianças (Hunstman, 2008; Ramchandani & Psychogiou, 2009), especialmente na depressão materna (Rishel, 2012). É consensual que filhos de mães deprimidas têm maior risco de desenvolver problemas de expressão interiorizada e/ou de exteriorizada (Barker e colaboradores, 2012; Kane & Garber, 2004; Weinfield, Ingerski, & Moreau, 2009).

Mendes, Loureiro e Crippa (2008) com base na revisão sistemática sobre o impacto da depressão materna em crianças, concluíram que a depressão materna acarreta consequências negativas para a saúde mental das crianças, favorecendo a presença de problemas

comportamentais, déficit cognitivo, dificuldade no desempenho social e na regulação emocional. Colletti e colaboradores, (2009) corroboram estes resultados, mencionando que as crianças e adolescentes que vivem com um cuidador depressivo apresentam maior risco de desenvolver problemas emocionais e comportamentais durante a infância, idade pré-escolar e adolescência. Os estudos apontam para uma tendência de a perturbação depressiva parental aumentar o risco de os filhos desenvolverem uma perturbação depressiva (Barker e colaboradores, 2012; Hirshfeld-Becker e colaboradores, 2008; Kane & Garber, 2004; Lieb, Isensee, Hofler, Pfister, & Wittchen, 2002), uma perturbação de ansiedade (Colletti e colaboradores, 2009; Hirshfeld-Becker, e colaboradores, 2008) e/ou uma perturbação de comportamento (Gross, Shaw, & Moilanen, 2008; Hirshfeld-Becker, e colaboradores, 2008; Weissman, e colaboradores, 2006).

Diversas investigações sugerem, de igual modo, que filhos de pais com perturbações de ansiedade apresentam um risco maior de desenvolver perturbações de ansiedade (Biederman e colaboradores, 2006; Ramchandani e colaboradores, 2005; Schreier, Wittchen, Hofler, & Lieb 2008). Ramchandani e colaboradores (2005) relataram, no estudo meta-analítico que efetuaram, que filhos de progenitores que abusam de substâncias têm maior risco de desenvolver problemas emocionais ou comportamentais, estando a perturbação materna mais relacionada com o desenvolvimento de problemas emocionais e a perturbação paterna com problemas comportamentais.

Também Gross, Shaw e Moilanen (2008) chamaram atenção para as relações recíprocas entre a perturbação psicopatológica parental e a perturbação psicopatológica filial. Estes autores exploraram a relação recíproca entre rapazes com comportamento disruptivo e sintomas depressivos nas suas mães. Os resultados sugeriram que elevados níveis de sintomas depressivos nas mães estão associados a comportamentos disruptivos nas crianças e comportamento antissocial nos jovens. Simultaneamente, verificaram um efeito significativo dos comportamentos disruptivos nos sintomas depressivos maternos.

Os estudos apresentados destacam a importância da família, quer enquanto sistema, quer das interações que os seus membros estabelecem entre si, realçando em particular as influências recíprocas que se estabelecem entre o subsistema parental e o subsistema filial. A coesão e adaptabilidade familiares, o stresse parental e a psicopatologia parental são variáveis que aparecem relacionadas com o bem-estar psicológico da criança/adolescente. Quando se encontram em níveis ótimos constituem fatores favoráveis para um bom desenvolvimento emocional, comportamental e social. Em contraste, quando desajustados acarretam

consequências negativas, podendo prejudicar o desenvolvimento sócio emocional e cognitivo da criança. Neste contexto, o estudo destas variáveis parece-nos de suma importância tendo em vista uma melhor compreensão da etiopatogenia das perturbações psicopatológicas nas crianças. Além do mais, auxiliam no desenvolvimento de intervenções adaptadas às características das crianças e dos seus pais, afigurando-se como ferramentas de trabalho particularmente úteis para desenhar programas de prevenção, intervenção ou seguimento.

Nesta linha de pensamento, o presente estudo teve os seguintes objectivos: a) caracterizar os níveis de stresse parental, as características do funcionamento familiar e ainda, eventuais sintomas de psicopatologia numa amostra de pais de crianças que frequentavam a consulta de psicologia clínica de um centro de saúde do barlavento Algarvio; b) estudar se existe uma associação entre estas variáveis e a psicopatologia infantil.

2. Materiais e Métodos

2.1 Participantes

A metodologia adotada para a seleção da amostra foi a seguinte: selecionaram-se por conveniência pais de adolescentes e os seus respetivos filhos que frequentavam a consulta de psicologia clínica de um centro de saúde do barlavento Algarvio. Constituíram critérios de inclusão pai/mãe de crianças e a respetiva criança, com idades compreendidas entre 10 e 13 anos que estivessem a ser seguidos na consulta de psicologia clínica. Estabeleceram-se como critérios de exclusão crianças que possuíssem deficiência cognitiva; deficiência física; deficiência sensorial; e dificuldades linguísticas que pudessem impedir a compreensão das questões. Uma vez que a criança fosse excluída o seu pai/mãe/cuidador também seria excluída.

Assim, participaram no presente estudo 21 adolescentes de nacionalidade portuguesa, 8 do sexo feminino (38.1%) e 13 do sexo masculino (61.9%), com idades compreendidas entre os 10 e os 13 anos ($M = 11.7$, $DP = 0.90$), e pelo seu pai ou mãe (17 mães e 4 pais), com idades compreendidas entre os 32 e os 50 anos ($M = 39$, $DP = 4.88$).

No que diz respeito à escolaridade, a maior parte (85,7%) dos adolescentes encontrava-se no 2º ciclo, dois no 1º ciclo e um no 3º ciclo.

Relativamente à estrutura familiar, sete jovens viviam em famílias nucleares intactas (33.3%), quatro pertenciam a famílias reconstruídas (19%), nove a famílias monoparentais por divórcio dos cônjuges (42,9%) e um vivia numa família monoparental por falecimento do pai (4.8%).

A Figura 2.1 apresenta a caracterização sociodemográfica dos pais.

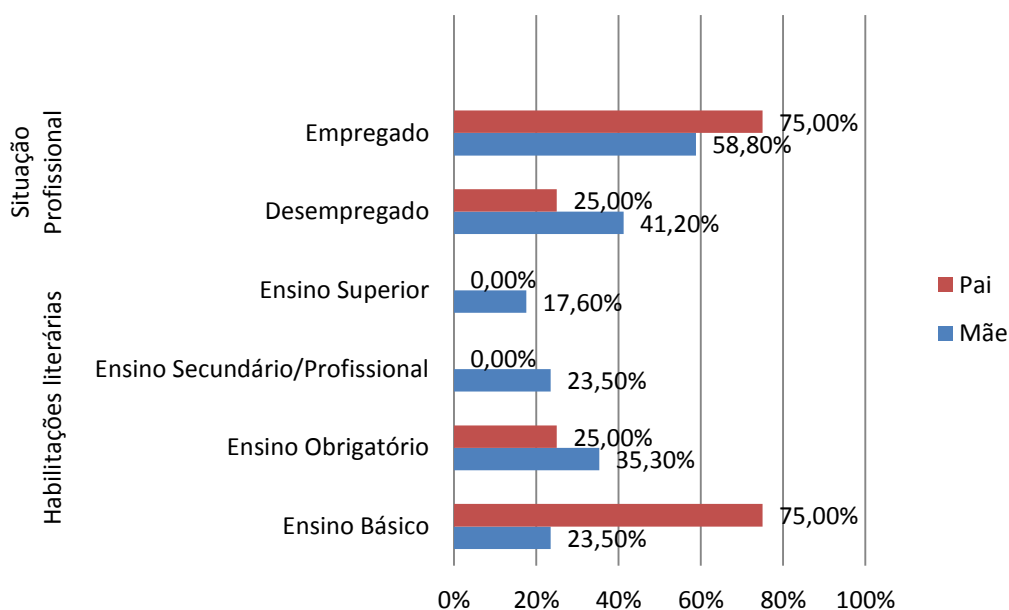


Figura 2.1 Habilitações literárias e situação profissional dos pais

De acordo com a análise da Figura 2.1 observámos que, no que diz respeito à situação profissional, 75% (3) dos pais e 58,8% (10) das mães encontravam-se empregados. Relativamente às habilitações literárias 75% dos pais completaram o ensino básico e 35,3% (6) das mães efetuaram o ensino obrigatório.

2.2 Desenho da Investigação

O presente estudo enquadra-se num estudo descritivo correlacional, com um corte transversal (Ribeiro, 1999).

2.3 Instrumentos

Inventário de Sintomas Psicopatológicos - BSI

Para avaliação da sintomatologia psicopatológica utilizou-se o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (*Brief Symptom Inventory*, Derogatis, (1982), adiante designado BSI), versão portuguesa traduzido e adaptado por Canavarro (1999).

O BSI é um instrumento de auto resposta, que avalia a presença e intensidade de sintomas psicopatológicos em indivíduos com idade igual ou superior a 13 anos. O questionário é constituído por 53 itens que descrevem os sintomas psicopatológicos relativamente às 9 dimensões seguintes: 1) Somatização, 2) Obsessões-Compulsões, 3) Sensibilidade Interpessoal, 4) Depressão, 5) Ansiedade, 6) Hostilidade, 7) Ansiedade Fóbica,

8) Ideação Paranóide e 9) Psicoticismo. Através da soma dos valores dos itens obtêm-se 3 Índices Globais - Índice Geral de Sintomas (IGS), Índice de Sintomas Positivos (ISP) e Total Sintomas Positivos (TSP) - que constituem avaliações sumárias de perturbação emocional.

A cotação dos itens é feita numa escala tipo *likert* de 0 (“nunca”) a 4 (“muitíssimas vezes”) através da qual o indivíduo avalia o grau em que cada problema o afetou na última semana. A aplicação demora, aproximadamente 10 minutos.

Relativamente às características psicométricas, a escala apresenta boa validade discriminativa e valores razoáveis a bons relativamente à consistência interna para as nove escalas [*alfa* de *Cronbach* a variar entre 0.71 (Psicoticismo) e 0.85 (Depressão)]. A fidelidade de teste-reteste para as nove dimensões varia entre 0.87 (Índice de Sintomas Positivos) e 0.91 (Índice Geral de Sintomas) (Canavarro, 2007).

Neste estudo, optámos pela utilização da medida de avaliação sumária de perturbação emocional – índice Geral de Sintomas (IGS), por se tratar de um índice sumário que permite avaliar de forma geral os sintomas apresentados pelos sujeitos, sendo composto pelo conjunto de itens do BSI que apresentam saturações elevadas nas dimensões em avaliação (Canavarro, 1999).

Inventário de Problemas de Comportamento - YSR

Com o intuito de avaliar problemas de expressão interiorizada e exteriorizada nos adolescentes, foi utilizada a versão portuguesa do *Youth Self Report* (Achenbach, 1991), adiante designado YSR, adaptada por Fonseca e Monteiro, 1999).

O YSR é um instrumento de autoavaliação para jovens entre os 11 e 18 anos, constituído por 112 itens que descrevem os comportamentos problemáticos relativamente às 6 dimensões/escalas seguintes: Comportamento Antissocial, Ansiedade/Depressão, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção/Hiperatividade, Queixas Somáticas, Isolamento. Estas escalas podem ser agrupadas em duas grandes síndromas: uma síndrome de problemas de expressão exteriorizada e outra de problemas emocionais ou de expressão interiorizada. A primeira síndrome engloba as escalas Comportamento Antissocial e Problemas de Atenção e a segunda as escalas Queixas Somáticas, Ansiedade/Depressão e Isolamento. Para além da pontuação específica para cada uma destas escalas, o YSR fornece também uma pontuação global de psicopatologia (Fonseca & Monteiro, 1999). Segundo Achenbach (1991, citado por Predebon & Wagner, 2005) a partir da análise da pontuação global o adolescente pode ser classificado em três categorias diferentes, clínica - pontuações for inferior a 60; limítrofe -

pontuações entre 60 e 63; clínica - pontuações superiores a 63. No entanto para discriminação entre grupos clínicos e não clínicos a categoria limítrofe deve ser incluída na categoria clínica.

A cotação dos itens é feita numa escala tipo *likert* de 0 (“não é verdade”) a 2 (“é verdade ou frequentemente verdade”) tendo em conta os últimos 6 meses. A aplicação demora aproximadamente 15 minutos.

Segundo Fonseca e Monteiro (1999), o YSR apresenta índices de consistência satisfatórios tanto para a escala global 0,80 como para as suas escalas (entre 0,70 e 0,80). Relativamente à fidelidade teste-reteste o valor encontrado para a escala total foi de 0,83 e para as outras escalas varia entre 0,28 e 0,89.

Neste estudo, optámos pela utilização das medidas de avaliação problemas de expressão interiorizada e exteriorizada por se tratar de índices sumários que permitem avaliar de forma geral os sintomas apresentados pelos sujeitos, e ainda a pontuação global de psicopatologia por permitir discriminar os sujeitos não clínicos e clínicos.

Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiares III – FACES III

Para avaliar o funcionamento familiar recorreremos neste estudo à versão portuguesa (realizada por Curral e colaboradores, 1999) de um instrumento sistémico dimensional, a *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III* (Olson, Portner, & Lavee, 1985).

Trata-se de um instrumento de autopreenchimento constituído por 20 itens que avaliam o funcionamento familiar em duas dimensões, a adaptabilidade e a coesão. Os participantes são instruídos a descrever da melhor forma a sua família na atualidade, classificando o grau em que determinado componente se encontra presente no seu funcionamento familiar. As respostas ocorrem numa escala tipo *likert* (de 1 a 5 pontos), em que a possibilidade de respostas vai desde “Quase Nunca” a “Quase Sempre”. A dimensão coesão e adaptabilidade são obtidas somando os valores assinalados nos itens ímpares para a coesão e pares para a adaptabilidade. O resultado proveniente de cada uma das dimensões e de cada parte do instrumento permite fazer a classificação do tipo familiar em que o indivíduo se insere (ver Figura 2.2).

Esta escala proporciona uma medição linear, na qual altas pontuações determinam sistemas familiares equilibrados e baixas pontuações sistemas familiares extremos (Olson, 2000). A aplicação demora aproximadamente 6 minutos.

Relativamente às características psicométricas, Currel e colaboradores (1999) referem valores de consistência interna de 0.80 na dimensão coesão e de 0.62 na dimensão adaptabilidade.

COESÃO			ADAPTABILIDADE			TIPO DE FAMÍLIA	
8	50	MUITO ENREDADO	8	50	MUITO FLEXÍVEL	8	EQUILIBRADA
	48			41			
7	47	ENREDADO	7	40	FLEXÍVEL	7	MODERADAMENTE EQUILIBRADA
	46			30			
6	45	ENREDADO	6	29	ESTRUTURADO	6	NÍVEL MÉDIO
	43			27			
5	42	DESLIGADO	5	26	RÍGIDO	5	EXTREMAS
	41			25			
4	40	DESMEMBRADO	4	24		4	
	38			23			
3	37		3	22		3	
	35			20			
2	34		2	19		2	
	25			15			
1	24		1	14		1	
	10			10			

Figura 2.2 Cotação Linear da FACES III (adaptado de Farate, 2000)

Índice de Stresse Parental – PSI

O stresse parental foi medido através do *Parenting Stress Index* (PSI) de R. Abidin (1995), na sua forma reduzida. O instrumento tem uma versão portuguesa completa (Abidin & Santos, 2003) e uma versão reduzida (por exemplo, Santos, 2008), que ainda se encontra em estudo.

Esta versão é constituída por 36 itens, com uma escala de resposta de 5 pontos (desde “discordo completamente” até 5 – “concordo completamente”), distribuídos por três subescalas distintas que remetem para a criança (“Criança Difícil”), a/o mãe/pai (“Dificuldade Parental”) e para a interação figura parental-criança (“Interação Disfuncional Mãe/Pai-Criança”) (Abidin & Santos, 2003). Cada subescala compreende 12 itens, podendo as pontuações variar entre 12 e 60. O instrumento fornece ainda a pontuação compósita total, que varia entre 36 a 180 pontos. Haskett, Scott, Grant, Ward, e Robinson (2003) sugerem que pontuações totais acima de 90 representam pais que experienciam níveis clínicos de stresse.

Quanto às características psicométricas, a escala evidencia uma boa consistência interna e coeficiente teste-reteste.

Questionário de Dados Sociodemográficos

O questionário utilizado para recolha de dados sociodemográficos da amostra foi adaptado de Lemos (2010). É constituído maioritariamente por questões fechadas e permite recolher informação relativa à criança e aos pais. As questões encontram-se agrupadas em função das dimensões contexto familiar, contexto escolar e dados clínicos.

2.4 Procedimento de recolha e de tratamento dos dados

Foi efetuado junto dos participantes o devido consentimento informado para participarem na investigação. No consentimento informado estavam descritos os objetivos do estudo, assim como o anonimato e a confidencialidade referente aos resultados obtidos no presente estudo. Subsequentemente responderam a um questionário com informação sociodemográfica, seguindo-se um conjunto de questionários para avaliação das variáveis em estudo.

A maior parte dos pais preferiram preencher os questionários em casa e entregá-los ao psicólogo responsável pelo seguimento do filho. Outros preencheram os questionários juntamente com a investigadora, num gabinete, com duração aproximada de 35 minutos. Todos os adolescentes responderam os questionários num gabinete de atendimento com os psicólogos que as seguiam.

Relativamente ao tratamento estatístico, os dos dados foram analisados quantitativamente através do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS (versão 16.0). Utilizámos procedimentos de análise descritiva, especificamente medida de tendência central (média), medida de dispersão (desvio-padrão), e amplitude (mínimo e máximo). Para a realização de correlação entre as variáveis recorremos ao coeficiente de correlação de *Spearman*, uma vez que a nossa amostra não é aleatória nem tem dimensão suficientemente grande para se aplicar o Teorema do Limite Central e este teste não exigir nenhum pressuposto de normalidade. O nível de significância usado para avaliar a significância dos testes estatísticos foi de 0.05.

3 Resultados

3.2 Caracterização do Stresse Parental

Tal como referido anteriormente, para a avaliação do stresse parental utilizámos o Índice de Stresse Parental. Primeiramente analisámos as características descritivas do stresse parental, cujos resultados se apresentam na Tabela 3.1.

Tabela 3.1 Média, Desvio-Padrão e Amplitude do stresse parental

	Média (DP)	Mínimo-Máximo
Distresse Parental	31.33 ± 7.59	16-44
Interação Mãe/Pai- Criança	31.24 ± 6.94	18-44
Criança Difícil	34.52 ± 7.65	21-45
Stresse Total	97.10 ± 19.68	58-127

Observámos que para a subescala distresse parental os participantes obtiveram uma média de 31.33 (DP = 7.59), valor mínimo 16 e máximo 44. No que diz respeito à interação pai/mãe - criança verificámos uma média de 31.24 (DP = 6.94), valor mínimo 18 e máximo 44. Na subescala criança difícil a média foi de 34.52 (DP = 7.65), valor mínimo 21 e máximo 45. Finalmente a média do stresse total foi de 97.10 (DP = 19.68), valor mínimo 58 e máximo 127. Este dado indica que pelo menos metade da amostra obteve resultados acima do valor de corte (pontuação no stresse total superior a 90). A Figura 3.2 apresenta a percentagem de casos distribuídos segundo o ponto de corte.

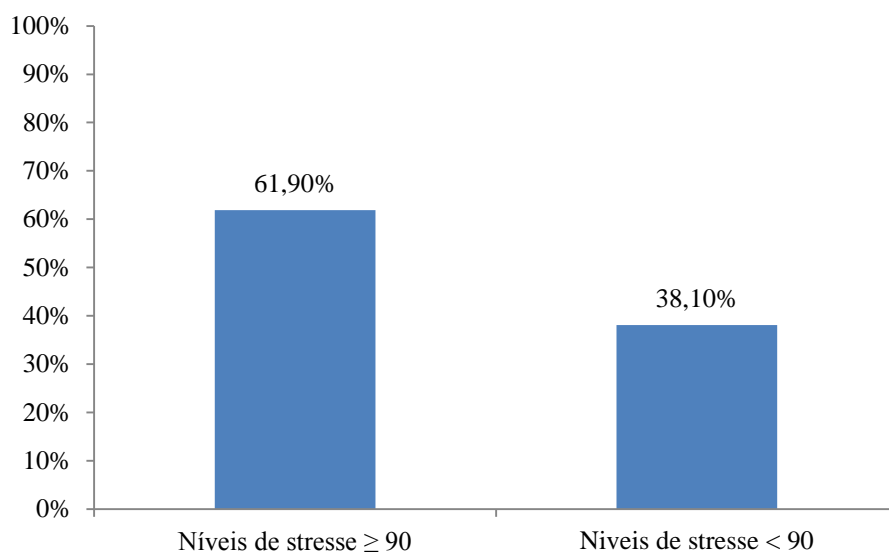


Figura 3.1 Percentagem de casos distribuídos segundo o Ponto de Corte

Como se pode verificar, 61,9% dos participantes obteve uma pontuação de stress total superior a 90, indicando que estes indivíduos experienciam níveis de stress parental clinicamente significante. Por seu turno 38,1% dos indivíduos apresentaram resultados abaixo do ponto de corte.

3.3 Caracterização dos Sintomas Psicopatológicos Parental

Os sintomas psicopatológicos foram acedidos através do cálculo do Índice Geral de Sintomas (IGS) avaliado pelo BSI. A média do IGS foi 1.19 (DP = 0.70), sendo o mínimo 0.21 e o máximo 2.79.

Com o intuito de distinguir os pais com ou sem sintomas psicopatológicos, calculámos o Índice de Sintomas Positivos (ISP), considerando o valor de corte para a população portuguesa (índice de sintomas positivos superior a 1,7) proposto por Canavarro (1995). Esta análise permitiu-nos verificar que 52.4% dos indivíduos apresentaram sintomas de perturbação psicopatológica (ver Figura 3.3).

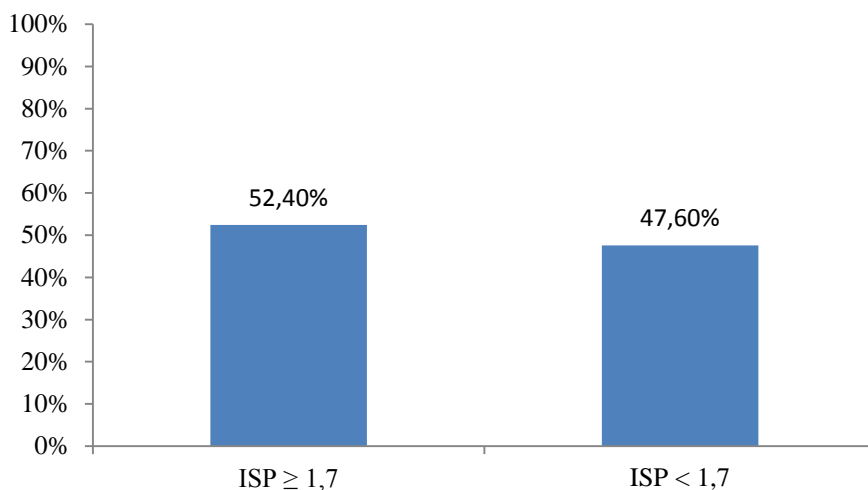


Figura 3.2 Percentagem de casos distribuídos segundo o ponto de corte do BSI

3.4 Caracterização do Funcionamento Familiar (Coesão e Adaptabilidade Familiares)

Obtivemos um valor médio de coesão familiar dos participantes no estudo de 34.38 (DP = 6.33), valor mínimo 23 e valor máximo 46. Relativamente à adaptabilidade familiar, obtivemos um valor médio de 27.43 (DP = 3.12), com valores mínimo e máximo de 19 e 32 respetivamente. No que diz respeito à classificação das famílias segundo os níveis de adaptabilidade (Figura 3.3) e coesão (Figura 3.4), verificámos que 71.40% dos participantes pontuaram no nível flexível e 47.60% dos participantes pontuaram no nível desmembrado, respetivamente.

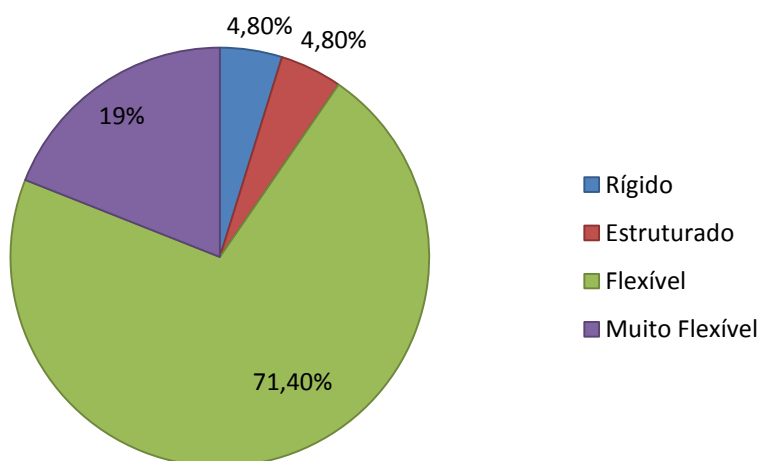


Figura 3.3 Percentagens de casos distribuídos segundo os níveis de adaptabilidade

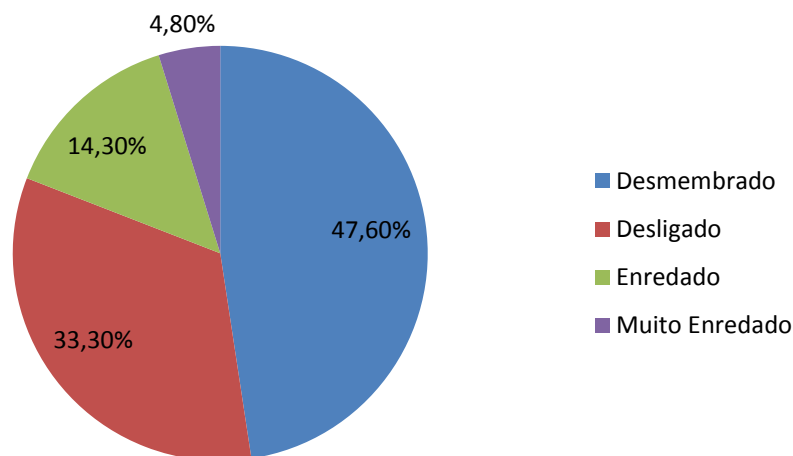


Figura 3.4 Percentagens de casos distribuídos segundo os níveis de coesão

Em termos do tipo familiar resultante das pontuações obtidas na dimensão coesão e adaptabilidade, verificámos que 66.7% dos participantes apresentaram tipos familiares médios, 23.8% tipos familiares equilibrados, e com uma percentagem igual 4.8% dos participantes apresentaram tipo familiares extremas e equilibrados (ver Tabela 3.2).

Tabela 3.2 Distribuição dos participantes consoante o tipo familiar (N = 21)

	Frequência	Percentagem
Extremas	1	4.8%
Nível Médio	14	66.7%
Moderadamente Equilibrada	5	23.8%
Equilibrada	1	4.8%

3.5 Caracterização da sintomatologia psicopatológica no adolescente

A sintomatologia psicopatológica no adolescente foi avaliada através das escalas problemas de expressão exteriorizada e interiorizada e total de problemas. A média de pontuação obtida para a dimensão problemas de expressão interiorizada foi de 13.90 (DP = 6.74), com valores mínimo e máximo de 4 e 30 respetivamente. Relativamente aos problemas de expressão exteriorizada os adolescentes obtiveram uma pontuação média de 11.43 (DP = 6.98), valor mínimo 3 e valor máximo 29. A média obtida no total de problemas foi de 60.38 (DP = 22.95), valor mínimo 20 e máximo de 99. Considerando que o ponto de corte para a

categoria clínica é uma pontuação total superior a 63, o resultado obtido sugere que 10 (47.6%) adolescentes apresentaram valores clinicamente significativos de sintomatologia psicopatológica. A Figura 3.5 ilustra esse resultado, a partir dos pontos de corte.

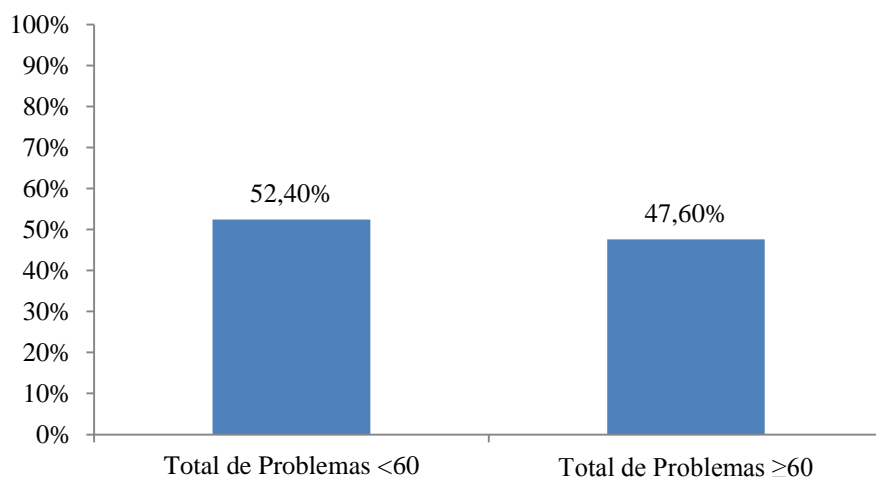


Figura 3.5 Percentagem de casos distribuídos segundo o ponto de corte do YSR

3.6 Relação entre o stresse parental e o funcionamento familiar (coesão e adaptabilidade familiares)

A Tabela 3.3 apresenta os resultados das correlações entre as subescalas que avaliam o stresse parental e o funcionamento familiar.

Tabela 3.3 Relação entre Stresse Parental e o funcionamento familiar (N=21)

	Coesão Familiar	<i>p</i>	Adaptabilidade Familiar	<i>p</i>
Distresse Parental	-0,111	0,633	-0,337	0,135
Interação Mãe/Pai-Criança	-0,031	0,893	-0,213	0,355
Criança difícil	-0,182	0,429	-0,204	0,375
Stresse Total	-0,140	0,545	-0,282	0,215

Como se pode verificar, nenhuma das subescalas que avaliam o stresse parental surgiu significativamente associada com as variáveis coesão e adaptabilidade familiares.

3.7 Relação entre o stresse parental e sintomatologia psicopatológica parental

No que diz respeito à relação entre o stresse parental e a sintomatologia psicopatológica, observámos associação moderada, positiva e significativa entre o IGS e o distresse parental ($r_{sp} = 0.670$, $p = 0.001$) criança difícil ($r_{sp} = 0.594$, $p = 0.005$) e total de stresse ($r_{sp} = 0.557$, $p = 0.009$) (Tabela 3.4).

Tabela 3.4 Relação entre Stresse Parental e sintomatologia psicopatológica parental (N=21)

	Índice Geral de Sintomas
Distresse Parental	0,670**
Interação Mãe/Pai-Criança	0,281
Criança difícil	0,594**
Stresse Total	0,557**

Nota: * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ (Nível de significância no SPSS);

3.8 Relação entre o stresse parental e problemas de expressão exteriorizada e interiorizada

Observámos uma correlação moderada, positiva e significativa entre o stresse total e os problemas de expressão interiorizada ($r_{sp} = 0.515$, $p = 0.017$). Encontrámos também uma correlação moderada, positiva e significativa entre o total de problemas e as subescalas interação mãe/pai - criança ($r_{sp} = 0.463$, $p = 0.035$), criança difícil ($r_{sp} = 0.570$, $p = 0.007$), e stresse total ($r_{sp} = 0.540$, $p = 0.012$) (Tabela 3.5).

Tabela 3.5 Relação entre Stresse Parental e sintomatologia psicopatológica infantil (N=21)

	Problemas de expressão exteriorizada	Problemas de expressão interiorizada	Total de Problemas
Distresse Parental	0,098	0,303	0,307
Interação Mãe/Pai-Criança	0,340	0,399	0,463*
Criança difícil	0,351	0,488*	0,570**
Stresse Total	0,313	0,515*	0,540*

Nota: * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ (Nível de significância no SPSS);

3.9 Relação entre o funcionamento familiar e a psicopatologia parental

No que diz respeito à análise das relações entre as variáveis relativas ao funcionamento familiar e à sintomatologia psicopatológica parental, obtivemos uma correlação moderada, negativa e significativa entre o IGS e as variáveis coesão ($r_{sp} = -0.597$, $p = 0.004$) e adaptabilidade familiares ($r_{sp} = -0.521$, $p = 0.015$).

3.10 Relação entre o funcionamento familiar e problemas de expressão exteriorizada e interiorizada

Tal como se pode verificar na Tabela 3.6, observámos uma relação moderada, negativa e significativa entre a adaptabilidade familiar e os problemas de expressão interiorizada ($r_{sp} = -0,452$; $p = 0,040$).

Tabela 3.6 Relação entre funcionamento familiar e sintomatologia psicopatológica infantil (N=21)

	Problemas de expressão exteriorizada	Problemas de expressão interiorizada	Total de Problemas
Coesão Familiar	-0.066	-0,361	-0,192
Adaptabilidade Familiar	-0080	-0,452*	-0,333

Nota: * $p \leq 0.05$ (Nível de significância no SPSS);

3.11 Relação entre a sintomatologia psicopatológica parental e problemas de expressão interiorizada e exteriorizada

Relativamente à análise das relações entre as variáveis sintomatologia psicopatológica parental e filial, não se verificaram relações significativas entre o IGS e os problemas de expressão exteriorizada ($r_{sp} = 0,026$; $p = 0,911$); problemas de expressão interiorizada ($r_{sp} = 0,364$; $p=0,105$) e Total de Problemas ($r_{sp} = 0,026$ $p = 0,169$)

4 Discussão

Este estudo teve como objetivos caracterizar os níveis de stresse parental, características do funcionamento familiar e eventuais problemas psicopatológicos numa amostra de pais de adolescentes que frequentam a consulta de psicologia clínica de um centro de saúde da Administração Regional de Saúde do Algarve e perceber se existiam ou não relações significativas entre estas variáveis.

A investigação realizada permitiu-nos encontrar alguns resultados que consideramos pertinentes. Não obstante, observamos outros inconclusivos face aos objetivos que nos propusemos estudar.

Relativamente ao stresse parental, verificámos que a maior parte dos pais (61.9%) reportou níveis de stresse clinicamente significativos. Estes resultados corroboram achados de Christophersen e Martinussen (2011), Deater-Deckard (1998), Jonston e Mash (2001), Tan e Rey (2005), cujos resultados dos estudos indicaram que pais de crianças que apresentavam sintomas de psicopatologia revelavam também níveis elevados de stresse parental.

Todos os pais tendem a experimentar stresse no desempenho do seu papel pelo que o stresse é um conceito intrínseco à parentalidade (Cuskelly, Hauser-Cram, & VanRiper, 2008). No entanto, quando a criança apresenta alguma condição psicológica ou física, como é o caso das crianças que compõem a nossa amostra, a parentalidade torna-se ainda mais exigente (Abidin, 1990), confrontando os pais com situações que requerem capacidades de *coping* (Webster-Stratton, 1990). Neste caso, na ausência de recursos eficazes para lidar e/ou resolver problemas, os pais avaliam a parentalidade como tendo mais exigências do que os recursos disponíveis/necessários para atendê-las, experienciando níveis clínicos de stresse, os quais poderão comprometer a qualidade da parentalidade (Abidin, 1990).

Embora as médias obtidas nas subescalas (criança difícil, interação pais-filhos, distresse parental) sejam similares entre si, parece que as características da criança são as que mais contribuem para o stresse parental, segundo a perceção dos pais em estudo. De fato os pais obtiveram uma pontuação média de stresse ligeiramente superior na dimensão criança difícil, isto é percebem os seus filhos como crianças difíceis de lidar, talvez devido a fatores de temperamento ou padrões aprendidos de desobediência e oposição. Segundo Abidin (1995, citado por Díaz-Herrero, Nuez, Pina, Pérez-López, & Martínez-Fuentes, 2010) pontuações elevadas nesta variável sugerem que os filhos podem estar a sofrer problemas importantes nos processos e mecanismos de autorregulação. Os dados acerca da

sintomatologia psicopatológica nos adolescentes confirmam este pressuposto, na medida em que constatámos que dez dos adolescentes da amostra (47.6%) apresentam valores clinicamente significativos de sintomatologia psicopatológica.

No tocante à sintomatologia psicopatológica parental observámos uma pontuação média de 1.20. Esta pontuação encontra-se acima dos valores de referência para indivíduos da população normal definidos por Canavarro (2007). Tendo por base o valor de corte do BSI para a população portuguesa observámos que treze (52.4%) dos pais demonstram valores clinicamente significativos para sintomatologia psicopatológica.

No que diz respeito ao funcionamento familiar verificámos que a maior parte dos participantes (66.7%) se localizam nos tipos familiares médios. Estes resultados indicam que estas famílias são equilibradas relativamente a uma das dimensões, neste caso adaptabilidade familiar, e extremas relativamente à outra, particularmente a coesão familiar (Olson, 2000). No caso da coesão, vimos que quase metade dos participantes (47.6%) pontuou no nível desmembrado, significando que as relações familiares destes participantes são caracterizadas pelo distanciamento extremo e escasso envolvimento entre os membros da família, que se mostram incapazes de se sustentarem uns aos outros ou de se entretajudarem na resolução de problemas, verificando-se uma ênfase na separação e na independência (Olson, 2000). Relativamente à adaptabilidade, 71.40% dos indivíduos pontuaram no nível flexível, traduzindo que nestas famílias a liderança é compartilhada, verificando-se um processo de negociação, partilha de papéis, disciplina democrática e alterações de papéis sempre que necessário (Olson, 2000). É possível que este resultado esteja relacionado com a fase desenvolvimental dos filhos (adolescência). Segundo Alarcão (2000) a fase do ciclo vital “família com filhos adolescentes” poderá ser a mais difícil do ciclo de vida, devido a necessidade de um equilíbrio entre as exigências familiares e as necessidades de cada um dos membros da família. Relvas (2006) descreve esta fase como o auge das funções da família enquanto sistema, permitindo a socialização e a individuação. No sistema familiar, há a necessidade de emergência de um novo padrão funcional na organização familiar ocorrendo, em termos estruturais, uma redefinição de limites e abertura do sistema ao exterior (Relvas, 2006). Uma das tarefas familiares consiste na gestão do equilíbrio entre autonomia e integração familiar do adolescente, através da negociação das regras e limites e da construção de um espaço íntimo, o que pode levar a conflitos reiterados entre pais e o adolescente.

Relativamente às correlações entre as variáveis, observámos: a) uma associação positiva entre a sintomatologia psicopatológica parental e o stresse parental; b) uma relação

negativa entre a sintomatologia psicopatológica parental e o funcionamento familiar (coesão e adaptabilidade); c) uma associação negativa entre a adaptabilidade familiar e os problemas de expressão interiorizada; d) e uma relação positiva entre o stresse parental, problemas de expressão interiorizada e total de problemas. Apresentamos de seguida a análise dos mesmos.

a) Associação positiva entre a sintomatologia psicopatológica parental e o stresse parental

Este resultado é consistente com os encontrados por Misri, Reebye, Milis, e Shah, (2006) e Sheinkopf e colaboradores (2005), que referem que a psicopatologia materna está relacionada com níveis elevados de stresse parental.

O nível de stresse parental experienciado pelos pais é determinado pela avaliação que estes fazem do *stressor* (Abidin, 1992). Esta avaliação é baseada nas cognições, crenças e expectativas que estes têm acerca do papel parental, que constituem o seu modelo de trabalho interno. O stresse parental serve como um motivador para utilizar os recursos disponíveis, tais como o apoio social, as competências parentais e cognitivas de *coping*. A quantidade de recursos acessíveis desempenha um papel importante no comportamento parental (Abidin 1992). Segundo Webster-Stratton (1990) as capacidades cognitivas e sociais de *coping* que são necessárias para reduzir o stresse parental são limitadas pela doença mental, aumentando o risco para uma parentalidade ineficaz.

b) Relação negativa entre a sintomatologia psicopatológica parental e a Coesão e Adaptabilidade familiares

Este resultado indica que quantos maiores os níveis de sintomatologia psicopatológica, menor tende a ser a perceção do grau de ligação emocional que os membros da família partilham uns com os outros e menor a capacidade do sistema familiar em mudar a estrutura de poder, e vice-versa. Comparações com a literatura quanto à relação entre estas variáveis revelam-se difíceis pois, os estudos acerca da coesão e adaptabilidade familiares debruçam-se particularmente sobre o subsistema filial. No entanto, encontramos um estudo realizado por Pilowsky, Wickramaratne, Nomura e Weissman (2006) com objetivo de determinar os efeitos independentes da depressão parental e discórdia familiar em crianças com alto e baixo risco de depressão. Os autores avaliaram as seguintes dimensões da discórdia familiar: pobre ajustamento marital, discórdia pais-filhos, baixa coesão familiar, divórcio parental e controlo sem afeto. Os resultados apontaram para uma associação entre a

discórdia familiar e a depressão parental, mais especificamente entre a baixa coesão familiar e a depressão parental.

Da mesma forma, Uruk, Sayger e Cogdal (2007), embora com numa amostra de estudantes universitários, encontraram uma relação positiva entre a perceção de coesão e adaptabilidade familiares e o bem-estar psicológico, e uma relação negativa entre a perceção da coesão e adaptabilidade familiares e a presença de sintomatologia traumática. Do ponto de vista do Modelo Circumplexo a relação significativa entre o bem-estar psicológico e o funcionamento familiar pode estar relacionado com três funções importantes da família que não podem ser totalmente substituídas por outra estrutura social, a coesão e a adaptabilidade familiares e a comunicação. Sistemas familiares coesos e adaptáveis favorecem o bem-estar psicológico (Uruk, Sayger, & Cogdal, 2007).

c) Associação negativa entre a adaptabilidade familiar e os problemas de expressão interiorizada

Este resultado sugere que quanto menor for a pontuação na dimensão adaptabilidade familiar, maior será a pontuação obtida na escala de problemas de expressão interiorizada. Isto é, quanto mais o sistema familiar manifesta uma liderança autoritária, disciplina rigorosa, dificuldade na mudança e alterações de papéis, mais os adolescentes tenderão a manifestar problemas de expressão interiorizada. Este dado corrobora as ideias de Olson (2000); Olson e Gorall (2003) que referem que níveis muito baixos de adaptação tendem a ser problemáticos para os membros da família e para as relações a longo prazo entre os mesmos, devido à tensão que se cria (Olson, 2000). Também Peleg-Popko e Dar (2001), embora numa amostra de crianças com idades compreendidas entre os 5 e 6 anos, encontraram uma associação negativa entre a adaptabilidade familiar e medo de estranhos. Da mesma forma Pedras e Pereira (2010) verificaram, numa amostra de 53 filhos adultos de pais Veteranos da Guerra Colonial, uma relação negativa entre a adaptabilidade na família e sintomatologia traumática.

Numa família coesa e organizada observa-se uma comunicação positiva, reciprocidade, abertura para expressão de sentimentos, sentido de pertença e regras claras definidas. Em contraste, num ambiente familiar disfuncional verifica-se dificuldade/problemas na comunicação, sentimentos suprimidos, membros afastados, e uma estrutura rígida e/ou pouco clara (Olson, Russell & Sprenkle, 1989, citados por Uruk, Sayger & Cogdal, 2007). Segundo Rapee (1997), o controlo parental limita as oportunidades da criança aprender como deve lidar com novas situações. Wood, McLeod, Sigman, Hwang, e

Chu (2003) acrescentam que os comportamentos controladores dos pais não permitem aos filhos desenvolverem comportamentos apropriados para a idade. A falha no desenvolvimento apropriado suscita falta de controlo percebido, domínio e autonomia.

d) Relação positiva entre o stresse parental e os problemas de expressão interiorizada e total de problemas

Os resultados por nós obtidos corroboram os resultados dos estudos desenvolvidos por Anthony e colaboradores (2005), por Rodriguez (2011) e por Vierhaus, Lohaus, Schmitz e Schoppmeier (2013). Especificando, Vierhaus e colaboradores (2013) realizaram um estudo com uma amostra não clínica constituída por mães de adolescentes e os seus filhos, visando examinar a relação recíproca entre o stresse parental e os problemas de comportamento. Os resultados apontaram para uma associação entre o stresse parental e os problemas de expressão interiorizada e exteriorizada. Do mesmo modo, Rodriguez (2011) encontrou uma correlação entre os níveis de stresse parental e problemas de expressão interiorizada, particularmente de ansiedade e a depressão, numa mostra de 92 mães e seus filhos.

De acordo com Deater-Deackard (1998) pais que experienciam níveis elevados de stresse manifestam uma parentalidade pobre o que acarreta consequências negativas no desenvolvimento da criança. Guajardo, Snyder e Petersen (2009), Pianta e Egeland (1990) e Webster-Stratton (1990) concordam que a vivência de elevados níveis de stresse parental aumenta a probabilidade dos pais se tornarem mais irritáveis, críticos e punitivos, e menos responsivos e afetuosos e mais propensos a utilizarem técnicas disciplinares negativas de poder-afirmação o que, por sua vez, potencia desenvolvimento perturbado e problemas emocionais e comportamentais.

No sentido contrário ao apontado na literatura por Williford, Calkins, e Keane, (2007), por Anthony e colaboradores, (2005), e por Neece, Green, & Baker, (2012) não encontramos no nosso estudo associações significativas entre o stresse parental e os problemas de expressão exteriorizada. Também não observámos quaisquer associações significativas entre psicopatologia parental e os problemas de expressão exteriorizada e interiorizada no adolescente (Biederman, e colaboradores, 2006; Burstein, Ginsburg, & Tein, 2010; Colletti, e colaboradores 2009; Gross, Shaw, & Moilanen, 2008; Hirshfeld-Becker, e colaboradores, 2008) e entre o stresse parental e a coesão e adaptabilidade familiares. Este fato poderá dever-se ao reduzido tamanho da amostra. Sabemos que do ponto de vista estatístico, “para um dado risco de erro o teste é tanto mais eficaz quanto maior for o número de casos” e que, por isso,

“ao trabalhar com amostras pequenas expomo-nos a descobrir apenas as diferenças/correlações importantes” (Sceartz, 1963, pp. 99-100, citado por Farate, 2000).

O presente estudo apresenta diversas limitações. Em primeiro lugar, é importante salientar a dimensão reduzida da amostra, que como mencionado anteriormente influi nos resultados obtidos. De igual modo, a sua falta de representatividade geográfica não permite a sua generalização para a população geral. Em segundo lugar tem-se que as idades dos adolescentes nem sempre correspondem às idades mínimas/máximas de aplicação do questionário, como é o caso do *Youth Self Report* em que a idade mínima de aplicação são 11 anos idade - o que pode ter influenciado a interpretação dos itens pelos adolescentes.

O fato de o funcionamento familiar só ter sido medido por um instrumento – FACES III – e só ter sido aplicado aos pais constituem limitações do estudo. Partindo do pressuposto lógico experiencial de que os membros da família têm visões distintas do seu sistema familiar, Olson, Bell e Portner (1983, citados por Prioste, Cruz, & Narciso, 2010) salientam a importância da FACES ser aplicada a todos os membros da família, no sentido de capturar a complexidade familiar. Usando apenas a perspectiva dos pai/mãe as respostas estão limitadas à sua percepção subjetiva.

Teria sido interessante utilizar uma amostra de comparação de forma a estudar a existência de eventuais diferenças entre os grupos. Embora o projeto inicial desta dissertação de mestrado tivesse delineado recolher uma amostra não clínica, constrangimentos ao nível do tempo inviabilizaram a recolha. Apesar dos resultados obtidos não terem sido conclusivos na sua maioria, a realização deste trabalho de investigação permitiu recolher informações que nos possibilitaram iniciar uma reflexão sobre a temática estudada e poderão servir de ponto de partida para um trabalho futuro. Como proposta de trabalho futuro seria interessante avaliar um grupo clínico significativamente maior e ainda uma amostra não clínica que torne possível estabelecer comparações entre os grupos, de forma a aprofundar esta problemática.

A associação entre o stresse parental, a sintomatologia psicopatológica parental e os problemas de expressão interiorizada nos adolescentes evidencia a importância de avaliar o stresse parental dentro do sistema familiar. Concretamente uma deteção antecipada de elevados níveis de stresse poderá ajudar a prevenir sérias consequências no funcionamento psicológico individual de cada um dos progenitores, nas relações conjugais e no bem-estar dos filhos.

Tendo em conta que a família é considerada o sistema que mais influencia o desenvolvimento da criança, surgindo como o mais poderoso sistema de socialização para o

desenvolvimento saudável da criança e do adolescente (Coatsworth, Patin, & Szapocnik, 2002), para que um trabalho com as crianças seja bem-sucedido, a família deve assumir o aspeto central dessa intervenção (Aiello & Williams, 2001, citados por Rios & Williams, 2008). Neste sentido, parece ser de suma importância que as instituições, que dispõem de serviço de saúde mental, tais como os hospitais e os centros de saúde, trabalhem não apenas com o elemento “problemático”, mas também com o sistema familiar em que eles se inserem, no sentido de obter resultados consistentes.

5 Referências Bibliográficas

- Abidin, R. R. (1990). Introduction to the special issues: The stress of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 298-301.
- Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(4), 407-412.
- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index – Manual* (3rd ed.). Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Abidin, R. R., & Santos, S. V. (2003). *Índice de Stress Parental (PSI) - Manual* (1ª ed.). Lisboa: CEGOC-TEA.
- Achenbach, T.M. (1991). Integrative Guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Alarcão, M. (2000). *(des)equilíbrios familiares*. Lisboa: Quarteto.
- Alarcão, M. & Relvas, A. P. (2002). *Novas formas de Família*, Coimbra: Quarteto.
- Anthony, L. G., Anthony, B. J., Glanville, D. N., Naiman, D. Q., Waanders, C., & Shaffer, S. (2005). The relationships between parenting stress, parenting behaviour and preschoolers' social competence and behaviour problems in the classroom. *Infant & Child Development*, 14(2), 133-154.
- Arpawong, T., Sun, P., Chang, M. C., Gallaher, P., Pang, Z., Guo, Q., Johnson, C. A., & Unger, J. (2010). Family and Personal Protective Factors Moderate the Effects of Adversity and Negative Disposition on Smoking Among Chinese Adolescents. *Substance Use & Misuse* 45, 1367-1389.
- Bayer, J. K., Sanson, A. V., & Hemphill, S. A. (2006). Parent influences on early childhood internalizing difficulties. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 27(6), 542-559.
- Barker, E. D., Copeland, W., Maughan, B., Jaffee, S. R., Uher, R. (2012). Relative impact of maternal depression and associated risk factors on offspring psychopathology. *British Journal of Psychiatry*, 200(2), 124-129.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Biederman, J., Petty, C., Faraone, S. V., Henin, A., Hirshfeld-Becker, D., Pollac, M. H., De Figueiredo, S., Feeley, R., & Rosenbaum, J. F. (2006). Effects of parental anxiety disorders in children at high risk for panic disorder: A controlled study. *Journal of Affective Disorders*, 94 (1-3), 191-197.
- Burstein, M., Ginsburg, G. S., & Tein, J. (2010). Parental anxiety and child symptomatology: An examination of additive and interactive effects of parent psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(7), 897-909.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI. In Mário R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*, 2, 96-109. Braga: APPORT/SHO.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma Revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In Almeida, L., Simões, M., Machado, C., & Gonçalves, M. (Eds). *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa, vol. III*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Coatsworth, J. D., Pantin, H., & Szapocnik, J. (2002). Familias Unidas: A family-centered ecodevelopmental intervention to reduce risk for problem behavior among hispanic adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(2), 113-132.

- Colletti, C. J. M., Forehand, R. L., Garai, E. P., Rakow, A., McKee, L., Fear, J. M., & Compas, B. E. (2009). Parent depression and child anxiety: An overview of the literature with clinical implications. *Child and Youth Care Forum*, 38, 151-160.
- Creasey, G., & Reese, M. (1996). Mothers' and fathers' perceptions of parenting hassles: Associations with psychological symptoms, nonparenting hassles, and child behavior problems. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 17, 393-406.
- Crnic, K. A., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2nd ed., Vol.5, pp. 243-267). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Crnic, K. A., Gaze, C., & Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: Relations to maternal parenting and child behaviour at age 5. *Infant & Child Development*, 14(2), 117-132.
- Crouch, J., & Behl, L. (2001). Relationships among parental beliefs in corporal punishment, reported stress, and physical child abuse potential. *Child Abuse and Neglect*, 25, 413-419.
- Cumsille, P. E., & Epstein, N. (1994). Family cohesion, family adaptability, social support, and adolescent depressive symptoms in outpatient clinic families. *Journal of Family Psychology*, 8(2), 202-214.
- Curral, R., Dourado, F., Roma Torres, A., Barros, H., Pacheco Palha, A. & Almeida, L. (1999). Coesão e Adaptabilidade Familiares numa amostra Portuguesa: estudo com o FACES III. *Psiquiatria Clínica*, 20, (3), 213-217.
- Cuskelly, M., Hauser-Cram, P., & Van Riper, M. (2008). Families of children with down syndrome: What we know and what we need to know. *Down Syndrome, Research and Practice*, 105-113.
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypothesis and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 314-332.
- Deater-Deckard, K. (2005). Parenting stress and children's development: Introduction to the special issue. *Infant and Child Development*, 14, 111-115.
- Derogatis, L. R. (1982). *BSI: Brief Symptom Inventory*. Minneapolis: National Computers Systems.
- Farate, C. (2000). *O Acto do Consumo e o Gesto que Consome*. Quarteto Editora
- Feldman, S. S., Rubenstein, J. L., & Rubin, C. (1988). Depressive affect and restraint in early adolescents: Relationships with family structure, family process and friendship. *Journal of Early Adolescence*, 8, 279-296.
- Fonseca, A. C., & Monteiro, C. M. (1999). Um Inventários de problemas do comportamento para crianças e adolescentes: o *Youth Self Report de Achenbach*. *Psychologica*, 21, 79-96.
- Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Marsteller, F. McKeown, R., & Addy, C. (1990). A longitudinal study of depressive symptomatology in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 581-585.
- Guajardo, N. R., Snyder G., & Petersen, R. (2009). Relationships among parenting practices, parental stress, child behaviour, and children's social-cognitive development. *Infant and Child Development*, 18, 37-60.
- Gross, H.E., Shaw, D.S., & Moilanen, K.L. (2008). Reciprocal Associations between Boys' Externalizing Problems and Mothers' Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(5), 693-709.
- Harmon, D. K., & Perry, A. R. (2011). Fathers' unaccounted contributions: Paternal involvement and maternal stress. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 92, 176-182.

- Haskett, M. E., Scott, S. S., Grant, R., Ward, C. S., & Robinson, C. (2003). Child-related cognitions and affective functioning of physically abusive and comparison parents. *Child Abuse & Neglect*, 27, 663-686.
- Henderson, A. D., Sayger, T. V., & Horne, A. M. (2003). Mothers and sons: A look at the relationship between child behavior problems, marital satisfaction, maternal depression, and family cohesion. *The Family Journal: Counseling and Therapy for couples and family*, 11 33-41.
- Díaz-Herrero, A. Nuez, A. G. B., Pina, J. A. L., Pérez-López, & Martínez-Fuentes, M. T. (2010). Estructura factorial y consistência interna de la versión española del Parenting Stress Index-Short Form. *Psicothema*, 22(4), 1033-1038.
- Hirshfeld-Becker, D., Petty, C., Micco, J., Henin, A., Park, J., Bulin, A., Rosenbaum, J., & Biederman J. (2008). Disruptive behavior disorders in offspring of parents with major depression: associations with parental behavior disorders. *Journal of Affective Disorders*, 111(2-3), 176-184.
- Hunstman, L. (2008). Parents with mental health issues: *Consequences for children and effectiveness of interventions designed to assist children and their families. Literature review*. Sydney: NSW Department of Community Services.
- Jakobsen, I.S., Horwood L. J., & Fergusson, D.M. (2012). Childhood anxiety/withdrawal, adolescent parent-child attachment and later risk of depression and anxiety disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 21(2), 303-310.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183-207.
- Kane, P., & Garber, J. (2004). The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 24, 339-360.
- Lemos, I. T. (2010). Risco psicossocial e psicopatologia em adolescentes com percurso delinquent. *Análise Psicológica* 1(28), 117-132.
- Lieb, R., Isensee, B., Höfler, M., Pfister, H., & Wittchen, H. U. (2002). Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 59(4), 365-74.
- Mäntymaa, M., Puura, K., Luoma, I., Salmelin, R.K., Tamminen, T. (2004). Early mother-infant interaction, parental mental health and symptoms of behavioral and emotional problems in toddlers. *Infant Behavior and Development*, 27(2), 134-149.
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1990). Determinants of parenting stress: Illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 313-328.
- Mendes, A. V., Loureiro, S. R., & Crippa, J. A. (2008). Depressão materna e saúde mental de escolares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(5), 178-186.
- Misri, S., Reebye, P., Milis, L., & Shah, S. (2006). The impact of treatment intervention of parenting stress in postpartum depressed mothers: A prospective study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76,115-119.
- Neece, C.L., Green, S. A., & Baker, B.L. (2012). Parenting Stress and Child Behavior Problems: A Transactional Relationship Across Time. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(1), 48-66.
- Olson, D., Portner, J. & Lavee, Y. (1985). *FACES III*. Minnesota: Family Social Science.
- Olson, D. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.

- Olson, D. H., & Gorall, D. M. (2003). Circumplex Model of Marital & Family Systems. Em F. Walsh (Ed). *Normal Family Processes*. New York: Guilford: 514-547.
- Olson, D. H. (2011). Faces IV and the circumplex model: validation study. *Journal of marital and family therapy*, 31 (1), 64-80.
- Pedras, S., & Pereira, M. G. (2010). O Papel da Adaptabilidade Familiar na Adopção de Comportamentos de Saúde em Filhos de Veteranos de Guerra com Sintomatologia Traumática. *Actas do Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 1373-1387.
- Peleg-Popko, O., & Dar, R. (2001). Marital Quality, Family Patterns, and Children's Fears and Social Anxiety. *Contemporary Family Therapy*, 23 (4) 465-487.
- Pianta, R., & Egeland, B. (1990). Life stress and parenting outcomes in a disadvantaged sample: Results of the Mother-Child Interaction. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19 (4), 329-336.
- Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P., Nomura, Y., & Weissman, M. M. (2006). Family discord, parental depression, and psychopathology in offspring: 20-year follow-up. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(4), 452-460.
- Predebon, J. C., & Wagner, A. (2005). Problemas de comportamento na adolescência: Configuração familiar e aspectos sociodemográficos. *Revista Praxis 2*, 1-11.
- Prioste, A., Cruz, D., & Narciso, I. (2010). Circularidade Relacional: Padrões de Funcionalidade Familiar Percepidos e o Ajustamento Psicológico em Adolescentes. *Psicologica*, 52(1), 447-467.
- Ramchandani, P. G. & Psychogiou, L. (2009). Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *The Lancet*, 374, 646-653.
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., O'Connor, T. G. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *The Lancet*, 365, 2201-2205.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review* 17: 47-67.
- Relvas, A. P. (2006). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores
- Rios, K. S. A., & Williams, L. C. A. (2008). Intervenção com Famílias como Estratégia de Prevenção de Problemas de Comportamento em Crianças: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 13(4), 799-806.
- Rishel, C. (2012). Pathways to Prevention for Children of Depressed Mothers: A Review of the Literature and Recommendations for Practice. *Depression Research and Treatment*, 2012, 1-11.
- Rodriguez, C.M., & Green, A. J. (1997). Parenting stress and angerexpression as predictors of child abuse potential. *Child Abuse & Neglect*, 21, 367-377.
- Rodriguez, C. M. (2011). Association between Independent Reports of Maternal Parenting Stress and Children's Internalizing Symptomatology. *Journal of Child and Family Studies*, 20(5), 631-639.
- Roelofs, J., Meesters, C., Ter Huurne, M., Bamelis, L., & Muris, P. (2006). On the Links between Attachment Style, Parental Rearing Behaviors, and Internalizing and Externalizing Problems in Non-Clinical Children. *Journal of Child And Family Studies*, 15(3), 319-332.
- Schreier, A., Wittchen, H., Hofler, M., & Lieb, R. (2008). Anxiety disorders in mothers and their children: prospective longitudinal community study. *The British Journal of Psychiatry*, 192(4), 308-309.

- Sheinkopf, S. J., Lester, B. M., LaGasse, L. L., Seifer, R., Bauer, C. R., Shankaran, S., Bada, H. S., Poole, W. K., & Wright, L. L. (2005). Interactions between maternal characteristics and neonatal behavior in the prediction of parenting stress and perception of infant temperament. *Journal of Pediatric Psychology, 31*, 27–40.
- Solem, M., Christophersen, K., & Martinussen, M. (2011). Predicting parenting stress: Children's behavioural problems and parents' coping. *Infant & Child Development, 20*(2), 162-180.
- Tafà, M., & Baiocco, R. (2009). Addictive Behavior and Family Functioning During Adolescence. *The American Journal of Family Therapy 37*, 388-395.
- Tahmassian, K., Fathabadi, M., & Anari, M.A. (2011). The Influencing Factors of parenting stress in Iranian mothers. *International Conference on Social Science and Humanity, 5*, 190-192.
- Tan, S., & Rey, J. (2005). Depression in the young, parental depression and parenting stress. *Australian Psychiatry, 13*(1), 76-79.
- Uruk, A., Sayger, T. V., Cogdal, P. A. (2007). Examining the Influence of Family Cohesion and Adaptability on Trauma Symptoms and Psychological Well-Being. *Journal of College Student Psychotherapy, 22*(2), 51-63.
- Vierhaus, M., Lohaus, A., Schmitz, A., & Schoppmeier, M. (2013). Relationships between Maternal Parenting Stress and Reports on Children's Internalizing and Externalizing Problems: A Cross-Lageed Structural Equation Model. *Journal of Educational and Developmental Psychology, 3* (1), 39-50.
- Webster-Stratton, C. (1990). Stress: A potential disruptor of parent perceptions and family interactions. *Journal of Clinical Child Psychology, 19*, 302-312.
- Weinfield, N., Ingerski, L., & Moreau, C. S. (2009). Maternal and paternal depressive symptoms as predictors of toddler adjustment. *Journal of Child and Family Studies 18*, 39-47.
- Weissman, M. M., Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P. J., Talati, A., Wisniewski, S. R., Fava, M., Hughes, C. W., Garber, J., Malloy, E., King, C. A., Cerda, G., Sood, A. B., Alpert, J. E., Trivedi, M. H., & Rush, A. J. (2006). Remissions in maternal depression and child psychopathology: a STAR*D-child report. *JAMA, 295*(12), 1389-1398.
- Williford, A. P., Calkins, S.D., & Keane, S.P. (2007). Predicting change in parenting stress across early childhood: Child and maternal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*, 251-263.
- Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W. C., e Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*, 134–151.

6. Anexos

ANEXO A: Inventário de Sintomas Psicopatológicos

BSI

Instruções: A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixo nenhuma pergunta por responder.

	Nunca	Pouco e vezes	Alguma e vezes	Muitas vezes	Muito muitas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	0	1	2	3	4
2. Desmaios ou tonturas	0	1	2	3	4
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	0	1	2	3	4
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	0	1	2	3	4
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	0	1	2	3	4
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	0	1	2	3	4
7. Dores sobre o coração ou no peito	0	1	2	3	4
8. Medo na rua ou praças públicas	0	1	2	3	4
9. Pensamentos de acabar com a vida	0	1	2	3	4
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	0	1	2	3	4
11. Perder o apetite	0	1	2	3	4
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	0	1	2	3	4
13. Ter impulsos que não se podem controlar	0	1	2	3	4
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	0	1	2	3	4
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	0	1	2	3	4
16. Sentir-se sozinho	0	1	2	3	4
17. Sentir-se triste	0	1	2	3	4
18. Não ter interesse por nada	0	1	2	3	4
19. Sentir-se atemorizado	0	1	2	3	4
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	0	1	2	3	4
21. Sentir que as outras pessoas não são amigos ou não gostam de si	0	1	2	3	4
22. Sentir-se inferior aos outros	0	1	2	3	4
23. vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	0	1	2	3	4
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	0	1	2	3	4
25. Dificuldade em adormecer	0	1	2	3	4

ANEXO B: Inventário de Problemas de Comportamento

INSTRUÇÕES: Apresenta-se a seguir uma lista de frases que se utilizam para descrever rapazes e raparigas. Lê cada uma delas e indica até que ponto elas descrevem a maneira como tu és actualmente, ou tens sido durante os últimos 6 meses. Coloca um círculo à volta do **2** se essa descrição é muitas vezes verdadeira. Se a descrição só às vezes for verdadeira, coloca o círculo à volta do **1**. Se a descrição não for verdadeira, coloca o círculo à volta do **0**. Por Favor, responde o melhor que puderes.

0 = Não verdadeira.....

1 = Às vezes verdadeira.....

2 = Muitas vezes verdadeira

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 1. Comporto-me de uma maneira demasiado infantil para a minha idade..... | 0 | 1 | 2 |
| 2. Tenho alergias..... | 0 | 1 | 2 |
| (descreve):_____ | | | |
| 3. Discuto por tudo e por nada..... | 0 | 1 | 2 |
| 4. Tenho asma..... | 0 | 1 | 2 |
| 5. Comporto-me como se fosse do sexo oposto..... | 0 | 1 | 2 |
| 6. Gosto de animais..... | 0 | 1 | 2 |
| 7. Sou fanfarrão ou gabarola..... | 0 | 1 | 2 |
| 8. Não consigo concentrar-me, sou incapaz de estar atento(a) durante muito tempo.... | 0 | 1 | 2 |
| 9. Não consigo livrar-me de certos pensamentos ou obsessões..... | 0 | 1 | 2 |
| (descreve):_____ | | | |
| 10. Não sou capaz de me manter sentado(a), sou irrequieto(a) ou hiperactivo(a)..... | 0 | 1 | 2 |
| 11. Prendo-me aos adultos, sou demasiado dependente..... | 0 | 1 | 2 |
| 12. Sinto-me sozinho..... | 0 | 1 | 2 |
| 13. Sinto-me confuso(a) ou desorientado(a)..... | 0 | 1 | 2 |

Stresse Parental, Psicopatologia e Funcionamento Familiar: associações com a psicopatologia dos filhos

14. Choro muito.....	0	1	2
15. Sou muito honesto(a).....	0	1	2
16. Sou cruel, violento(a) ou mesquinho(a) para com os outros.....	0	1	2
17. Sonho acordado(a) ou perco-me nos meus pensamentos.....	0	1	2
18. Firo-me de propósito ou tenho tentado suicidar-me.....	0	1	2
19. Estou sempre a exigir atenção.....	0	1	2
20. Destruo as minhas próprias coisas.....	0	1	2
21. Destruo coisas da minha família ou dos meus colegas.....	0	1	2
22. Desobedeço aos meus pais.....	0	1	2
23. Sou desobediente na escola.....	0	1	2
24. Não como tão bem como devia.....	0	1	2
25. Não me dou bem com os meus colegas.....	0	1	2
26. Não me sinto culpado(a) depois de me ter comportado mal.....	0	1	2
27. Sou invejoso(a) por tudo e por nada.....	0	1	2
28. Gosto de ajudar os outros quando eles precisam.....	0	1	2
29. Tenho medo de certos animais, situações ou lugares (sem ser medo da escola).....	0	1	2
(descreve-os):_____			
30. Tenho medo de ir para a escola.....	0	1	2
31. Tenho medo de poder pensar ou fazer qualquer coisa de mal.....	0	1	2
32. Sinto que tenho de ser perfeito(a).....	0	1	2
33. Sinto ou queixo-me de que ninguém gosta de mim.....	0	1	2
34. Sinto que os outros andam atrás de mim para me apanharem.....	0	1	2

35. Acho-me sem valor ou sinto-me inferior aos outros.....	0	1	2
36. Magoo-me muito, em acidentes.....	0	1	2
37. Meto-me em muitas bulhas.....	0	1	2
38. Fazem pouco de mim frequentemente.....	0	1	2
39. Ando com outros que se mentem em sarilhos.....	0	1	2
40. Ouço sons ou vozes que não existem.....	0	1	2
(descreve):_____			
41. Sou impulsivo(a) ou faço as coisas sem pensar.....	0	1	2
42. Gosto mais de estar sozinho(a) que acompanhado(a).....	0	1	2
43. Sou mentiroso(a) ou batoteiro(a).....	0	1	2
44. Gosto de roer as unhas.....	0	1	2
45. Sou nervoso(a), excitável ou tenso(a).....	0	1	2
46. Tenho movimentos nervosos ou tiques.....	0	1	2
(descreve):_____			
47. Tenho pesadelos.....	0	1	2
48. Os meus colegas não gostam de mim.....	0	1	2
49. Consigo fazer algumas coisas melhor do que os outros da minha idade.....	0	1	2
50. Sou demasiado medroso(a) ou ansioso(a).....	0	1	2
51. Tenho tonturas.....	0	1	2
52. Sinto-me demasiado culpado(a).....	0	1	2
53. Como demais.....	0	1	2

54. Canso-me demais.....	0	1	2
55. Tenho peso excessivo.....	0	1	2
56. Tenho problemas físicos sem causa médica conhecida:			
a) Dores (sem ser dores de cabeça).....	0	1	2
b) Dores de cabeça.....	0	1	2
c) Náuseas, enjoos.....	0	1	2
d) Problemas de visão.....	0	1	2
(descreve-os):_____			
e) Irritações cutâneas ou outros problemas de pele.....	0	1	2
f) Dores de estômago ou câibras.....	0	1	2
g) Vômitos.....	0	1	2
h) Outros problemas.....	0	1	2
(descreve-os):_____			
57. Agrido fisicamente as pessoas.....	0	1	2
58. Arranco coisas do nariz, da pele ou de outras partes do corpo.....	0	1	2
(descreve):_____			
59. Consigo ser muito simpático(a).....	0	1	2
60. Gosto de experimentar coisas ou situações novas.....	0	1	2
61. O meu trabalho escolar é fraco.....	0	1	2
62. Tenho fraca coordenação, sou desajeitado(a).....	0	1	2
63. Prefiro andar com colegas mais velhos(as).....	0	1	2
64. Prefiro andar com colegas mais novos(as).....	0	1	2

Stresse Parental, Psicopatologia e Funcionamento Familiar: associações com a psicopatologia dos filhos

65. Recuso-me a falar.....	0	1	2
66. Repito insistentemente certos actos ou tenho compulsões.....	0	1	2
(descreve):_____			
67. Fujo de casa.....	0	1	2
68. Grito muito.....	0	1	2
69. Sou reservado(a), guardo as coisas para mim.....	0	1	2
70. Vejo coisas que não se encontram presentes.....	0	1	2
(descreve):_____			
71. Sinto-me embaraçado(a) ou pouco à vontade.....	0	1	2
72. Pego fogo de propósito.....	0	1	2
73. Consigo trabalhar bem com as minhas mãos.....	0	1	2
74. Gosto de me exhibir ou de fazer palhaçadas.....	0	1	2
75. Sou envergonhado(a) ou tímido(a).....	0	1	2
76. Durmo menos do que os outros da minha idade.....	0	1	2
77. Durmo mais do que os outros da minha idade durante o dia e/ou noite.....	0	1	2
78. Tenho uma boa imaginação.....	0	1	2
79. Tenho problemas da fala.....	0	1	2
(descreve):_____			
80. Defendo bem os meus direitos (aquilo que é meu).....	0	1	2
81. Roubo em casa.....	0	1	2
82. Roubo fora de casa.....	0	1	2
83. Acumulo coisas de que não necessito.....	0	1	2

- (descreve): _____
84. Faço coisas que as outras pessoas acham estranhas.....0 1 2
- (descreve): _____
85. Tenho ideias que as outras pessoas julgariam estranhas.....0 1 2
- (descreva): _____
86. Sou teimoso(a).....0 1 2
87. O meu humor ou os meus sentimentos mudam bruscamente.....0 1 2
88. Gosto de estar com as outras pessoas.....0 1 2
89. Sou desconfiado(a).....0 1 2
90. Digo palavrões ou obscenidades.....0 1 2
91. Penso em matar-me.....0 1 2
92. Gosto de fazer rir os outros.....0 1 2
- (descreve): _____
93. Falo demasiado.....0 1 2
94. Arrelio muito os outros.....0 1 2
95. Tenho birras, exalto-me facilmente.....0 1 2
96. Penso demasiado em sexo.....0 1 2
97. Ameaço as outras pessoas.....0 1 2
98. Gosto de ajudar os outros.....0 1 2
99. Preocupo-me demasiado com a limpeza e o asseio.....0 1 2
100. Tenho dificuldades em dormir.....0 1 2
- (descreve): _____

101. Falto às aulas ou à escola.....	0	1	2
102. Não tenho muita energia.....	0	1	2
103. Sou infeliz, triste ou deprimido(a).....	0	1	2
104. Sou mais barulhento(a) do que os outros da minha idade.....	0	1	2
105. Consumo bebidas alcoólicas, drogas ou remédios sem recomendação médica.....	0	1	2
(descreve):_____			
106. Procuo ser justo com os outros.....	0	1	2
107. Gosto de anedotas.....	0	1	2
108. Gosto de viver sem me preocupar muito com as coisas.....	0	1	2
109. Procuo ajudar as outras pessoas sempre que posso.....	0	1	2
110. Gostaria de ser do sexo oposto.....	0	1	2
111. Não me misturo com os outros.....	0	1	2
112. Tenho muitas preocupações.....	0	1	2

ANEXO C: Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiares III

FACES III

D.H. Olson, J. Porter, Y. Lavee (1985)

Versão portuguesa de A. L. Roma Torres, R. Currel & F. Dourado

Agora descreva a sua família:

		Quase Nunca	Uma Vez por outra	Algumas Vezes	Fre que não mente	Quase Sempre
1.	Os membros da família pedem ajuda uns aos outros.					
2.	Para resolver os problemas são seguidas as sugestões dos filhos.					
3.	Aproveitamos os amigos de cada um dos membros da família.					
4.	Os filhos têm uma palavra a dizer no que diz respeito à sua educação.					
5.	Gostamos de fazer coisas com a nossa família mais chegada.					
6.	Na nossa família pessoas diferentes agem como líderes (quem toma as decisões).					
7.	Os membros da família sentem-se mais próximos de outros membros da família do que das pessoas de fora.					
8.	A nossa família pode mudar a maneira de executar as tarefas.					
9.	Os membros da família gostam de ocupar o tempo livre uns com os outros.					
10.	Os pais e filhos discutem os castigos conjuntamente.					
11.	Os membros da família sentem-se muito próximos uns dos outros.					
12.	Na nossa família são os filhos que tomam as decisões.					
13.	Quando a nossa família se junta para uma actividade toda a gente está presente.					
14.	As regras podem mudar na nossa família.					
15.	Podemos facilmente pensar sobre coisas que a família possa fazer em conjunto.					
16.	Podemos trocar a responsabilidade das tarefas domésticas de uma pessoa para outra.					
17.	Os membros da família consultam outros membros da família sobre as suas decisões.					
18.	É difícil identificar quem manda na nossa família.					
19.	A união familiar é muito importante.					
20.	É difícil dizer quem faz cada uma das tarefas domésticas.					

ANEXO D: Índice de Stresse Parental**Parental Stress Index – SF**

(Richard Abidin, versão para investigação)

Para responder a este questionário pense num dos seus filhos ou filhas (por favor, indique se é rapaz ou rapariga e a sua idade: _____ anos). Para cada uma das seguintes perguntas faça o favor de indicar a resposta que melhor descreva os seus sentimentos. SE NÃO ENCONTRA UMA resposta que descreva exactamente os seus sentimentos, indique a que lhe pareça ser a mais parecida. Exemplo: Gosto de ir ao cinema (para esta pergunta, se às vezes gosta de ir ao cinema, marque a opção "Concordo").

	Discordo Totalmente	Discordo	Não tenho a certeza	Concordo	Concordo Totalmente
1. Muitas vezes sinto que me desenvolvi mal das coisas que me vão acontecendo.					
2. Para poder responder às necessidades dos meus filhos acabo por privar-me de ter a minha própria vida.					
3. Sinto-me limitado/a por causa das minhas responsabilidades como mãe/pai.					
4. Desde que esta criança nasceu nunca mais consegui fazer coisas novas e diferentes.					
5. Desde que tenho um filho, sinto que quase nunca consigo fazer coisas de que gostava.					
6. Sinto-me descontente com as últimas roupas que comprei para mim.					
7. Há bastantes coisas na minha vida que me aborrecem.					
8. Ter um filho tem causado mais problemas do que esperava na minha relação com o meu marido/mulher (ou companheiro/a).					
9. Sinto-me sozinho /o e sem amigos.					
10. Geralmente quando vou a uma festa não espero divertir-me.					
11. As pessoas não me interessam tanto como antigamente.					
12. Não aproveito tanto as coisas como antigamente.					